

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA POLÍTICA PODE ALTERAR  
UM PARADIGMA?

Elzimar Evangelista Peixoto Pinto

Vitória  
2008

ELZIMAR EVANGELISTA PEIXOTO PINTO

PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA POLÍTICA PODE ALTERAR  
UM PARADIGMA?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Nobre de Andrade

UFES

Vitória, Agosto de 2008.

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

---

P659 Pinto, Elzimar Evangelista Peixoto-  
Promoção da saúde: uma nova política pode alterar um paradigma? /  
Elzimar Evangelista Peixoto Pinto. – 2008.  
129 f.

Orientador: Ângela Nobre de Andrade

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo,  
Centro de Ciências Humanas e Naturais. Programa de Pós-Graduação em  
Psicologia.

1. Promoção da saúde. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Política  
Nacional de Promoção da Saúde. I. Andrade, Ângela Nobre. II. Universidade  
Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Promoção da saúde: uma  
nova política pode alterar um paradigma?

---

CDU: 614

# PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA NOVA POLÍTICA PODE ALTERAR UM PARADIGMA?

**ELZIMAR EVANGELISTA PEIXOTO PINTO**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008, por:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Nobre de Andrade – Orientadora, UFES

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Henriette Tognetti Penha Morato, Universidade de São Paulo

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zeidi Araújo Trindade, UFES

Aos meus amores Gabriel e Marco Túlio,  
pela compreensão e apoio.

Depois da euforia cientifista do século XIX e a consequente aversão à reflexão filosófica, chegamos a finais do século XX possuídos pelo desejo quase desesperado de completarmos o conhecimento das coisas com o conhecimento do conhecimento das coisas, isto é com o conhecimento de nós mesmos.

(BOAVENTURA SOUSA SANTOS)

## RESUMO

Esta pesquisa aborda a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), desenvolvida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando uma análise das concepções de saúde que permeiam tal proposta. Analisa sua aproximação com as várias correntes da Promoção da Saúde e as possíveis contradições entre os objetivos e as estratégias de consolidação. É uma pesquisa documental, realizada a partir de um documento primário – o texto da PNPS - e utiliza a metodologia de análise de conteúdo. Avalia que a referida política mantém a ênfase tradicional na orientação para a modificação dos comportamentos, destacando o aspecto individual, e o faz de forma vertical e autoritária. Tal perspectiva, ao responsabilizar o sujeito, contribui para despolitizar o conceito de saúde. As estratégias para enfrentar as adversidades sociais, determinantes da saúde, são vagas e imprecisas. A avaliação das ações de Promoção da Saúde é preconizada a partir do conhecimento técnico, desconsiderando a participação dos atores envolvidos no processo. Destaca a importância da formação do profissional de saúde para trabalhar com Promoção da Saúde, entendendo essa formação como habilidade para o aconselhamento de estilos de vida mais saudáveis. Tais propostas aparecem em contradição com as diretrizes do SUS, que enfatizam a importância da autonomia e participação popular na produção da saúde. Este estudo destaca a necessidade de reflexão e debate sobre as orientações e ações práticas propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, buscando a produção de novas relações entre os humanos, voltadas para uma potencialidade de ações individuais e coletivas.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Psicologia.

## ABSTRACT

The research analyses the National Politics of Health Promotion, developed in the ambit of the *Sistema Único de Saúde- SUS* (Unique System of Health), aiming at analyzing the conceptions of health that permeates the politics. It analyses its approximation with the several chains of Health promotion and the possible contradictions between the goals and strategies of consolidation. It is a documental research, done through a primary document – the National Politics of Health Promotion text - and uses as method the methodology of content analysis. It evaluates that the referred politics keeps the traditional emphasis in the orientation for the change in behaviors, highlighting the individual aspect, in a vertical and authoritarian way. Such perspective, when considering the subject as responsible, contributes for the non-politicizing the concept of health. The strategies to face the social determination of health are vague and imprecise. The evaluation of actions of promoting health is advised through the technical knowledge, not considering the participation of all the actors involved in the process. It emphasizes the importance of formatting health professionals to work with the health promotion, seeing such formation as skill for the counseling of healthier life styles. Such proposals show a contradiction with the directives of SUS, which stand out the importance of autonomy and the popular participation in the health production. To conclude, it is important to stand out the necessity of orientations reflections and practical actions, proposed by the National Politics of Health Promotion, searching for the production of new relations between humans, related to a potentiality of individual and collective practices.

**Keywords:** Health Promotion. Health Public Politics. National Politics of Health Promotion. Psychology.

## **LISTA DE SIGLAS**

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ESF – Estratégia de Saúde da Família

DCNT – Doenças Crônicas Não Degenerativas

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA SAÚDE .....</b>	<b>14</b>
2.1 A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE E A SAÚDE .....	14
2.2 DO HIGIENISMO À PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	23
2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS CORRENTES .....	26
2.4 O BRASIL E SUAS PARTICULARIDADES NO CAMPO DA SAÚDE .....	34
2.5 SAÚDE: UM CONCEITO EM TRANSFORMAÇÃO .....	48
2.6 DEBATE ATUAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	54
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>64</b>
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>65</b>
4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO .....	65
4.2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS .....	67
<b>4.2.1 Abordagem qualitativa .....</b>	<b>67</b>
<b>4.2.2 Avaliação política da política .....</b>	<b>68</b>
4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	70
<b>4.3.1 Descrição do estudo.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3.2 Estratégias metodológicas .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3.3 Análise do material .....</b>	<b>73</b>
<b>5 APRESENTANDO A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>75</b>
<b>6 O QUE PODE PRODUZIR UMA POLÍTICA .....</b>	<b>90</b>
6.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	90
6.2 MUDAR O COMPORTAMENTO E GARANTIR A SAÚDE PERFEITA ....	103
6.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: AUTONOMIA, <i>EMPOWERMENT</i> E	

TRANSVERSALIDADE .....	106
6.4 AVALIANDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	112
6.5 FORMAÇÃO E POSTURA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....	115
<b>7 CONSIDERAÇÕES .....</b>	<b>118</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>123</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Nessa passagem de milênio uma das tarefas intelectuais mais instigantes será a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculada à idéia de saúde, saúde como modo inédito de andar a vida, doença como forma de vida recusada pela vida. Saúde como alegria, gozo estético, prazer, axé (energia), solidariedade, qualidade de vida (e de morrer), felicidade, enfim.

(JAIRNILSON SILVA PAIM)

As mudanças sempre acompanharam a história do homem. Vários foram os episódios que direcionaram o rumo da nossa sociedade. No campo da saúde, observa-se uma transformação importante nas últimas décadas. Desde então, é possível perceber uma tentativa clara de alterar a concepção de saúde, entendida apenas como ausência de doença, para uma concepção que abarque outros olhares. A inclusão de outros olhares na área da saúde nos direciona para o campo da Promoção da Saúde, que se configura como uma estratégia de extrema relevância nos dias atuais.

No Brasil, essa relevância se faz notar por meio dos recursos financeiros cada vez maiores, direcionados para as ações de Promoção da Saúde e, em especial, pela criação de uma política pública específica, que define diretrizes e ações para a Promoção da Saúde.

Este trabalho se propõe a analisar essa política específica voltada para a Promoção da Saúde, nomeada de Política Nacional de Promoção da Saúde. Parte-se do entendimento de que uma política se produz num contexto sócio-histórico e, ao mesmo tempo, contribui para um processo, sempre contínuo, de

construção de novas formas de organização da sociedade e novos modos de estar nessa sociedade.

Aliada à relevância do tema da Promoção da Saúde, também contribuiu para o direcionamento deste trabalho a experiência da pesquisadora como profissional de saúde, atuando na Atenção Básica e, posteriormente, no Núcleo de Educação em Saúde de uma Secretaria Municipal.

O interesse pela aproximação com o tema e pela reflexão sobre os vários embates presentes na definição de uma escolha política deve-se ao fato de, como profissional de saúde, ter vivenciado várias “mudanças de rumo” na organização e na orientação das práticas de saúde. Muitas vezes, o profissional de saúde não consegue ter clareza, fazer uma avaliação mais consistente das razões para tal “mudança de rumo” e o que isso pode significar ao longo dos anos.

Antevendo a orientação que a política de Promoção de Saúde poderia trazer para os municípios, optou-se por um duplo desafio. O primeiro deles foi o debruçar-se sobre um estudo teórico. Para um profissional acostumado a “fazer”, a executar projetos e ações, romper com a dicotomia cristalizada entre uma academia que pensa e um serviço que executa foi extremamente difícil.

O segundo desafio foi realizar um trabalho que pudesse ampliar a reflexão sobre o tema da Promoção da Saúde, aliado à necessidade urgente de revisão do paradigma tradicional de mundo, ciência e saúde.

A forma de exposição do trabalho foi organizada de maneira a propiciar ao leitor uma aproximação com o campo da saúde pública, destacando as mudanças ocorridas a partir do século XVIII até os dias atuais.

As considerações teóricas sobre o campo da saúde enfatizam, nas três partes

iniciais do primeiro capítulo, o contexto histórico do qual emergiram mudanças significativas na forma de pensar e organizar a sociedade. Destacam as práticas de saúde correntes nesses períodos históricos, até a constituição da proposta de se promover saúde.

As particularidades do sistema de saúde no Brasil são tratadas na quarta parte, focalizando a formulação do Sistema Único de Saúde, sua organização, seus princípios e a criação de uma legislação específica para a Promoção da Saúde.

A quinta parte traz uma discussão conceitual sobre as várias concepções de saúde presentes na contemporaneidade, enfatizando as ações que são propostas a partir de tais concepções. Ressalta, ainda, a importância de incluir, na concepção de saúde, o caráter subjetivo e singular, em oposição à determinação de modelos universais.

Concluindo o primeiro capítulo, apresenta-se um debate atual sobre o tema Promoção da Saúde no Brasil. Nesse espaço, são citados alguns conceitos relevantes para uma reflexão crítica da Política Nacional de Promoção da Saúde.

No segundo capítulo, são indicados os objetivos gerais e específicos estabelecidos para esta pesquisa.

O terceiro capítulo focaliza a metodologia adotada e apresenta algumas considerações iniciais sobre a concepção de método no paradigma tradicional e no paradigma da complexidade. Destaca, ainda, os pressupostos e procedimentos metodológicos utilizados na análise do material.

No capítulo quatro, é apresentada, de forma mais sistemática, a Política Nacional de Promoção da Saúde; seus objetivos, diretrizes, responsabilidades e ações prioritárias para o biênio 2006-2007 são sublinhados com o objetivo de possibilitar

ao leitor um contato mais íntimo com a referida política.

O capítulo cinco visa a analisar a influência das várias concepções de saúde, das correntes da promoção, das possíveis contradições entre objetivos e diretrizes da política de Promoção da Saúde e a determinação de ações prioritárias. Nessa análise, foram construídas algumas categorias que possibilitaram a emergência de alguns conceitos/temas importantes para a efetivação de tal política.

Ao final do trabalho, são consideradas algumas questões relevantes sobre o que esta política pode estar produzindo ou fortalecendo no campo da saúde. Deseja-se que essa reflexão possa contribuir para a produção de uma saúde mais equânime, respeitando a singularidade dos humanos.

## 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CAMPO DA SAÚDE

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.

(MICHEL FOUCAULT)

### 2.1 A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE E A SAÚDE PÚBLICA

A forma como a sociedade se desenvolveu, fruto de uma multiplicidade de acontecimentos, ressalta uma relação direta com as alterações ocorridas nos conceitos de doença, saúde e organização do sistema de assistência, prevenção e reabilitação.

Alguns autores apontam que podem ser definidos ciclos desta história. Num determinado momento, denominado ciclo religioso, a doença era tida como um castigo de Deus, uma punição por algum pecado cometido. O doente, portanto, deveria ser banido, expulso do convívio social para que o castigo não se estendesse aos demais membros da comunidade (PEIXOTO, apud AROUCA, 2003; FOUCAULT, 1979).

Durante a fase heróica do Cristianismo, a concepção de doença toma uma outra dimensão, e o que antes era considerado como sinal da cólera divina passa a representar um caminho para a salvação pelo sofrimento imposto pela doença.

O doente, então, deve ser tratado; deve-se procurar curá-lo. A prática de cuidar do doente que, a partir de então, passa a ser digno de piedade, é vista como um servir a Deus, garantindo também para o resignado cuidador um caminho para a salvação. É nesse período, no século XVII, que se observa um cuidado maior com os doentes, os incapacitados, os sem-trabalho, todos formando um mesmo grupo denominado de “pobres”. O cuidado que lhes era oferecido se baseava na distribuição de alimentação, vestuário, recolhimento de crianças abandonadas, direcionamento para pequenos trabalhos e noções de educação, sendo a última recheada de conceitos morais. A assistência médica, curativa, era muito limitada e os espaços de cuidado eram mantidos, em sua maioria, por religiosos e/ou fundações filantrópicas (AROUCA, 2003; FOUCAULT, 1979).

Observa-se uma passagem nesse período: o lugar de Deus começa a ser pleiteado também pelos homens. “O Deus medieval morreu, mas em seu lugar erige-se um outro Deus, o Homem, em certo sentido ainda mais potente, pelo fato de dominar e manipular a natureza a seu grado” (MARTINS, 1999, p. 88).

Esse novo homem, sustentado pela ciência clássica, chega à ciência biológica. Claude Bernard e René Descartes solidificam a máxima do mecanicismo e do reducionismo e a Biologia/Medicina torna-se o discurso de referência sobre a vida. Uma vida reduzida, que cabe a uma categoria de objeto de pesquisa, ou seja, uma vida reduzida às normas, regras, padrões, funções do que pode ser observado e generalizado. Está-se, pois, diante do nascimento do hoje conhecido e questionado paradigma biomédico.

Retomando o tema sobre a realidade de assistência aos doentes, observa-se o começo de uma mudança no início do século XVIII, que se firma no final do

mesmo século. Nesse período, inicia-se uma crítica realizada pelos economistas sobre os custos de manutenção dos “pobres”. Passa a ser necessário discernir com maior clareza os “pobres” realmente doentes, impossibilitados de desenvolver o trabalho diário, e aqueles que se aproveitavam da bondade alheia. Caberá, portanto, à Medicina fazer a distinção entre os doentes e os não doentes. Aliada a essa nova função da Medicina, agrega-se a preocupação com a saúde da população, não apenas a saúde dos “pobres”, mas de toda a população. Essa preocupação deve-se ao surgimento de uma nova função da sociedade, qual seja, a de espaço gerador de bem-estar físico, saúde perfeita e longevidade (FOUCAULT, 1979).

Em função dessas alterações na sociedade, provocadas pela necessidade de organizar um número crescente da população e a preservação da força de trabalho, percebe-se uma crescente valorização da Medicina. Valorização fortalecida desde então, assumindo várias faces de acordo com as necessidades e características de cada período histórico e de cada país ou região.

Exemplificando essas faces da Medicina e sua articulação com o momento histórico e com as características peculiares de cada local, é possível citar três modelos que se tornaram referências nos estudos sobre o papel social que a Medicina passa a ocupar.

O modelo da *Medicina de Estado* desenvolveu-se principalmente na Alemanha, país que, até o século XIX, era formado por pequenas unidades estatais e vivia um período, durante o século XVII, de estagnação no desenvolvimento econômico. As suas pequenas unidades estatais apresentavam características e forças diferentes e, obviamente, competiam entre si, o que exigia do Estado uma

presença muito marcante. Tal necessidade, segundo argumentação de Foucault (1979), pode ter sido o motivo que levou os alemães a se destacarem nos estudos sobre o Estado.

O Estado, como objeto de conhecimento e como instrumento e lugar de formação de conhecimentos específicos, é algo que se desenvolveu, de modo mais rápido e concentrado, na Alemanha, antes da França e da Inglaterra (FOUCAULT, 1979, p. 81).

A Alemanha foi o primeiro país a desenvolver uma prática médica baseada na estatização. O Estado centralizou os programas de ensino médico, definiu uma organização administrativa para acompanhar as atividades dos médicos, os dados de morbidade e mortalidade e as epidemias nos diversos territórios. Os médicos foram contratados pelo Estado, tornando-se responsáveis por uma determinada região. Caracterizou-se, dessa forma, o médico como o administrador da saúde, reforçando e valorizando o seu poder/saber.

O modelo da *Medicina Urbana* cresceu na França. Uma França do século XVIII, em que a grande dificuldade estava na ocupação do espaço urbano. A cidade era um verdadeiro emaranhado de construções e territórios heterogêneos. Era preciso “[...] constituir a cidade como unidade” (FOUCAULT, 1979, p. 86), com organização mais coerente e homogênea, dirigida e regulamentada por um poder único.

Tal necessidade se apresentava em função de o espaço público das cidades ter se tornado um local para a realização de trocas comerciais. Um outro fator era a proximidade entre os operários pobres e a burguesia. Os conflitos e saques passavam a se tornar uma constante e tornava-se urgente a organização desse espaço.

Surge, assim, a *Medicina Urbana* com três funções: a) análise dos espaços públicos e privados, identificando possíveis riscos no espaço urbano que pudessem ser causadores de adoecimento; b) controle de circulação da água e do ar; c) organização e distribuição dos esgotos.

Sendo assim, coube aos profissionais médicos realizar o esquadramento do espaço urbano, inspecioná-lo e fiscalizá-lo com todo rigor militar. A Medicina, assumindo essa nova posição, mantém e reforça o seu poder e a sua valorização. A Inglaterra, berço da industrialização, viu crescer, a partir do século XIX, o número de pobres entre sua população. A preocupação com esse novo ator social levou à criação da “Lei dos Pobres”, o que gerou uma nova função para a Medicina, qual seja, a de assumir o controle médico sobre a população, em especial a população pobre, tornando-a apta ao trabalho e minimizando os possíveis conflitos com outras classes sociais.

A partir do momento que o pobre se beneficia do sistema de assistência, deve, por isso mesmo, se submeter a vários controles médicos. [...] a intervenção médica é tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, sua pobreza não permitindo que o façam por si mesmos, quanto um controle pelo qual as classes ricas ou seus representantes no governo asseguram a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas (FOUCAULT, 1979, p. 95).

Essa *Medicina social* inglesa foi a que mais influenciou a organização do setor saúde no restante do mundo. Uma justificativa para sua supremacia deve-se ao fato de ela permitir uma superposição de três sistemas médicos que muito interessavam e continuam a interessar à sociedade contemporânea. Ou seja, esse modelo permite um sistema de assistência aos pobres, um sistema administrativo de controle, responsável pela imunização e epidemias e, por último,

a emergência de um sistema de saúde privado direcionado àqueles que poderiam pagar.

Reforça-se nesse modelo de organização da saúde, a sua aproximação com a produção social que, nas palavras de BODSTEIN, (1997, p. 187) “[...] aparece relacionada ao trabalho, à necessidade, à carência, à pobreza e à desigualdade, atributos não do cidadão, mas próprios do *homo laborans*.”

Destaca-se, a partir de então, um outro aspecto que se torna extremamente importante. Trata-se da esfera do privado, que estava protegido de interferências e, a partir desse momento, torna-se também objeto de ação das práticas de saúde e, por conseguinte, do seu controle excessivo. Se o privado, na Antiguidade, correspondia ao que não podia aparecer, a partir de agora ele insiste em aparecer, tornando-se parte da esfera pública.

Esta nova conjuntura, de publicização do privado, que surge após o *homo laborans*, inaugura a emergência da concepção individualista e da tensão constante entre o individual e a sociedade. Ou seja, segundo Bodstein (1997, p. 189), “a modernidade [...] é inseparável da questão social” e encontra-se “igualmente atrelada a concepção individualista da sociedade [...]”.

Estamos, então, diante de mudanças profundas ocorridas na sociedade ocidental, principalmente entre o final do século XVIII e início do século XIX. Mudanças estas que marcam um novo lugar para as questões sociais, em que o privado, antes reservado, torna-se intrinsecamente vinculado ao público. Tal alteração traz conseqüências diretas para a Medicina, entendendo-a como um representante exclusivo da saúde naquele período. A máxima passa a ser o controle cada vez maior sobre a sociedade, seja no espaço público, seja no espaço privado,

distinção que passa a se tornar cada vez mais delicada e, por que não dizer, às vezes impossível de se realizar.

Essas mudanças, além de instituírem uma nova ordem social, também contribuíram para uma maior intervenção da iniciativa pública nas questões de saúde.

A idéia de que cabia à iniciativa pública intervir sobre as condições de saúde coletivas desenvolver-se-ia amplamente a partir de fins do século XVIII. Na França, as mudanças suscitadas pela revolução burguesa de 1789 trouxeram novas concepções sobre políticas públicas. As noções de serviço público, interesse público e utilidade social forneceram a semente da qual germinaram novas idéias sobre a relação saúde, medicina e sociedade (COSTA, 1986, p. 21).

É nesse cenário que o ato de cuidar do doente e procurar curá-lo passa a ser valorizado, sem, no entanto, desconsiderar ou esquecer os indivíduos que estão sãos. Chega-se, então, ao ciclo denominado por alguns estudiosos como ciclo profilático, em que o doente, apesar de merecedor de assistência e solidariedade, não pode colocar em risco toda a comunidade (AROUCA, 2003).

A preocupação crescente com o controle das doenças e das pestes que assolavam todo o continente europeu e americano, não ocorreu, contudo, desvinculada do contexto político e econômico das classes dominantes. A preocupação em não perder mão-de-obra, seja pela morte, seja por adoecimento do trabalhador, era o objetivo maior das ações que estavam atreladas aos modelos liberais que reforçavam a responsabilidade individual perante a saúde. Nasceram assim, segundo Costa (1986), as primeiras digressões em torno das políticas de saúde:

[...] considera-se que o ritmo, extensão e intensidade das ações sanitárias obedeceram a critérios predominantemente utilitários, definidos a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala mundial (COSTA, 1986, p.12).

A doença, portanto, não deve existir e, para evitá-la, toda a comunidade deve se empenhar. Está aberto o campo para as grandes ações voltadas para o controle dos espaços físicos e urbanos, para a imposição de normas, que, se cumpridas, garantiriam a “eliminação” das doenças, mantendo o estado de saúde até a morte natural. As condutas em relação à saúde passam a ser marcadas pela questão econômica, o que definiu esse ciclo como ciclo econômico (AROUCA, 2003).

A busca do controle dos corpos e do conjunto desses corpos, que conformam a “massa”, que cresce de forma espantosa durante nesse período, tem o objetivo de minimizar os conflitos urbanos e também impedir a transmissão de doenças.

O controle da sociedade, da “massa”, dar-se-á pela imposição de normas rígidas, baseadas na disciplina militar e direcionadas para o indivíduo. O controle, a vigilância e a normatização das massas vêm amparados pela garantia de controle das epidemias, do saber sobre elas. Saber este que funda as práticas da higiene (FOUCAULT, 1979; TEIXEIRA, 2003).

A higiene, portanto, amplia o seu campo de intervenção e, nesse momento, se separa da Medicina. A primeira irá cuidar da prevenção, do saneamento, da imunização; e a segunda, dentro da limitação técnica daquele momento, cuidará dos episódios de adoecimento.

O poder presente nas práticas de saúde atingiu a cidade como um todo. O “corpo” social sofria as mesmas influências/determinações observadas nas famílias. O saber da saúde, representado pelos médicos, estabelecia um novo cenário, uma nova relação entre ordem-moral-saúde. Esse discurso/poder passou a

desqualificar outros saberes, em detrimento do que seria o único saber legítimo e verdadeiro, ou seja, o saber científico.

O movimento higienista inseriu-se nas políticas públicas, legitimando o saber científico; a promessa era de resolução das dificuldades/doenças/endemias que assolavam a população. Em nome dessa promessa, surgiu a figura do *expert*, “[...] como representante da verdade, como carcereiro da norma e da moral, mesmo sem ferramentas como castigo, suplício ou belicosidade eminente” (SANT’ANA JÚNIOR; ANDRADE, [2007?])

A Higiene passa, então, a se caracterizar não como uma ciência, mas como a “[...] aplicação de todo um conjunto das ciências na manutenção do bem-estar” (AROUCA, 2003, p.114). É o caminho para a construção de um conceito de saúde positiva que adere à própria vida, num discurso que cria normas para todos os momentos do dia-a-dia e se sustenta na garantia ilusória de que, cumpridas tais orientações/exigências/normas, as soluções para os problemas de adoecimento estariam resolvidas.

A Higiene se tornará um elemento importante na construção da consciência sanitária que definirá novos rumos para as práticas de saúde baseados num modelo de responsabilização individual, vinculado à doutrina liberal. Esse novo modelo de saúde passa a se expandir por todas as disciplinas e espaços sociais. Verifica-se, assim, o fim da Higiene como um conjunto único de conhecimentos; ela passa a aderir à própria vida, absorvida na multiplicidade das disciplinas (PAIM, 2006; AROUCA, 2003).

## 2.2 DO HIGIENISMO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo Arouca (2003, p. 115),

O projeto da higiene, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez que, na prática, a higiene fosse dissolvida e, no ensino, fosse substituída pela Medicina Preventiva.

A Medicina Preventiva surge, então, a partir de três vertentes, quais sejam: a) a Higiene, ligada a uma ideologia liberal e à expansão do capitalismo; b) a preocupação com os custos da atenção médica nos Estados Unidos, nas décadas de 1930 e 1940, embalados pela Grande Depressão, que se inicia em 1929; c) a definição de novas responsabilidades médicas, surgidas inicialmente no seio da educação médica, como tentativa de responder à crise do alto custo da saúde.

Durante esse período, trava-se uma grande batalha entre as associações de médicos que argumentam a favor da não interferência do Estado nas questões de saúde e grupos que tentavam legislar sobre a expansão dos serviços de saúde pública. Vale ressaltar que, nos Estados Unidos da América, todas as iniciativas no sentido de ampliar as atividades do Estado no setor saúde foram bloqueadas pela articulação de grupos médicos com alguns setores econômicos (CARVALHO, 2005).

Quanto à última vertente, o objetivo seria o desenvolvimento de uma nova atitude no profissional de Medicina, uma atitude capaz de estabelecer novas relações, fortalecendo o trabalho em equipe e favorecendo a relação do médico com o paciente, sua família e a comunidade na qual está inserido, tendo como objetivo

promover uma “[...] atitude preventivista, ou seja, de evitar metodicamente a doença” (AROUCA, 2003, p.178).

A Medicina Preventiva sofreu forte influência do modelo proposto pelos médicos americanos Leavell e Clarck, na década de 1940, intitulado a História Natural das Doenças.<sup>1</sup> Essa concepção foi a base de um novo paradigma<sup>2</sup> para a saúde, promoveu uma reorganização dos conhecimentos médicos e apresentou, entre os seus preceitos, a noção de multicausalidade, entendida como a interação entre o agente, o meio ambiente e o homem no desenvolvimento das doenças. A noção de multicausalidade, apesar de ampliar as relações causais no processo de adoecimento, foi o grande foco de crítica do modelo proposto, pois coloca num mesmo plano fatores fisiopatológicos, ambientais, sociais e econômicos.

A Medicina Preventiva, utilizando a concepção da história natural, assumiu duas dimensões da causalidade, uma no período pré-patogênico, que estuda o aparecimento das doenças, ou melhor, o fator de desequilíbrio que pode levar ao adoecimento, tornando-se campo da epidemiologia, e a segunda estuda a evolução da doença já instalada.

---

<sup>1</sup> O modelo da História Natural das Doenças aponta dois períodos no processo de adoecimento do homem: o pré-patogênico, caracterizado pela constante busca de equilíbrio entre o agente, o meio ambiente e hospedeiro (homem), e o patogênico, que se caracteriza quando a doença já está instalada no hospedeiro, fruto de um desequilíbrio na relação entre esses três elementos, sendo observadas as “[...] mudanças de forma e função que culminam na (re)instauração do equilíbrio e a invalidez, defeito ou morte” (QUADRA, 1983, p. 39). Nessa visão, o meio ambiente “[...] é considerado uma combinação homogênea entre os níveis físico-químico, biológico e social” (AROUCA, 2007, p.17) o que foi criticado de forma veemente por vários autores. Segundo esses críticos, o social, entendido nessa interação homogênea com outros fatores, leva a uma fragilização e dissipação de sua importância na determinação do processo de adoecimento em uma sociedade capitalista.

<sup>2</sup> Paradigma é definido por Morin (2005, p. 258), como o “[...] conjunto das relações fundamentais de associação e/ou de oposição entre um número restrito de noções-chave, relações essas que vão comandar-controlar todos os pensamentos, todos os discursos, todas as teorias”.

O mecanismo pelo qual opera o conceito de 'causalidade' na epidemiologia, e conseqüentemente na medicina preventiva, é o reducionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. Assim, a medicina preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade (AROUCA, 2007, p.17).

O conhecimento da história das doenças, dos agentes patogênicos e da interferência do meio gerou um conjunto de normas e uma corrida aos meios de prevenção. Seria possível, a partir de então, “[...] extrair uma inferência, reconhecer o que virá e antecipar-se” (QUADRA, 1983, p. 45) ao desenvolvimento da doença.

Amparando e amparado por todo o discurso da Medicina Preventiva, tem-se uma nova visão de mundo, que aposta na responsabilidade social das pessoas, das famílias e da comunidade, além de insistir numa nova atitude por parte dos profissionais médicos com seus pacientes. A lógica que se instala é determinada pela máxima de que cada homem é responsável pelas relações que estabelece, e o conhecimento científico é fonte de suporte e “ensinamento” sobre essas novas relações. Trata-se de um movimento ideológico que ressalta a liberdade e as escolhas individuais (AROUCA, 2003).

Essa Medicina, como descendente direta da Higiene, atualizou a visão dicotômica do mundo, estabelecendo uma divisão entre uma Medicina que previne e outra que cura. Essa fragmentação foi foco de grandes discussões. Vários autores advogaram sobre a necessidade de unificação da Medicina, considerando que os aspectos preventivos e curativos são indissociáveis.

A Medicina “que previne” se transforma naquela responsável pela promoção da saúde e o seu foco deixa de ser apenas a formação de uma atitude preventiva do médico para se concentrar na divulgação ou incorporação dos conhecimentos

científicos pela população. Conhecimentos estes que estabelecem, com a autoridade concedida à ciência, a definição das verdades, a conceituação do que é bom e mal para a saúde de cada um de nós.

Destaca-se que a Medicina promotora,

[...] defende e difunde essas normas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornal ou internet. [...]. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico porque seus objetivos dependem nada mais do que de uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde (NOGUEIRA, 2003b p. 179).

### 2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS CORRENTES

Uma das primeiras experiências relativas ao cuidado com a saúde que extrapolam a tradicional abordagem médica foi identificada entre os anos de 1973 e 1974, na China. Os observadores enviados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) puderam registrar um conjunto de ações desenvolvidas pelos chineses desde 1965, que tinham como objetivo melhorar a saúde da sua população. Incluíam-se nessas ações a organização da comunidade local, o incentivo às práticas de autocuidado, a promoção de campanhas de saúde em todos os níveis, visando a substituir velhos hábitos e mobilizar a comunidade para a manutenção e uso de água potável, controle da limpeza de locais públicos, entre outras práticas (BRASIL, 2002).

Na impossibilidade de divulgação dessa experiência, por não autorização do governo chinês, o relatório escrito por Marc Lalonde, no Canadá, em 1974, que

passou a ser conhecido como Relatório Lalonde, foi identificado por muitos pesquisadores como um marco nos estudos sobre a promoção da saúde. Nesse relatório, Lalonde apontava “[...] a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 103). O Canadá, deste então, tornou-se uma referência nos estudos sobre promoção da saúde.

No desenvolvimento histórico e conceitual da Promoção da Saúde, podem-se caracterizar três correntes que se sucederam, cronologicamente, mas que de forma alguma são excludentes (CARVALHO, 2005).

A primeira delas, designada como *Corrente Behaviorista da Promoção da Saúde*, tem como marco o próprio Relatório Lalonde. Esse documento aponta a necessidade de se alterar a organização dos serviços de saúde no Canadá, destacando a importância de romper com o entendimento de que a saúde é resultante exclusiva de cuidados médicos, além de destacar o desequilíbrio nos custos do setor saúde.

Na tentativa de conter tais custos e apoiada numa visão individualista, essa corrente utiliza, como estratégias de intervenção, ações que buscam alterar os comportamentos individuais considerados como não saudáveis. Ou seja, é preciso intervir sobre as decisões individuais que afetam a saúde, é preciso insistir na demonstração de que “[...] decisões pessoais e maus hábitos [...] criam riscos auto-impostos” (CARVALHO, 2005, p. 48) e, quando esses comportamentos individuais levam à doença ou à morte, “[...] pode-se dizer que o

estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria enfermidade ou morte” (LALONDE, apud CARVALHO, 2005, p. 48).

Se a mudança no estilo de vida torna-se uma necessidade, é indispensável informar, ensinar, determinar quais seriam os comportamentos individuais mais adequados a um estilo de vida que diminua os riscos de adoecer. Encontramos, então, uma perspectiva pedagógica vertical e autoritária, baseada em normas, regras e modelos que se adequam aos interesses/saberes técnicos e científicos.

Apesar de tentar romper com o modelo biomédico e avançar um pouco além do modelo da história natural da doença, que embasa a Medicina Preventiva, essa corrente da promoção da saúde, ao destacar o controle do ser humano sobre a sua saúde, negligencia os fatores socioambientais, camufla as relações econômicas e desobriga os governantes, o que nos leva a entender a ênfase e a manutenção dessas propostas ainda hoje. Também não podemos desconsiderar que, naquele período, observa-se a crescente ascendência e tentativa de imposição do modelo liberal americano ao resto do mundo.

Uma segunda corrente da promoção da saúde, denominada *de Nova Promoção da Saúde ou Abordagem socioambiental*, aponta a associação entre as doenças e a pobreza. Baseada em estudos de natureza epidemiológica, que acenavam para a relação entre distribuição de recursos, iniquidades na utilização de serviços de saúde e taxas de morbidade e mortalidade, afirmou-se a relação entre a organização da sociedade e o adoecimento da população.

A Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, capital do antigo Cazaquistão, em 1978, teve papel importante para a expansão dessa nova corrente da promoção da saúde,

ao destacar a necessidade de os governantes e a comunidade internacional assumirem o compromisso de “saúde para todos no ano 2000”, meta que foi a grande marca dessa conferência.

Como produto dessa conferência, publicou-se a Declaração de Alma-Ata, em que se aponta a necessidade urgente de todos os países e instituições internacionais se unirem para garantir uma reorganização do sistema de atenção, tendo como referência os cuidados primários de saúde. Trata-se de um entendimento de que a saúde não estava desvinculada da desigualdade social e econômica a que estavam sujeitos diversos povos, em especial aqueles países em desenvolvimento.

Segundo o texto da declaração,

III) O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos países desenvolvidos. A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade e vida e para a paz mundial (BRASIL, 2001).

As discussões e pesquisas sobre o tema “promoção” continuaram sendo realizadas, o que motivou a elaboração da Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986.

A carta de intenções produzida nessa conferência, conhecida com Carta de Ottawa, define promoção da saúde como

[...] nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar

favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. 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 (BRASIL, 2002, p.19).

Entre as ações de promoção da saúde descritas no documento final, está o fortalecimento da participação popular, a construção de políticas públicas saudáveis, o incentivo à criação de ambientes favoráveis, o desenvolvimento de habilidades pessoais e, por fim, talvez o maior desafio: a reorientação dos serviços para que seja possível organizar um processo de trabalho a partir dos princípios da promoção da saúde.

Para atingir esses objetivos, destaca-se a necessidade de que os profissionais de saúde assumam uma nova atitude, uma ampliação dos enfoques curativo e clínico, uma prática mais integral em saúde que inevitavelmente levará à articulação com outros setores.

O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BRASIL, 2002, p. 24).

Observam-se, portanto, ações voltadas para o ser humano e para o coletivo, preconizam-se ações direcionadas para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, definem-se como pré-requisitos para a saúde “[...] paz – habitação – educação - alimentação – renda – ecossistema estável – recursos sustentáveis – justiça social e equidade” (BRASIL, 2002, p. 20).

Dentro dessa corrente, os conceitos de *empowerment*<sup>3</sup> e participação popular se tornam temas centrais, apesar de sua imprecisão. Alguns autores argumentam que essa imprecisão se deve ao fato de que vários profissionais, ao se aproximarem da discussão sobre promoção, o fazem a partir de seu referencial, de sua formação, de sua especialidade, o que geraria vários mal-entendidos e disparidades nas suas práticas (CARVALHO, 2004).

Na seqüência de eventos sobre promoção da saúde, foram realizadas cinco conferências de caráter internacional: Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (1999) e Bancoc (2005), e outras duas de caráter sub-regional em Bogotá (1992) e Porto of Spain (1993). Em cada uma dessas conferências, elegeram-se temas que agregaram avanços no campo de ação da promoção da saúde, objetivando alcançar as propostas apresentadas na primeira conferência Internacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002; CARVALHO, 2005; BUSS, 2003).

A segunda conferência, realizada em Adelaide, no ano de 1988, priorizou, como tema central, a discussão sobre Políticas Públicas Saudáveis, destacando a importância de ações intersetoriais e interinstitucionais como forma de intervir nos determinantes de saúde, levando à redução das iniquidades sociais e econômicas. Identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes saudáveis.

---

<sup>3</sup> O termo *Empowerment* surge na segunda metade do século XX e tem suas raízes na luta pelos direitos civis e no movimento feminista. Pode ser definido genericamente “[...] como um acúmulo de poder em distintos âmbitos da vida e da sociedade [...]” (CARVALHO, 2005, p. 62). A categoria “Poder”, ou a sua prática, pode significar criação, produção de sujeitos autônomos e reflexivos, mas, também, pode significar opressão, sujeitos alienados e dominados (CARVALHO, 2005).

Em 1991, na Conferência de Sundsvall, apareceu com destaque a temática “ambientes favoráveis”, entendendo-os como os aspectos físicos, sociais, econômicos e políticos que interferem no cenário da saúde. Ressalta, em seu documento final, que os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados.

Essa temática estava em destaque no mundo em função da proximidade com a Conferência das Nações Unidas Sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento que ocorreu no Rio de Janeiro em 1992 e ficou conhecida como ECO 92. Os dois eventos reforçaram a importância de estarmos alerta para a sustentabilidade ambiental e o desenvolvimento global (BUSS, 2003; WESTPHAL, 2006).

A quarta conferência ocorreu em 1997, em Jacarta, na Indonésia. Após quase sete anos desde a última conferência, a realidade mundial havia se modificado bastante. A globalização da economia, a expansão do neoliberalismo e a comunicação em tempo real já se tornavam realidade. Coube a essa conferência estabelecer as prioridades para a promoção da saúde no século XXI.

Definiram-se como prioridades: a) promover a responsabilidade social com a saúde; b) aumentar os investimentos para fomentar a saúde; c) consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; d) aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e) conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

A conferência ocorrida no México, em 2000, apresentou, como desafio, retomar os compromissos assumidos nas conferências anteriores que não haviam sido colocados em prática. Apresentou, como subtítulo da sua declaração, o texto “Das idéias às Ações”, reiterando todas as prioridades estabelecidas em conferências

anteriores e insistindo na urgência de construir um mundo mais eqüitativo.

Em 2005, realizou-se a Sexta Conferência Global de Promoção da Saúde, em Bancoc, na Tailândia. O tema central foi “Políticas e Parcerias para a Saúde: Procurando Interferir nos Determinantes Sociais de Saúde”. Essa conferência destacou o crescimento de doenças transmissíveis e crônicas e insistiu na importância de controlar os efeitos da globalização na saúde, destacando o aumento das iniquidades, a urbanização e a degradação do meio ambiente (HEIDMAN et al., 2006).

Destaca-se que o ideário da corrente da Nova Promoção da Saúde pode ser percebido sem maiores dificuldades até a conferência de Sundsvall, em 1991. Nas conferências subseqüentes, inicia-se a influência de outra corrente dentro da promoção da saúde, a saber, *Promoção da Saúde da População*.

A partir da década de 1990, a corrente da *Promoção da Saúde da População* surge no Canadá e é difundida pelo mundo por organismos internacionais que passam a apoiá-la.

Essa nova corrente destaca que a insatisfação da clientela e os custos crescentes da saúde são indicadores de uma crise no setor. As causas seriam as ineficiências do modelo de atenção e a inadequada alocação de recursos. Enfatiza a prosperidade e o crescimento econômico como fatores determinantes para a saúde. Reitera a priorização de políticas voltadas para o aumento de renda, ou produção de riquezas, fator que promoveria melhoria nos indicadores de saúde.

Para a corrente de Promoção da Saúde da População a prosperidade é importante determinante da saúde, no momento em que afeta

positivamente o meio social e físico e que contribui para o sentimento de bem-estar da população (CARVALHO, 2005, p. 87).

Reforça-se, assim, a ênfase de que a prosperidade, bons empregos, remuneração adequada são cruciais na redução das desigualdades na saúde. A estratégia fundamental dessa corrente é a “[...] priorização de políticas voltadas para a produção da riqueza social” (CARVALHO, 2005, p. 88), mesmo que isso signifique a redução dos gastos para a prestação de serviços sociais. A defesa dessa estratégia se adequa ao modelo neoliberal em crescente expansão no Canadá e no mundo.

Destaca-se, ainda, que a realidade da assistência, na grande maioria dos países desenvolvidos, em especial no Canadá, é drasticamente diferente da realidade encontrada em outros países. Questionar investimentos em assistência talvez faça sentido ou se aplique quando uma rede mínima de serviços está disponível à população, fato que, infelizmente, ainda não se constituiu realidade em grande parte dos países em desenvolvimento. O modelo neoliberal que ancora essa corrente deve ser amplamente discutido, pois, ao defender a redução do Estado e o corte nos gastos públicos, pode produzir efeitos nefastos para aquelas pessoas que não conseguem ser incluídas no sistema.

#### 2.4 O BRASIL E SUAS PARTICULARIDADES NO CAMPO DA SAÚDE

No Brasil, as políticas de saúde pública se intensificam a partir da década de 1880, principalmente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, principais pólos

de desenvolvimento. São Paulo destacava-se pelo cultivo e exportação de café, além da crescente industrialização, e o Rio de Janeiro, por ser a capital da República. Principalmente nesses dois Estados, pode-se observar a forma de estruturação da economia, baseada inicialmente na acumulação de terras e escravos, logo em seguida no trabalho livre e assalariado, levando ao surgimento de uma nova classe formada por pequenos proprietários rurais, comerciantes e profissionais liberais.

Os interesses das classes dominantes determinaram ou, no mínimo, influenciaram de forma importante as práticas de saúde pública propostas pelos Governos Federal e Estadual. O grande objetivo era satisfazer a necessidade de produção, seja garantindo a chegada de imigrantes para trabalhar nas lavouras de café e nas fábricas, seja evitando a mortalidade e a conseqüente diminuição do exército de trabalhadores, seja, ainda, garantindo espaços urbanos que possibilitassem a circulação de mercadorias, como portos e ferrovias. Destaca-se que, à medida que o contexto social e econômico se alterava, novos integrantes foram incluídos no interior do jogo político, inicialmente a oligarquia agrária, os grupos de classe média e os empresários industriais, todos representantes das classes hegemônicas. .

Na pesquisa realizada por Costa (1986) sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, no período de 1889-1930, foi possível verificar, por meio da documentação consultada pelo autor, o uso das ações de saúde pública como um importante instrumento para a “[...] preservação da força de trabalho e a criação de condições *mínimas* de salubridade em diversas regiões do país” (p.17).

Durante esse período, prevaleciam as ações de saúde baseadas na perspectiva

bacteriológica, ou seja, no controle dos vetores. Controlar, vigiar e punir eram práticas comuns no dia-a-dia das polícias sanitárias e do movimento campanhista. As ações de cunho autoritário foram, em alguns momentos, rechaçadas pela população. O exemplo marcante foi a “revolta da vacina” em 1904, na cidade do Rio de Janeiro. Durante esse movimento, houve uma série de manifestações, paralisações e quebra-quebra por parte da população descontente com a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Ressalta-se que as práticas sanitárias autoritárias eram uma realidade que há tempos vinha gerando insatisfação na população. Talvez a obrigatoriedade da vacina, que trazia uma intervenção direta no corpo, tenha sido o limite entre o que é possível suportar de imposições externas.

Em 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, fruto de um esforço de um grupo de sanitaristas que compuseram a Liga Pró-Saneamento, ocorreu a institucionalização das ações sanitárias no aparelho de Estado (COSTA, 1986).

É importante destacar que foi a partir da criação desse departamento que ocorreu o estímulo à prática da educação sanitária e, conseqüentemente, das estratégias ou técnicas de propaganda a serem utilizadas com o objetivo de promover alterações no comportamento dos indivíduos (TEIXEIRA, 1997).

Em 1923, foi criada a Sociedade Brasileira de Higiene, após a dissolução da Liga Pró-Saneamento. A partir de então, os congressos organizados por essa Sociedade foram espaços de discussão das tendências que se destacavam no cenário sanitário. Ressalta-se que o tema predominante nos encontros era o controle das epidemias. As questões ligadas aos aspectos sociais somente

estiveram presentes no I Congresso Brasileiro de Higiene, em 1923, com o tema urbanização e saneamento (COSTA, 1986).

A discórdia durante os congressos foi gerada principalmente pela discussão sobre o convênio entre o Estado Brasileiro e a Fundação Rockefeller. A Fundação tinha a tarefa de trabalhar para a profilaxia da febre amarela no Norte, Nordeste e, depois, no restante do País, excetuando o Rio de Janeiro. A experiência de sucesso no controle dessas doenças, no Sul dos Estados Unidos da América, garantiu livre acesso a outros países. Contudo, não podemos desconsiderar as motivações econômicas que moveram tais ações. O alcance político e ideológico é inegável, o que favoreceu a expansão das empresas americanas no competitivo modelo capitalista (COSTA, 1986; AROUCA, 2003).

Uma das maiores influências da Fundação Rockefeller, na organização do sistema de saúde brasileiro, foi a descentralização dos serviços de saúde no nível local, gerando os Centros de Saúde. Entre as atividades dos Centros de Saúde, estariam os serviços de enfermeiras visitadoras, inspeção escolar, laboratório, serviços de higiene pré-natal e higiene infantil. Vale destacar que as crianças passaram a ocupar um lugar central nas práticas de saúde, objetivando, por meio de ações educativas, alterar hábitos e costumes da população.

Durante o III Congresso Brasileiro de Higiene, em 1926, o tema de destaque, com o maior número de trabalhos apresentados, foi “Formação de hábitos sadios nas crianças, estudo psicológico, pedagógico e higiênico”, em que se aposta na incorporação do conhecimento científico por meio da educação sanitária. (MERHY, 1985; COSTA, 1986)

Os Centros de Saúde foram e ainda são utilizados como base para a educação

sanitária, normalmente embasada em práticas moralizantes e impositivas. Segundo Merhy (1985), os preceitos da época afirmavam que a administração pública deveria se firmar nos conhecimentos cientificamente fundamentados e na “[...] educação sanitária como instrumento básico das práticas sanitárias” (p.93).

Observa-se, nesse momento, uma mudança clara nos rumos das ações de saúde pública que passam a suavizar as práticas autoritárias da polícia sanitária, baseadas na perspectiva bacteriológica e com foco no meio ambiente, para transformá-las em práticas médico-sanitárias, alicerçadas no modelo americano, que aponta, como principal fator no desenvolvimento das doenças, o próprio indivíduo, de acordo com seu grau de consciência sanitária. Desse momento em diante, as ações serão permanentemente voltadas para a implantação de hábitos de higiene, buscando imprimir uma nova concepção sobre a “[...] causação das doenças e da saúde” (MERHY, 1985, p. 99).

É interessante perceber que, até esse momento, as ações de saúde no Brasil estavam muito mais próximas do modelo de Medicina Urbana, desenvolvida na França. À medida que o País altera o seu modelo econômico, deixando de ser apenas agroexportador e passando a ser um país em expansão industrial, em que a força de trabalho se torna um fator importante, altera-se, também, o modelo das práticas de saúde. Ocorre, então, a incorporação de um modelo pautado na responsabilização dos indivíduos, em acordo com a expansão do capitalismo.

Dentro desse novo cenário, os centros de saúde passaram a ser o espaço privilegiado de realização de tais ações. A partir de então, será desse espaço que se irradiará para o restante da comunidade a incorporação dos novos hábitos promotores de saúde.

[...] a saúde é um alvo a ser atingido através da inculcação, nos indivíduos, de uma consciência sanitária, que se traduz pela obtenção e aquisição de normas de higiene individual, que inclusive serão as fontes das 'ações saudáveis' sobre o próprio meio externo (MERHY, 1985, p. 100).

A forma mais adequada de se comunicar, ou seja, de convencer, passa, então, a se vincular de forma inseparável da proposta de construção de uma consciência sanitária, que tem como objetivo persuadir o ser humano, promover uma mudança de comportamento, comportamento este que vai muito além das noções de saúde.

Após a 2ª Guerra Mundial os Estados Unidos da América, representados pela Organização Pan-Americana de Saúde e pelas Fundações Rockefeller, Ford e Kellogg, investiram na divulgação da proposta da Medicina Preventiva em todos os países em que tinham influência, em especial na América Latina, incluindo o Brasil. A “[...] proposta era de uma Medicina Preventiva liberal, privada e apta a atuar em todas as fases e momentos do processo saúde/doença visto sob as lentes da História Natural da Doença de Leavell & Clark” (TAMBELLI, 2003, p. 51). Tanto investimento tinha uma razão clara: atrelar o movimento preventivista aos ideais de liberdade e cientificidade defendidos pelos USA.

A Medicina Preventiva no País não é diferente daquela do restante da América Latina. Conviveu com uma tensão constante entre o discurso da responsabilização das pessoas e dos profissionais de saúde e a situação de pobreza, miséria e inexistência de uma rede mínima de assistência médica.

A resposta apresentada pelos Organismos Internacionais para romper com o círculo vicioso da pobreza/doença apontava a necessidade de crescimento econômico, industrialização e implementação de programas de planejamento

setorial e integral de forma a distribuir melhor os recursos. No Brasil essa concepção se traduziu pelo pensamento sanitarista desenvolvimentista (SCOREL,1998).

O espaço concreto desse discurso, no Brasil, foram os Departamentos de Medicina Preventiva, em que se objetivava, já durante a formação dos médicos, a incorporação da lógica preventivista, para que assim, em qualquer trabalho que estivessem executando, pudessem praticar uma nova atitude, qual seja, uma atitude integral e preventivista.

Após algum tempo, começou a surgir uma série de questionamentos sobre o ideário preventivista e a concepção positivista/universal de ciência. A grande questão que se colocava era sobre a adequação dessa proposta em lidar com as questões sanitárias do País.

Inicia-se, assim, a construção de novos marcos teóricos e metodológicos que buscam romper com a neutralidade científica e tomar como objeto de estudo as diversas realidades sociais.

Delimita-se, dessa forma, o campo teórico da saúde coletiva,

[...] em que se tomava por objeto não mais o indivíduo ou seu somatório, mas a sociedade, o coletivo como social – classes e frações de classes – e a distribuição da saúde e da doença. Transformou-se a maneira de selecionar os objetos de estudo, não mais as possibilidades de modelos teóricos, mas sim as próprias contradições do sistema de saúde (SCOREL, 1998, p. 27).

A incorporação dessa nova abordagem trouxe concepções diversas para o campo da saúde, no que tange à “[...] conceitualização do ‘social’ em saúde” (SCOREL, 1998, p. 28).

Merhy (1985) e Scorel (1998) destacam três correntes que se constituíram a

partir dessas diferenças, qual seja, a corrente preventivista, a corrente baseada no modelo racionalizador e a corrente médico-social.

As três correntes de pensamento podem ser divididas segundo a conceitualização do 'social' em saúde: para o preventivismo, tratava-se de um conjunto de atributos pessoais como educação, renda, salário e ocupação etc.; para o modelo racionalizador, um coletivo de indivíduos; para a abordagem médico-social, um campo estruturado de práticas sociais (PAIM, 1985 apud ESCOREL, 1998, p.28)

A corrente médico-social desenvolveu-se principalmente nos Departamentos de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas, Universidade de São Paulo (USP), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UFRJ) e Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), determinando uma alteração gradual na organização dos Departamentos de Medicina Preventiva dessas instituições.

Essa corrente tornou-se referência para o movimento sanitário. Apresentava, como conceitos básicos: “[...] a determinação social da doença, a historicidade do conceito de saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização” (ESCOREL, 1998, p. 29). E como conceitos estratégicos: “[...] a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, buscando a partir desta prática, uma transformação social” (p. 29).

Todas as indagações e questionamentos sobre a realidade brasileira, a base ideológica e filosófica da Medicina Preventiva, apontados por professores e pesquisadores dessas instituições de ensino se tornaram munição para a movimentação de um grupo de pesquisadores, professores e profissionais de saúde que culminou com a organização de um movimento, na década de 1980, que se tornou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária.

O Movimento de Reforma Sanitária assumiu a bandeira da luta pela igualdade

social, descentralização e cidadania no País. Seu pensamento contra-hegemônico objetivava a transformação do sistema de saúde vigente, que se caracterizava pela compra de serviços privados de saúde, fonte constante de corrupção, e pela dicotomia das práticas em saúde oferecidas pelo Estado.

O movimento sanitário configura-se em sua singularidade por ter construído sua organicidade através da identidade do discurso e da criação de modelos alternativos; ter ampliado seu campo de ação, superando os limites do mundo acadêmico e penetrando na prática dos serviços; ter se originado nos aparelhos ideológicos de estado (universidade), mas ter incorporado explicitamente a prática política rejeitando a neutralidade técnica; ter conscientemente constituído uma força contra-hegemônica nas instituições setoriais utilizando a estratégia de 'ocupação dos espaços'; ter tido um pensamento estratégico, procurando sua ampliação nos espaços de poder para viabilizar suas propostas de transformação (SCOREL, 1998, p.182) .

Durante algum tempo, todo esse movimento de reforma conviveu com a clandestinidade, pois estávamos vivendo um período crítico da História do País, em que manifestações, argumentações contrárias ao regime eram eliminadas pela força física, prisão e até morte.

A abertura política, na década de 1980, aqueceu a retomada dos movimentos sociais, já iniciados de forma tímida nos anos anteriores e, no caso específico da saúde, mobilizou um grupo grande de pesquisadores, professores, profissionais e comunidade para repensar os rumos do sistema de saúde na perspectiva de um regime democrático. As propostas foram se fortalecendo “[...] com base no princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado (devendo ser implementado com unificação, democratização e descentralização do Sistema de Saúde” (SCOREL, 1998, p.186).

Em 1986, é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde,<sup>4</sup> dirigida por Sérgio Arouca, integrante convicto do movimento sanitário. Essa conferência passou a ser considerada um marco para a efetivação de mudanças no setor. Seu relatório final consolidou as bases do movimento sanitário, trazendo, entre outras propostas, o conceito ampliado de saúde, a universalidade do acesso e as bases financeiras do Sistema de Saúde.

Na seqüência, foi organizado um grupo composto por representantes do movimento sindical, movimento popular, profissionais de saúde, partidos políticos de esquerda e representantes da academia, denominados de Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que trabalhou exaustivamente no processo da Assembléia Nacional Constituinte, defendendo os preceitos da reforma sanitária.

Em 1988, após a experiência do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), do trabalho árduo dos integrantes do movimento sanitário na Plenária Nacional de Entidades de Saúde e de uma grande coalizão de interesses, conseguiu-se aprovar, no texto da Constituição Federativa do Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>5</sup> Conforme a art. 196:

---

<sup>4</sup> As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) foram regulamentadas pela Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, com o objetivo de promover uma troca de informações entre a gestão federal e os Estados. Não tinham uma periodicidade determinada e serviam para a realização de discussões técnicas. A exceção a essa regra foi a 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, que se aproximou das discussões sobre descentralização e, pode-se dizer, foi mais politizada. Infelizmente, com a instauração da ditadura militar, as conferências retornaram com o cunho eminentemente técnico. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e de uma nova regulamentação ocorrida pela Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi possível garantir juridicamente a participação da comunidade na gestão da saúde, incluindo o caráter deliberativo sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além da periodicidade das conferências que passaram a ser realizadas a cada quatro anos (SCOREL; BLOCH, 2005).

<sup>5</sup> Segundo Arretche (2005, p. 294), a conquista do SUS só foi possível a partir de uma grande coalizão: “[...] ganharam todos: o setor privado lucrativo conservou seu papel na provisão de serviços, sem garantir a exclusividade ao SUS; os médicos mantiveram a possibilidade de prestar simultaneamente serviços ao SUS e ao exercício liberal da medicina; e prefeitos e governadores poderiam agradar seu eleitorado com o aumento da provisão de serviços gratuitos e ganharam,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A organização desses serviços dar-se-ia por meio de um sistema único, conforme o art. 198:

As ações e serviços de saúde públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

Em conformidade com esse novo sistema de saúde do País, foram definidos princípios e diretrizes organizativas. Os princípios defendidos pelo SUS são a universalidade, a integralidade e a equidade. Esses princípios somente poderão efetivar-se com base nas diretrizes organizativas.<sup>6</sup> São elas: descentralização, regionalização, hierarquização e participação comunitária.

Na seqüência das conferências de saúde que se sucederam, após a criação do SUS, destaca-se a XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003. Tal conferência foi antecipada pelo Governo “[...] com o intuito de submeter a sua política de saúde à apreciação direta da sociedade” (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 83), e congregava, entre os participantes, expectativas e anseios da retomada dos princípios e diretrizes da reforma sanitária.

---

finalmente, os cidadãos, pela promessa de que receberiam a integralidade dos serviços de saúde de modo universal e gratuito”.

<sup>6</sup> O dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001) define *diretriz* como um conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação; e *princípio* como as proposições diretoras de uma ciência, às quais todo o desenvolvimento posterior dessa ciência deve estar subordinado.

Entre os assuntos debatidos na conferência, destacavam-se as dificuldades burocráticas para a efetivação da descentralização e apontava-se a “[...] necessidade de superação dos vícios burocratizantes da descentralização ‘tutelada’ e a defesa de radicalização do processo de descentralização” (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 555).

A dificuldade ou lentidão da descentralização deveu-se à centralização por parte do Governo Federal do financiamento da saúde.

[...] o governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental, enquanto os municípios se responsabilizaram pela gestão dos programas locais [...]. A concentração da autoridade sobre o financiamento e a coordenação do sistema nas mãos do governo federal significa que os governos locais são fortemente dependentes das regras e transferências da União para a implementação de suas políticas (ARRETCHE, 2005, p. 294).

Como resultado da XII Conferência Nacional de Saúde e conseqüentes debates, foi instituído, pela Portaria/GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS que apresenta uma proposta de mudanças significativas para a execução do SUS, apostando na regionalização, na adesão solidária aos termos do compromisso de gestão, na superação da fragmentação das políticas e programas de saúde, no fortalecimento de mecanismos de controle social e, principalmente, na descentralização, respeitando as características regionais. O pacto apresenta três dimensões, a saber: O Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O Pacto em Defesa do SUS, uma das três dimensões, aponta a importância de repolitização da saúde e mobilização da sociedade na defesa do direito à saúde como política de Estado; o Pacto pela Gestão ressalta as estratégias necessárias

para superar os entraves no processo de descentralização do SUS, definindo, como diretrizes, a descentralização, regionalização, programação pactuada e integrada, participação, controle social, gestão do trabalho e educação na saúde; o Pacto pela Vida, por sua vez, está constituído por um conjunto de ações sanitárias, definidas em uma análise da situação de saúde do País, o que gerou a definição de algumas prioridades nacionais, que poderão ser acrescidas de prioridades estaduais e municipais (BRASIL, 2006a).

Dentre as ações que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, foram definidas seis prioridades nacionais:

- a) Saúde do idoso;
- b) Controle do câncer do colo de útero e da mama;
- c) Redução da mortalidade infantil e materna;
- d) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e) **Promoção da saúde;**
- f) Fortalecimento da atenção básica. (BRASIL, 2006a, p. 9)

Tendo em vista a necessidade de normatizações específicas para a implantação do Pacto pelo SUS 2006, publicou-se a Portaria nº. 699/GM, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. A partir dessa portaria, foi possível estabelecer responsabilidades sanitárias e atribuições do respectivo gestor, além dos indicadores de monitoramento. A pactuação com os Estados, Municípios e Distrito Federal iniciou-se a partir do ano de 2007.

Simultaneamente, diante das mudanças significativas que o Pacto pela Saúde aponta, foram construídas orientações e portarias para a sua efetiva aplicação. Em 2006, foi publicada uma série de normas técnicas, textos básicos de saúde

que orientam a nova forma de habilitação dos Estados, Municípios e Distrito Federal.

Entre essas publicações, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica, decretada pela Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006. Essa política vem “[...] consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS” (BRASIL, 2006e).

Ao reiterar a Saúde da Família como estratégia para a atenção básica, a mesma política assume que a sua operacionalização se dará a partir de ações voltadas para as seguintes áreas estratégicas: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, da mulher, do idoso, saúde bucal e **Promoção da Saúde**.

Verifica-se, portanto, que a Promoção da Saúde torna-se uma macroprioridade dentre do Pacto pela Saúde e também se destaca como ação estratégica a partir da Política Nacional de Atenção à Saúde.

Atendendo às diretrizes do Pacto pela Saúde 2006, institui-se pela Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006, a **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**, seguindo as orientações do Pacto e em consonância com os princípios do SUS.

A Promoção da Saúde passa, então, a ocupar efetivamente um lugar de destaque na política de saúde do Brasil. Várias ações, orientações e pesquisas são desencadeadas e fortalecidas com o apoio e incentivo do Estado. Essas novas orientações e a publicação da **Política Nacional de Promoção da Saúde** é o

objeto de análise deste trabalho.

## 2.5 SAÚDE: UM CONCEITO EM TRANSFORMAÇÃO

O título desta subseção afirma um entendimento básico: os conceitos são frutos de uma determinada época e, como tal, vão sendo modificados ao longo do tempo. O conceito de saúde não foge a essa regra, ele deve sempre ser analisado a partir do contexto no qual é produzido. Nesse sentido, apresentam-se três concepções de saúde que influenciaram e foram influenciadas pela nossa história.

A primeira delas, a mais tradicional, utiliza o termo saúde vinculado à idéia de busca pelo equilíbrio entre o organismo e o meio. Não atingir este equilíbrio, não conseguir ser adaptativo, seria encarado como algo negativo e restritivo, próprio da doença. Ou seja, saúde seria o oposto de doença.

Nessa perspectiva, busca-se um duplo objetivo: identificar/diagnosticar a patologia e propor uma terapêutica adequada. Trata-se, portanto, da perspectiva biomédica clássica, em que o saber/poder da Medicina se impõe (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003).

A segunda tem como referência o final da 2ª Guerra Mundial. Diante de uma grande destruição dos espaços físicos, de inúmeras perdas de vida, do massacre de judeus, dos campos de concentração, da bomba atômica, enfim, de um grande sofrimento físico e psíquico, reuniu-se em Paris uma Comissão Técnica que foi responsável por estudar e preparar a constituição da Organização Mundial de

Saúde (OMS), criada, oficialmente, em 7 de abril de 1948, vinculada à Organização das Nações Unidas (ONU). O documento de sua fundação traz um novo conceito de saúde que se adequa ao contexto da realidade mundial de um pós-guerra. Nesse documento, a saúde é definida como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente da ausência de doença ou enfermidade”.

A saúde passa, então, a significar um valor positivo, para além do valor negativo representado pela doença, que aponta sempre limitações, dores, sofrimento, etc. É claro que a definição de um novo conceito de saúde não garante, em hipótese alguma, a substituição completa da concepção até então predominante. A incorporação desse novo conceito é sempre lenta, gradual e concomitante com outros saberes já instituídos na sociedade. Ressalta-se, dessa forma, a interação e a tensão entre saberes e conceitos diversos.

A inclusão desse novo conceito, por meio da definição da OMS, aponta uma ampliação inegável do conceito de saúde. No entanto, várias contestações a essa definição vêm sendo realizadas, principalmente no que tange à dificuldade em definir “completo bem-estar”.

Essa definição parece destacar o caráter subjetivo presente na determinação de bem-estar, o que tornaria esse conceito de difícil aplicação. Outro aspecto importante a ser destacado é o possível uso deste novo conceito. Segundo Caponi (1997), na medida em que se define bem-estar como um valor, valoriza-se o que é socialmente aceito e reconhecido como positivo numa determinada sociedade e num determinado período histórico e desqualifica-se o que é considerado indesejado ou perigoso.

É importante destacar que o modelo de ciência clássica e, por conseguinte, de ciência biológica e da correlata Medicina estava, e ainda se mantém, fortemente pautado no reducionismo e no mecanicismo, na crença de que a “[...] simplificação laboratorial desvela a essência do objeto complexo” (MARTINS, 1999, p, 91) ou ainda de que a “[...] redução mecânica é mais verdadeira do que a complexidade real” (p. 91).

A nova concepção, pautada no valor positivo de saúde, apresenta um novo conceito que trará várias implicações para o campo. Trata-se do conceito de *risco* que surge vinculado ao desenvolvimento da Epidemiologia.

Assim, a partir da década de 1930, a Epidemiologia passa a ter como objeto de estudo a relação entre sujeitos infectados e sujeitos suscetíveis de infecção, que se define como “[...] oportunidade de exposição ao agente causal de uma doença”. Essa base epistemológica formaliza o conceito de risco:

[...] passou-se a buscar reconhecer o que um dado risco populacional, conhecido através do que era expresso de modo quantitativo em equações/curvas epidêmicas, permitia inferir sobre as condições de exposição a que esta população estava ou estivera submetida (AYRES, 2006, p. 383).

Este raciocínio de base probabilística garantiu à Epidemiologia o rigor necessário para se firmar como um campo entre os saberes científicos, mas criou uma dependência em relação às ciências biomédicas de base clínico-laboratorial.

Observa-se, assim, uma busca pela segurança da objetividade, pela validade e formalidade dos enunciados em detrimento a uma investigação mais ampla das dimensões sociais envolvidas no processo saúde-doença (AYRES, 2002).

Uma terceira concepção, apesar de ter sido apresentada em 1943, por George Canguilhem, na sua tese de doutoramento, ainda é menos conhecida. Em sua argumentação, questiona o conceito de saúde tradicional, aponta que está pautado em modelos ideais de homens, construídos dentro de um contexto histórico, social e ambiental supostamente universalizante. “Um ser vivo é normal em um determinado meio na medida em que ele é a solução morfológica e funcional encontrada pela vida para responder a todas as exigências do meio” (CANGUILHEM, 2006, p. 102). Portanto, como o meio está em constante mutação, é sempre distinto e sofre inúmeras oscilações, o homem ideal teria como característica principal a capacidade de criar normas próprias para se adequar as essas condições diferentes. Segundo Canguilhem (2006, p. 148) “O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”.

A tese de Canguilhem apresenta uma nova forma de entender o processo de saúde, pois reforça a inseparabilidade entre ser vivo e meio, destacando as sempre dinâmicas e criativas formas que o homem desenvolve para lidar com as alterações do ambiente. Ressalta-se, assim, a necessidade de se pensar a vida por meio de um novo paradigma, em que a doença não seja encarada como uma variação da dimensão da saúde, e sim como uma nova ordem, uma nova dimensão da vida, em que será necessária uma nova forma de relação existencial entre o ser humano e o meio.

Nesse sentido, só é possível pensar a saúde quando reconhecemos que a vida se dá num processo contínuo, em que relações de causalidade direta não são

garantia de explicação dos fatos da vida ou do processo de adoecimento. Estamos no campo do paradigma da complexidade, um campo que reconhece a existência do mundo a partir das relações. Trata-se de reconhecer um sistema que se organiza de modo aleatório, sob a forma de acontecimentos. Segundo Morin (2005, p. 250), acontecimento é uma noção que deve ser utilizada,

[...] para designar o que é improvável, acidental, aleatório, singular, concreto e histórico [...]. Em outras palavras, essa noção aparentemente simples e elementar remete a outras noções e as contém; é, de fato, uma noção complexa.

Os acontecimentos se dão a partir da interação entre fatores físicos, químicos e sociais. O processo de evolução do homem é fruto desses acontecimentos. Do mesmo modo, a singularidade de cada ser vivo se institui também sob a forma de acontecimentos. A saúde, portanto, seria a criação de novas normas a partir dos acontecimentos, sempre aleatórios e acidentais, próprios de um mundo infiel (MORIN, 2005; CANGUILHEM, 2006).

O filósofo Espinosa, ainda no século XVII, afirmava que os sujeitos não são anteriores à relação; eles só existem na relação, e é nesse espaço de encontros plurais, múltiplos, que podemos reconhecer o processo de formação das subjetividades.

O papel ocupado pelo sujeito no processo de adoecimento passa a ser reconhecido como de fundamental importância. Cabe a ele determinar ou reconhecer seus próprios limites, ou seja, “[...] atribui-se, em suma, ao próprio ser vivo, considerado como polaridade dinâmica, a responsabilidade de distinguir o ponto que começa a doença” (CANGUILHEM, 2006, p. 134). Nessa concepção, a

definição de doença passa por um critério pessoal, manifesta-se na sucessão cronológica, na comparação com um “passado” do qual se tem certa nostalgia.

Dentre as contribuições de Canguilhem, destaca-se o questionamento sobre a concepção de uma normalidade universal, entendendo-a como uma norma “própria” de vida, fruto da criação constante de formas existenciais, que dependem da cultura, do biológico, das condições ambientais, enfim, de um conjunto de fatores que estão em constante interação. Pode-se dizer, portanto, da inexistência da anormalidade e da existência de variações normativas, que estão em oposição às regras e padrões universalmente definidos.

Nesse sentido, normalidade diz respeito a uma categoria muito mais ampla, em que os conceitos de saúde e de patológico estão num mesmo conjunto, em constante interação/tensão. Tal concepção afirma saúde como a capacidade do ser humano em instituir novas normas, distinguindo de forma clara normalidade e saúde.

Patológico, por sua vez, caracteriza-se pela perda da capacidade normativa, pela fixação a um determinado padrão, que impossibilita o movimento constante de constituição de novas normas. Podemos afirmar que a saúde aponta para a vida na busca de sua expansão e o patológico aponta para sua restrição.

Saúde, nessa perspectiva, estará relacionada com a forma pela qual o ser humano interage com os eventos da vida, apostando no aumento de potência, na ampliação do agir, no movimento constante de busca por novas normas próprias.

Admitir essa concepção nos leva a reconhecer a proposição de um novo conceito de saúde que, apesar de ter sido proposto em 1943, somente nas últimas décadas consegue se inserir de forma mais contundente nos estudos sobre

saúde. Afirmamos, então, que, no contexto histórico do século XXI, justifica-se a incorporação de um novo conceito, ou seja, mais uma vez, estamos falando do processo contínuo de transformação dos conceitos, da sociedade e da vida.

## 2.6 DEBATE ATUAL SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O reconhecimento crescente da limitação das práticas de saúde voltadas, na sua grande maioria, apenas para o aspecto curativo, para a prevenção de doenças e para a intervenção medicamentosa, apontou a necessidade de investimento numa nova concepção de saúde pública em que era necessário ampliar as ações nesse campo, buscando, assim, alcançar a meta de saúde para todos. Nesse sentido, a Promoção da Saúde é uma das propostas que, nos últimos anos, têm recebido grande ênfase no cenário nacional e internacional.

No Brasil, fica evidente o incentivo a essa proposta, ao observarmos as novas determinações que surgem após a institucionalização do Pacto pela Saúde - 2006. A Promoção da Saúde passa a se caracterizar como uma das prioridades do SUS, sendo criada uma política própria, a PNPS, que visa à efetiva implantação de práticas promotoras de saúde.

Essa ênfase à Promoção da Saúde exige uma discussão mais aprofundada sobre os vários entendimentos encontrados para o tema. A enorme amplitude abarcada pelo termo “promoção” se faz notar tanto nas suas ações quanto no debate teórico. Segundo Buss ( 2003, p. 16),

[...] este termo (promoção) está associado inicialmente a um 'conjunto de valores': vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma 'combinação de estratégias': ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais) e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de 'responsabilização múltipla', seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos.

Toda essa multiplicidade contemplada no conceito talvez nos ajude a entender a dificuldade de um discurso mais homogêneo, uma vez que contradições e divergências estão presentes em várias publicações e, principalmente, no planejamento das ações.

Segundo Sícoli e Nascimento (2003, p. 102),

Apesar dos princípios [da promoção da saúde] estarem razoavelmente desenvolvidos, permanece a dificuldade de traduzi-los em práticas coerentes, a ponto de as raras práticas que privilegiam a 'nova promoção da saúde' se encontrarem ainda dispersas e desarticuladas.

Na pesquisa desenvolvida pelas autoras, foram consultados alguns bancos de dados de instituições de ensino, e foi possível identificar que, “[...] entre as experiências práticas auto-intituladas de ‘promoção da saúde’ deparamo-nos com a freqüente confusão quanto aos limites conceituais entre prevenção e a promoção” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 110).

Nesse sentido, importante se faz apresentar a distinção entre esses termos. De acordo com a definição de Czeresnia (2003), a prevenção exige uma ação antecipada, focada no controle da doença, apóia-se, portanto, no conhecimento da história natural da doença. O seu objetivo é evitar a transmissão de doenças infecciosas e diminuir o risco de doenças crônicas. De acordo com a autora, “Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a

divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos” (p. 45).

A promoção, por sua vez, não se restringe à doença; ela aponta o fortalecimento da capacidade de lidar com os múltiplos determinantes da saúde. Rompe com a idéia de uma técnica ou de recomendações normativas, insiste no “[...] respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, [...] com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos”(CZERISNIA, 2003, p. 48). Assim, propõe-se a “[...] aumentar a saúde e o bem-estar gerais” (p. 45).

A dificuldade está em determinar o que seria bem-estar geral, tendo em vista as singularidades pessoais e o paradigma biomédico, que se utiliza de parâmetros gerais e universais construídos num modelo da ciência clássica, positivista e reducionista. Nessa distinção, pode-se afirmar uma radical e, ao mesmo tempo, pequena diferença entre os dois termos:

Radical porque implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação e operacionalização das práticas de saúde – e isso só pode ocorrer verdadeiramente por meio da transformação de concepção de mundo [...]. Pequena porque as práticas em promoção, da mesma maneira que as de prevenção fazem uso dos conhecimentos científicos. Os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico da saúde – doença, transmissão e risco – cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo (CZERESNIA, 2003, p. 47).

Ou seja, ao ampliar o campo de ação da saúde, na medida em que se reconhece sua multideterminação, corre-se o risco de fazê-lo repetindo o mesmo paradigma tradicional. A não alteração do paradigma ou a não alteração da concepção de mundo e de ciência poderiam gerar uma indiferenciação entre as práticas de

prevenção e promoção.

Entende-se não ser mais possível compreender o mundo e a ciência a partir de dicotomias, sejam elas de objetividade/subjetividade, sejam biológico/psíquico, sejam determinações macropolíticas/micropolíticas.

Acredita-se que as relações estabelecidas entre esses fatores serão sempre aleatórias, sem a tão sonhada possibilidade do controle que tanto desejamos. Afinal, esse é o mundo em que vivemos, e é sobre esse mundo que a ciência deve se debruçar. Um debruçar que não exclui qualquer conhecimento, pois tanto as descobertas científicas surgidas nos laboratórios, quanto o olhar singular de cada ser vivo estão em relação constante e não devem ser desprezadas. Afirma-se, portanto, “[...] que o corpo subjetivo não é o oposto do saber científico, um não é a alteridade radical do outro” (CAPONI, 2003, p. 60).

Destaca-se, ainda, a distinção entre a produção do conhecimento científico e a tutela/imposição a que a população é submetida. Ressalta-se, também, a importância de combater o uso autoritário e universal do conhecimento científico, mas jamais negar a importância de tal produção. O que se pretende é a construção de novos posicionamentos, em que seja possível “[...] transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tendo como referencial não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e intervir”(CZERESNIA, 2003, p. 48).

Essa forma de pensar a vida nos dirige para a noção de complexidade, que, segundo Morin (2005, p. 305), “[...] dificilmente pode ser conceitualizada. Por um lado, porque está emergindo e, por outro, porque não pode deixar de ser complexa”.

Retomando as diferenças entre prevenção e promoção, pode-se destacar que as ações de Promoção da Saúde apontam um passo além da aplicação de técnicas, normatizações, informações. Estamos falando de ações voltadas para o fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, construção de autonomia, respeito às singularidades, enfim, ações potencializadoras.

A partir desse entendimento de promoção, uma questão importante se impõe: o que se entende por autonomia? Qual é a autonomia pretendida? Será que as ações de promoção estão apostando numa autonomia que incita a potencialização para a ação e para os movimentos de expansão da vida? Ou será que tais ações, ao contrário, reforçam uma dependência, ressaltam valores morais estabelecidos, desconsideram os vários fatores envolvidos na possibilidade de escolha e, assim, responsabilizam/culpabilizam os sujeitos?

Estabelecida a distinção entre prevenção e promoção, pode-se discutir um outro embate importante no campo da Promoção da Saúde. Trata-se da definição conceitual de saúde. Atualmente, a produção nesse campo reconhece e trabalha com a concepção de saúde, em seu sentido ampliado, destacando o seu aspecto positivo. Entretanto, reconhecer o conceito ampliado de saúde como balizador da proposta de Promoção da Saúde nos coloca em frente a uma tensão que aponta dois olhares/concepções.

Um primeiro direciona o olhar para os determinantes sociais e, nesse sentido, são propostas ações amplas, de caráter macrossocial, vinculadas a espaços diversos na sociedade, tais como: educação, alimentação, habitação, emprego. Nessa perspectiva, corre-se o risco de se manter o caráter prescritivo e impositivo de

regras, normas e modelos universais, agora direcionados para um campo muito maior.

A tentativa de “garantir” a saúde perfeita, por meio de ações que abranjam vários campos esbarra em objetivos difíceis de serem alcançados e, talvez, “[...] descubramos que essas políticas estão mais próximas das estratégias de mercado do que dos efetivos programas de promoção da saúde” (CAPONI, 2003, p. 71).

Uma outra perspectiva de olhar a ampliação do conceito de saúde se dirige para um olhar singular e subjetivo de cada ser humano, na busca pela autonomia. O processo de saúde-adoecimento passa a ser visto a partir da capacidade de se construir normas próprias num mundo marcado por acontecimentos. Nessa concepção, a saúde não se limita à imposição de um discurso normativo sobre a vida, muito pelo contrário, destaca a importância da construção de normas próprias, singulares, rompendo com modelos universais. Afirma-se, assim, um conceito de saúde “[...] que é alheio a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e preestabelecida” (CAPONI, 2003, p. 61).

Nesse sentido, cabe perguntar: como estão sendo propostas as diretrizes/ações vinculadas à Promoção da Saúde? A população é convidada a participar das discussões, tem voz ativa na definição das prioridades? Ou, ao contrário, as ações continuam sendo definidas a partir de propostas fixas, universais?

Realizar tais questionamentos nos direciona para uma reflexão sobre o conceito de risco: o que considerar como risco em nossa sociedade? Será possível controlá-los? Pode-se entender que os riscos fazem parte da saúde, o que nos levaria à necessária tarefa de diferenciar aqueles que podem e devem ser

evitados, dos que são inerentes à existência humana (CAPONI, 2003).

Contra-pondo-se à Epidemiologia do risco, surge, no final da década de 1980, como consequência das ações desencadeadas para o controle da epidemia de aids, o conceito de vulnerabilidade, que pode ser resumido como um movimento que considera

[...] a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, 2003, p. 123).

As diferenças entre risco e vulnerabilidade podem ser apresentadas a partir de seus objetivos; enquanto os estudos de risco buscam “[...] expressar as ‘chances matemáticas’ de adoecimento de um ‘indivíduo qualquer’, desde que portador de um traço identitário específico” (AYRES, 2003, p. 127), buscando, assim, realizar uma análise das relações causais. Os estudos de vulnerabilidade, por sua vez, querem “[...] expressar os ‘potenciais’ de adoecimento/não adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive um certo conjunto de condições” (p. 128). Ou seja, a vulnerabilidade propõe-se a destacar os vários “[...] elementos abstratos associados e associáveis aos processos de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados, nos quais os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito do conhecimento” (p. 127).

Ressalta-se que isso não significa abandonar as análises epidemiológicas de risco, mas não se limitar a elas. Retomando a concepção de complexidade, não se trata de excluir e, sim, de ampliar o olhar para as várias relações que se

estabelecem entre os fatores.

Compondo o quadro em que se insere a Promoção da Saúde, encontram-se dois posicionamentos político-ideológicos divergentes. No primeiro deles, afirma-se o caráter progressista dessa proposta, considerando que esse projeto representa um “[...] esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos”(CARVALHO, 2002, p. 671).

Outro grupo posiciona-se de forma diferente e, apesar de reconhecer as contribuições pontuais do projeto, aponta que tal discurso reforça a concepção neoliberal e individualista, o que pode gerar a exclusão de grupos sociais. Ressalta-se, assim, o jogo de interesses constantemente presente no campo da saúde (CARVALHO, 2002)

Alguns autores (FOULCAULT, 1985; BODSTEIN, 1997) apontaram como as ações de saúde pública se constituíram em modelos para a imposição de uma nova ordem social apoiada no capitalismo, determinando, assim, uma cultura baseada na disciplina. Os estudiosos da saúde pública (MERHY, 1985; COSTA, 1986; AROUCA, 2003) analisam como essa realidade ocorreu no Brasil e, em comum, todos nos alertam para o risco, real, de manipulação da produção teórica/conhecimento científico em prol do interesse do mercado, ou seja, ao mesmo tempo em que o conhecimento científico se utiliza de uma dada organização social, também é utilizado por ela, na tentativa da sua manutenção. Portanto, as críticas à ênfase dada à Promoção da Saúde não podem ser desconsideradas. Entretanto, não se podem negar os ganhos ocorridos após o início do movimento de Promoção da Saúde.

Essas duas posições político-ideológicas podem ser observadas pela constante

tensão entre as três correntes da Promoção da Saúde. Verifica-se que os documentos oficiais dos Organismos Internacionais assumem, como orientação para suas ações, a corrente da Nova Promoção da Saúde, no entanto explicitar um referencial não garante a isenção a outras interferências, ou seja, as ações propostas podem carregar intenções que muito se aproximam da *corrente behaviorista* ou da corrente da *Promoção da Saúde da População*, claramente marcadas, respectivamente, pela ênfase exclusiva ao comportamento individual e pela busca do desenvolvimento econômico.

Reconhecer que estamos inseridos num processo constante de produção de subjetividades nos faz questionar ou, no mínimo, indagar sobre os fatores, situações, espaços que participam desse processo. Teixeira (2001) ressalta que tanto os aspectos individuais, quanto os coletivos e institucionais participam do processo de subjetivação. Destaca, ainda, que o mais importante “[...] é [manter] essa idéia de que algo é produzido” (p. 52).

Neste processo de produção contínua de novas subjetividades, o autor esclarece as interferências produzidas pelos objetos com os quais nos relacionamos durante todo o tempo. Ressalta-se que “objeto” é aqui compreendido como “[...] todo e qualquer artefato que passe de ‘mão em mão’ durante os trabalhos e a vida coletiva, catalisando as relações sociais” (TEIXEIRA, 2001, p. 54). Portanto, pode-se entender que mensagens, informações, conhecimento, orientações, políticas são peças integrantes da formação constante de subjetividade.

Cabe, então, um importante questionamento: de que modo, o “objeto”, Política Nacional de Promoção da Saúde contribui para a produção de subjetividades? E, mais importante: será que contribui para a construção de subjetividades

singulares? Será que respeita a processualidade da vida e, por conseguinte, a reinvenção constante de novos modos de viver? Será que a PNPS se guia por um rigor ético/estético/político?<sup>7</sup>

Tendo em vista a relevância da Promoção da Saúde nos dias atuais, a importância que adquire no Brasil e as constantes tensões teóricas, conceituais e político-ideológicas que podem ser observadas nas suas estratégias de ação, pretende-se analisar o texto da PNPS e, assim, contribuir com o debate no campo da saúde pública.

---

<sup>7</sup> Na definição apresentada por Rolnick (1993, p. 245) sobre o rigor ético/estético/político, encontramos o seguinte texto: “O que estou definindo como ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir destas diferenças. [...] Estético porque este [...] é o rigor da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. Político porque este é o rigor de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir”.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as concepções de saúde presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Analisar as correntes/tendências de Promoção da Saúde que norteiam a política Nacional de Promoção da Saúde;
- b) Avaliar a existência (ou não) de contradições entre objetivos e estratégias de consolidação da política de Promoção da Saúde;
- c) Avaliar quais MODOS de subjetivação tal política tende a engendrar.

## 4 O MÉTODO

Uma teoria não é o conhecimento; permite o conhecimento.  
Uma teoria não é uma chegada. É a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é uma solução; é a possibilidade de tratar um problema. Por outras palavras, uma teoria só realiza o seu papel cognitivo, só ganha vida com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É esta intervenção do sujeito que dá ao termo método o seu papel indispensável.

(EDGAR MORIN)

Este capítulo tem por objetivo abordar a metodologia utilizada, descrevendo os seus pressupostos, procedimentos e instrumentos. Pretende-se, também, apresentar a forma como se deu o tratamento dos dados, explicitando o caminho que levou à realização da análise.

### 4.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO

Entende-se que todo o método envolve uma concepção de mundo, uma maneira de ver o homem e de entender a ciência e, por isso, é preciso deixar clara a concepção que permeia este trabalho.

Considera-se, nesta pesquisa, que a vida é marcada pela inconstância, pelo movimento, pela transformação e pela criação constante de novas formas de viver. Trata-se, assim, do paradigma da complexidade, conforme proposto por

Morin (2005, p. 267);

[...] incertezas, antagonismos, associando termos que se implicam mutuamente [...] consiste em fazer progredir a explicação, não eliminando a incerteza e a contradição, mas as reconhecendo, ou seja, em fazer progredir o conhecimento pondo em evidência a zona de sombra que todo saber comporta, isto é, fazendo progredir a ignorância, e digo progredir a ignorância porque a ignorância reconhecida, inscrita e, por assim dizer, aprofundada se torna qualitativamente diversa da ignorância ignorante de si mesma.

Observa-se uma radical diferença com o paradigma da ciência clássica, baseado na ordem e na estabilidade; o que passa a vigorar, neste novo paradigma, são as inter-relações, a associação constante entre diversas noções. Por mais que se busque encontrar princípios simples permitindo uma combinação quase infinita, Morin (2005, p.272) insiste, a “[...] complexidade é insimplificável”, ou seja, a complexidade comporta implicação mútua, causalidade complexa, causalidade recorrente e um processo organizador em que “[...] elabora os produtos, ações e efeitos necessários à sua própria geração ou regeneração” (p. 273).

A partir da premissa de que uma teoria não existe no abstrato, de que é construída em interpelação constante com uma dada visão de homem e de mundo, pode-se entender que concepções e valores do pesquisador estão implicados na escolha metodológica.

Busca-se, neste trabalho de pesquisa, não uma verdade, uma origem ou uma explicação, mas uma aproximação, um envolvimento, uma análise das forças presentes em nossa sociedade que contribuem para a criação de regras, modelos e ditames da “boa saúde” e das políticas públicas.

## 4.2 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

### 4.2.1 Abordagem qualitativa

A abordagem qualitativa parte do entendimento de que os fenômenos e processos sociais não se limitam a dados quantificáveis, sendo importante incluir o pressuposto de “[...] que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que seu comportamento tem sempre um sentido, um significado [...] a ser desvelado” (ALVES-MAZZOTI, 1999, p. 131).

Adotar esse ponto de vista nos leva a assumir que a construção dos vários significados possíveis está atrelada a realidades sociais existentes em determinado tempo histórico. Entendemos, portanto, que a construção de políticas, instituições e leis falam de uma visão de mundo que é sempre provisória, pois está em constante transformação (SILVA, 1998).

Quanto aos critérios de avaliação da pesquisa qualitativa, pode-se afirmar que há uma ruptura com os conceitos clássicos de veracidade, generalização e consistência observados na ciência clássica. Entretanto, a pesquisa qualitativa deve pautar-se em critérios de credibilidade, transferibilidade e “dependentibilidade”. Entende-se credibilidade como a importância de escolha adequada do método, da documentação, de registros cuidadosos e da revisão de informações e interpretações. O critério de transferibilidade deve ser entendido como a “[...] possibilidade de utilização dos procedimentos e resultados encontrados em situações semelhantes, respeitadas as particularidades dos novos conceitos” (SILVA, 1998, p.169). Por fim, o critério de “dependentibilidade”,

é aquele segundo o qual o pesquisador deve facilitar o acesso a toda documentação utilizada no seu trabalho, possibilitando a compreensão e verificação das análises realizadas e a lógica proposta para o estudo.

#### **4.2.2. Avaliação política da política**

A modalidade mais tradicional de avaliação de uma política, no campo da saúde, baseia-se no uso de técnicas e na objetividade. Entendemos que essa forma de avaliação deixa de analisar os embates, acontecimentos, interesses que determinaram a implantação de uma determinada política e não a de outra.

Para um melhor entendimento da proposta deste trabalho, importante se faz destacar a distinção entre avaliação política e avaliação das políticas. Segundo Araújo (2005, p. 78),

[...] é preciso fazer a distinção entre avaliação política e avaliação de políticas, pois esta última se restringe à avaliação de metas e objetivos de programas e projetos. [...] na maioria das avaliações tradicionais, os elementos da política reduzem-se a serem avaliados no limite dos programas, deixando de lado a identificação da função inerente à política, qual seja, de interferir e, eventualmente, transformar as relações sociais postas em jogo.

Entende-se, dessa forma, que a definição de uma política carrega um conjunto de determinações que falam de uma visão de homem e de mundo, uma escolha nada ingênua, muito pelo contrário, carregada de sentidos e interesses que transformam as relações sociais.

Em se tratando de políticas públicas voltadas para Promoção da Saúde, é preciso

estar alerta quanto às formas tradicionais de avaliação, pois elas podem indicar um grande distanciamento entre essas concepções e a natureza complexa das intervenções de Promoção da Saúde (CARVALHO et al., 2004).

Alguns autores apontam a importância de se avaliar as intervenções em Promoção da Saúde não apenas a partir das evidências produzidas, mas, também, apontando suas limitações diante de intervenções que dependem da participação e adesão de diversas pessoas (CARVALHO et al., 2004; AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004).

Destaca-se a posição de autores que afirmam que a avaliação em Promoção da Saúde tem como objetivo cumprir um “[...] papel que não é absoluto em determinar, ou não, a validade deste tipo de iniciativa, mas um eixo reflexivo sobre caminhos” (AKERMAN et al., apud AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004, p. 608).

Desse modo, busca-se uma avaliação política da Política Nacional de Promoção da Saúde, tentando compreender alguns dos diversos embates presentes no campo.

Para a realização deste trabalho, foram utilizadas algumas contribuições advindas da Genealogia. Segundo Andrade (1999, p. 76), a Genealogia pode ser entendida como um “[...] debruçar crítico sobre a vida”, um debruçar que insiste em desvelar o embate entre um conjunto de forças sempre presentes nas diversas configurações da sociedade e sempre articulado ao contexto sócio-histórico.

Ainda segundo Andrade (1999), o fundamental na Genealogia é a avaliação do que está sendo produzido nesse embate de forças. É preciso, ao interpretar qualquer configuração, “[...] avaliar qual conjunto de forças está produzindo um

certo tipo de valor e que direção este valor imprime à vida” (p. 78).

Na análise genealógica, o envolvimento e o compromisso político do pesquisador são inseparáveis do objeto de estudo. Ou seja, ressalta-se, reiteradamente, que o pesquisador ao apresentar suas análises o faz de um lugar de implicação, a neutralidade está definitivamente afastada. Nas palavras de Andrade (1999, p. 83)

[...] a genealogia não é uma metodologia, não comporta uma técnica a ser aplicada nas diversas situações. Trata-se antes, de uma postura, de um modo de estar no mundo que se presentifica em toda a ação do pesquisador, em suas experiências, olhares e falas cotidianas.

### 4.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

#### 4.3.1 Descrição do estudo

Este estudo objetivou analisar o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado no ano de 2006, pela Portaria nº. 687. A premissa principal do trabalho baseava-se no entendimento de que uma política é fruto de um conjunto de variáveis que incluem interesses diversos e, em contrapartida, após sua publicação, também produz diferentes movimentos que podem atender a uma variedade de interesses.

Entre os possíveis olhares para o texto da política, optou-se por uma análise que destacasse trechos, entendimentos, percepções, sensações que pudessem identificar os embates entre as várias concepções de saúde e as correntes da

Promoção da Saúde. Pretendeu-se, também, realizar uma reflexão sobre as possíveis contradições entre o texto e a proposição de ações nele contidas.

Vale destacar que um dos objetivos principais da Promoção de Saúde diz respeito à construção de autonomia e protagonismo social. Nesse sentido, este trabalho buscou identificar se as ações propostas pela política podem contribuir para um aumento de poder e autonomia das pessoas, levando a uma expansão da vida ou, ao contrário, podem gerar submissão e acomodação, conduzindo a um movimento de limitação da vida.

#### **4.3.2 Estratégias metodológicas**

A abordagem qualitativa permite o uso de várias estratégias metodológicas de pesquisa, entendendo como estratégias de pesquisa/investigação a opção por uma forma de olhar, de se aproximar do campo ou do tema objeto da pesquisa.

Neste trabalho, optou-se pela escolha da estratégia de investigação baseada na Análise Documental, ou Pesquisa Documental. Entende-se como documento qualquer material escrito, incluindo, leis, portarias, regulamentos, normas, discursos, artigos, livros, enfim, materiais que possam trazer informações sobre o objeto da pesquisa (LÜDKE, M; ANDRÉ, M., 1986).

Na tentativa de evitar uma confusão com a pesquisa bibliográfica, já que as duas são realmente muito próximas, importante se faz destacar a diferença entre essas duas abordagens. Segundo Gil (1991, p. 51),

[...] enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os documentos a serem analisados numa pesquisa documental podem ser classificados entre documentos “de primeira mão” ou documentos de fonte primária, quando ainda não receberam nenhum tratamento analítico, e documentos “de segunda mão” ou de fonte secundária, quando a pesquisa se fizer a partir de uma análise já realizada (GIL, 1991; MARCONI; LAKATOS, 2002).

Segundo Marconi e Lakatos (2002), os documentos analisados também podem ser classificados em: documentos escritos ou não escritos, incluem-se aqui fotos, imagens, filmes, mapas, etc. Dentre os documentos escritos, os autores destacam diversos tipos de documentos. São eles: documentos oficiais, publicações parlamentares, documentos jurídicos, fontes estatísticas, publicações administrativas e documentos particulares. Ressaltam, ainda, que os documentos oficiais “[...] constituem geralmente a fonte mais fidedigna de dados” (p. 65).

Os documentos, numa pesquisa documental, também podem ser classificados em contemporâneos e retrospectivos, ou seja, os “[...] documentos são recolhidos no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 62).

Pode-se, então, afirmar que a pesquisa documental realizada neste trabalho tem como fonte um documento escrito, tipo documento oficial, contemporâneo e de fonte primária.

Dentre as vantagens para o uso da análise documental, está o fato de que os documentos constituem uma fonte estável e rica de informações, podendo ser

acessada e revisitada a qualquer tempo e por qualquer pesquisador. Portanto, várias evidências e afirmações podem ser realizadas a partir da análise dos documentos, entendendo sempre que eles “[...] surgem num determinado contexto e oferecem informações sobre esse mesmo contexto” (LÜDKE, M; ANDRÉ, M., 1986, p. 39).

#### **4.3.3 Análise do material**

Após a leitura de vários textos sobre saúde pública, concepções de saúde e promoção da saúde, foi realizada a leitura minuciosa do texto da PNPS. Nesse momento, já era possível emergir impressões e sensações sobre a política, ancoradas num conhecimento mais amplo sobre a história da saúde pública, do significado de vários movimentos vivenciados no campo da saúde e do paradigma que permearia tal análise.

Nesse sentido, a leitura cuidadosa do material foi definindo lentamente a direção do trabalho. Foram produzidas as unidades ou categorias de análise a partir da busca por um sentido, na tentativa de capturar “[...] as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno de idéias principais” (LAVILLE; DIONNE, 1999, p. 214).

Destaca-se, assim, que a análise do material foi realizada utilizando a metodologia de análise de conteúdo que, segundo Bardin (1999, p. 42), pode ser definida 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.

Na eleição dos eixos temáticos de análise e na interpretação dada a eles, assume-se uma posição pessoal, acreditando que “[...] a diversidade de pontos de vista e de enfoques parece contribuir mais para aumentar o conhecimento sobre algo do que para limitá-lo” (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 41).

Os eixos temáticos previamente estabelecidos foram: conceito de saúde, correntes de Promoção da Saúde e contradições/adequações entre objetivos e estratégias de consolidação da política de Promoção da Saúde. Tendo como norteadores esses três eixos, a ordenação dos conteúdos foi adquirindo forma e sentido, até ser possível construir as categorias de análise.

## **5 APRESENTANDO A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Nas últimas duas décadas, vários foram os avanços no campo da organização da saúde no Brasil. O SUS se firmou como política pública e construiu um sólido sistema de saúde, assumindo o “[...] paradigma da determinação social da doença” (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 483). Ao assumir esse paradigma, promoveu uma reconfiguração da organização dos serviços de saúde. A Atenção Básica, entendida como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde, passou a se tornar prioridade, tendo sido definida como um “[...] conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, [...] voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (p. 487).

A ênfase à Atenção Básica deu-se de forma gradativa, num lento e contínuo embate com o modelo hegemônico, pautado no modelo hospitalocêntrico e curativista. O incentivo decisivo ocorreu a partir de alterações na forma de financiamento do sistema de saúde, que passou a privilegiar ações na atenção básica.

Em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) torna-se a estratégia para consolidação da reorganização do SUS, o que alterou sua denominação: o PSF passa, então, a ser chamado Estratégia de Saúde da Família (ESF). A implementação da ESF está em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, na medida em que expande o acesso à Atenção Básica, fortalece a descentralização pelo processo de municipalização, busca a integralidade das ações de saúde com a aproximação com a população, fortalecendo, assim, os

processos de participação popular (HEIMANN; MENDONÇA, 2005; ANDRADE; BARRETO; BEZERA, 2006).

Durante o início da década de 1990, já é possível perceber uma alteração no perfil epidemiológico do País. Passou-se a conviver com, além das doenças infecto-contagiosas, índices crescentes de doenças crônico-degenerativas, compatíveis com o envelhecimento da população e com o processo de urbanização. As alterações no perfil epidemiológico reforçaram a ênfase a ações voltadas para a Atenção Básica utilizando, como estratégia de ação, a saúde da família, e esta, por sua vez, vem se responsabilizando pelas ações de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e cura, dentro de uma área e população adscrita.

Em consonância com essa proposta, é publicada, em 22 de fevereiro de 2006, a Portaria GM/MS nº. 399. Por essa portaria é realizada a divulgação do Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS.

O Pacto pela Saúde 2006 tem como objetivo superar as dificuldades encontradas no setor saúde, definindo prioridades que, caso enfrentadas, implicará impacto positivo sobre a situação de saúde da população brasileira. As prioridades a serem pactuadas devem ser “[...] estabelecidas por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais” (BRASIL, 2006a, p. 9), devendo ser pactuadas com cada uma das entidades da Federação.

Conforme descrito, o Pacto pela saúde 2006 – Consolidação do SUS apresenta três componentes: o Pacto pela vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Cada um desses componentes definiu suas prioridades e diretrizes, mas sempre de forma articulada e integrada entre os três

componentes. Neste trabalho, destaca-se, em especial, o Pacto pela Vida, que, tendo como referência a análise da situação de saúde do País definiu prioridades nacionais.

Dentre as seis macroprioridades definidas no Pacto pela Vida, destaca-se a **Promoção da Saúde**. Ressalta-se que, no corpo do texto do referido Pacto, essa prioridade vem descrita com o título de “Promoção da Saúde, com ênfase na atividade física regular e alimentação saudável” e apresenta os seguintes objetivos:

- 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 de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios, podendo iniciar sua implementação em 2006 (BRASIL, 2006a, p.13).

Na seqüência de ações desencadeadas após o Pacto pela Saúde, encontra-se a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, pela Portaria nº. 687, de 30 de março de 2006.

O texto de apresentação da política inicia-se destacando a íntima relação entre o processo de mudança da sociedade e o processo de mudança da saúde, reforçando que as tecnologias tradicionalmente utilizadas são insuficientes para responder a tais transformações.

[...] a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não

consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo [...] (BRASIL, 2006d, p. 9).

A partir dessa nova forma de organização da sociedade, observam-se mudanças significativas nos modos de adoecimento da população. Na tentativa de responder a esse novo quadro epidemiológico, entende-se como importante “[...] cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer” (BRASIL, 2006d, p. 9).

A Promoção da Saúde apresenta-se, assim, como uma estratégia que se propõe a trabalhar os determinantes do processo saúde-adoecimento, que, em nosso País, podem ser exemplificados como “[...] 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, deteriorada” (BRASIL, 2006d, p. 10).

A PNPS assume trabalhar na “[...] perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde” (BRASIL, 2006d, p. 10). Entende que é preciso romper com a uma perspectiva tradicional, que “[...] colocar os sujeitos e as comunidades como os únicos responsáveis pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida”, insistindo na tese de que “[...] os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária” (BRASIL, 2006d, p. 11). Muito pelo contrário, enfatiza que

[...] os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam

novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção dá-se no contexto da própria vida (BRASIL, 2006d, p. 11).

A partir da ampliação do olhar sobre o processo saúde-adoecimento, a PNPS propõe que as intervenções no campo da saúde ampliem seu escopo, desenvolvendo “[...] ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem o espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis “ (BRASIL, 2006d, p. 11).

Ampliar as ações e serviços para além dos muros das unidades de saúde exige uma ampla articulação e construção de consensos na execução das agendas e projetos governamentais. Essa construção de consensos deve estimular e fortalecer “[...] o protagonismo dos cidadãos [...] ratificando os preceitos constitucionais de participação social” (BRASIL, 2006d, p. 11).

O “paradigma promocional” defendido na PNPS afirma a necessidade de que a produção de conhecimento e as ações práticas no campo da saúde pública ocorram de forma a incentivar a criação de mecanismos de mobilização social, construção de trabalho em rede e gestão compartilhada, o que estabeleceria uma “[...] rede de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida e da criação das estratégias necessárias para que ela exista” (BRASIL, 2006d, p. 12).

O texto de referência da Política traz a compreensão de que, ao ampliar o comprometimento e a co-responsabilidade entre usuários e trabalhadores de saúde, alteram-se os “[...] modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais ativas, críticas e solidárias” (BRASIL, 2006d, p. 13).

A PNPS reconhece o desafio de organizar pesquisas, estudos, análise e avaliação de ações de Promoção da Saúde que operem com uma visão mais ampla. Nesse sentido, reforça que as ações que se desejam fomentar devem estar associadas as seguintes diretrizes: “[...] integralidade, eqüidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade” (BRASIL, 2006d, p. 14).

Pode-se, assim, entender Promoção da Saúde como

[...] um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2006d, p. 15).

A PNPS afirma sua relevância, na medida em que propõe, em seu processo de construção e implantação/implementação, provocar “[...] uma mudança no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde” (BRASIL, 2006d, p. 15).

No texto regimental, a Política apresenta 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, 2006d, p. 15).

Entre os objetivos específicos apresentados, inclui-se o estímulo ao desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, com ênfase à atenção básica,

principalmente, pela Estratégia de Saúde da Família. Tais ações terão como propósito divulgar a concepção ampliada de saúde, aumentar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividade, objetivando a construção de um cuidado integral sem distinções de qualquer ordem e respeitando as singularidades. Na busca por um cuidado integral, incluem-se ações que possam prevenir determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.

Na tentativa de estimular um número cada vez maior de ações de Promoção da Saúde, pretende-se valorizar alternativas inovadoras e socialmente inclusivas, otimizar espaços públicos de convivência e de produção de saúde e buscar uma cooperação constante, solidária e democrática com outras áreas, setores e atores sociais, seja no âmbito do público, seja no privado, tendo sempre como meta a redução das desigualdades sociais.

A PNPS ainda apresenta, como objetivos específicos, a elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem a um planejamento de espaços urbanos e rurais de forma a favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis, gerando uma melhor qualidade de vida.

As diretrizes apresentados pela PNPS, para atingir tais objetivos, apontam a necessidade de reconhecer que a promoção da saúde é um fator fundamental na busca da equidade e da melhor qualidade de vida e de saúde, sendo essencial a realização de ações intersetoriais, o fortalecimento da participação popular, a alteração na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas mais horizontais e ao fortalecimento de redes de cooperação.

Todos esses movimentos de produção de saúde e qualidade de vida propõem-se que sejam pesquisados, “[...] avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas” (BRASIL 2006d, p. 19). Devem, ainda, ser transmitidos aos profissionais de saúde, gestores e população, sempre considerando o saber popular e tradicional e utilizando-se de metodologias participativas.

A política estabelece 13 estratégias que visam a agilizar sua implementação; essas estratégias são desenvolvidas e pormenorizadas de acordo com a responsabilidade de cada esfera de gestão do SUS (nacional, estadual e municipal), entretanto pode-se categorizá-las em quatro subgrupos.

1. Estratégias voltadas para a viabilidade da PNPS: trata da importância de pactuação de recursos orçamentários e financeiros, busca de parcerias governamentais e não-governamentais e viabilização de linhas de financiamento para pesquisas, projetos e ações voltadas para a Promoção da Saúde;
2. Estratégias voltadas para a divulgação da política: ressaltam a necessidade de divulgação ampla da PNPS em todas as esferas de gestão, buscando o fortalecimento das ações de Promoção da Saúde com ênfase na articulação entre Municípios, Estados, Governo Federal e Sociedade Civil Organizada, além do incentivo à criação de observatórios de experiências locais referentes à Promoção da Saúde, da identificação e da articulação com as experiências de educação popular;
3. Estratégias voltadas para capacitação: propõe-se definir diretrizes para capacitação dos profissionais de saúde, tendo como referência metodológica a educação permanente em saúde e a realidade loco-regional. Insiste na

importância de estabelecer cooperação entre instituições nacionais e internacionais buscando a troca de experiências nas ações voltadas à promoção da saúde. Reforça, ainda, a necessidade de elaboração de materiais educativos, visando à socialização da informação e à divulgação das ações de promoção da saúde;

4. Estratégias voltadas para monitoramento da PNPS: reitera a necessidade de estabelecer indicadores e instrumentos de acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da política. Destaca que tal preocupação deve fazer parte do planejamento de tais ações, devendo, sempre, garantir a divulgação sistemática dos resultados coletados.

Quanto às responsabilidades de cada nível de gestão do SUS, destacam-se, em especial, aquelas exclusivas dos municípios, que apontam uma conformidade com a diretriz da descentralização reiteradamente defendida.

Dentre as ações de responsabilidade dos municípios, apresentam-se, a seguir, as seis que são exclusivas dessa instância de gestão.

- 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 pesquisa nesta 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 no 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, através do respeito às identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório (BRASIL, 2006d, p. 26-27).

Consta, na referida política, a definição de ações prioritárias a serem desenvolvidas no biênio 2006-2007. Após esse período, outras prioridades serão definidas, tendo sempre como objetivo a priorização de ações que tenham impacto sobre a saúde da população.

Vale esclarecer que até este momento ainda não foram divulgadas as prioridades para o exercício 2008-2009, por isso este trabalho traz como referência as ações definidas no ano de 2006.

As estratégias priorizadas para serem desenvolvidas no biênio 2006-2007 são oito e serão apresentadas a seguir:

- 1. Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde** – envolve a preparação de seminários no Ministério da Saúde, nos Estados e nos Municípios com o objetivo de sensibilizar para o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde, estimulando, assim, a adesão de Estados e Municípios. Também se faz importante à inclusão do tema Promoção da Saúde nos espaços de formação e no processo de educação permanente dos profissionais de saúde, além de fortalecer a avaliação do processo de implantação da PNPS em fóruns de composição tripartite.
  
- 2. Alimentação saudável** – propõe o desenvolvimento de ações voltadas para a alimentação saudável, por meio da articulação com vários setores e do esforço para implementação conjunta das diretrizes da Política Nacional

de Alimentação e Nutrição<sup>8</sup> (PNAN) e da Estratégia Global para a garantia do Direito Humano à alimentação. Entre as ações propostas para atingir esta meta, destaca-se a articulação e mobilização das instituições públicas, privadas e de setores da sociedade civil organizada, visando a ratificar o compromisso de combate à fome, o incentivo e financiamento da agricultura familiar para produção de frutas, verduras e legumes. Tendo em vista o aumento da oferta, a formalização de uma agenda/pacto com os diferentes setores, definindo as responsabilidades de cada um na busca pela incorporação de hábitos alimentares mais saudáveis, reduzindo, assim, as Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT). Propõe-se, ainda, a criação de espaços adequados no ambiente de trabalho para aleitamento materno, a oferta de alimentação saudável nos locais de trabalho, escolas e para as populações institucionalizadas e, ainda, dar ênfase à regulação da propaganda e da publicidade de alimentos.

Na busca pela disseminação da cultura da alimentação saudável, pretende-se promover uma divulgação ampla do “Guia Alimentar da população Brasileira”, a produção de material educativo e campanhas na grande mídia, objetivando sensibilizar sobre os benefícios da amamentação e da alimentação saudável, além do incentivo para a implantação de bancos de leite humano.

Ênfase especial é direcionada às ações de promoção da alimentação saudável no ambiente escolar. Pretende-se, formar parcerias com o Ministério da Educação, Agência Nacional de Vigilância Sanitária

---

<sup>8</sup> A PNAN tem como objetivo a Promoção da Saúde e a segurança alimentar e nutricional da população, tendo como meta a redução da pobreza, a inclusão social e o cumprimento do Direito Humano à alimentação Adequada (BRASIL, 2006d).

(ANVISA), Secretaria de Gestão de Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), promover o acesso à alimentação saudável nesse espaço, assim como a divulgação de informações, pela produção e divulgação de materiais e vídeos instrucionais que possam inserir de forma transversal, no conteúdo programático das escolas, o tema promoção da alimentação saudável.

Preocupados com o crescimento das doenças e agravos provocados pela má alimentação, pretende-se implementar ações de vigilância alimentar e nutricional com o fortalecimento do Sistema de Informação de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a realização de inquéritos sobre fatores de risco para as DCNT, além do monitoramento do teor de sódio dos produtos processados e do controle do uso de substâncias agrotóxicas e outras formas de contaminação de alimentos, atividades que serão realizadas sempre em parceria com a ANVISA e os órgãos da vigilância sanitária dos Estados e Municípios.

Para a realização de todas essas ações, faz-se necessária a reorientação dos serviços de saúde, em especial à Atenção Básica, visando à mobilização e capacitação dos profissionais de saúde para que, durante as atividades de visita domiciliar, realização de grupos ou mesmo nos atendimentos individuais, possam orientar sobre a importância da alimentação saudável.

- 3. Prática corporal/atividade física** – dispõe sobre o mapeamento, oferta e estímulo para o desenvolvimento de ações de atividade física. Para tanto,

ressalta a importância de capacitar os profissionais de saúde e promover a adequação dos espaços físicos, insistindo na tese de que a adequação desses espaços requer articulações intersetoriais, fomento a parcerias e formação de redes.

Todas as ações desenvolvidas devem ser monitoradas e avaliadas, sendo necessário “[...] formular metodologias capazes de comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais/atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2006d, p. 35).

- 4. Prevenção e controle do tabagismo** – pretende-se sistematizar ações educativas, promover mobilização na esfera legislativa e econômica, com o intuito de reduzir a aceitação social do tabagismo, reduzir o acesso aos derivados do tabaco, reduzir os estímulos a iniciação do uso do tabaco, além de oferecer ao fumante métodos eficazes para a cessação de fumar, quando houver demanda de algum tipo de apoio para esse fim.

Propõe, ainda, investir na sensibilização da população para a promoção de “comunidades livres do tabaco” e “ambientes livres do tabaco”. Destaca-se a importância de mobilizar e incentivar ações contínuas “[...] capazes de manter um fluxo [...] de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela” (BRASIL, 2006d, p. 36).

- 5. Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de**

**álcool e outras drogas** – apresenta, como estratégia, o desenvolvimento de ações educativas, produção e distribuição de material educativos que visam a orientar e sensibilizar a população, em especial as crianças e adolescentes, sobre os malefícios do uso abusivo do álcool, destacando os riscos envolvidos na associação com outras drogas e a relação álcool e acidentes/violência.

Propõe-se, também, a desenvolver iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e de outras drogas, envolvendo a co-responsabilização e autonomia da população.

A política defende, ainda, o “[...] apoio à restrição de acesso a bebidas alcoólicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada território, protegendo segmentos vulneráveis e priorizando situações de violência e danos sociais” (BRASIL, 2006d, p. 37).

**6. Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito** – aponta a necessidade de discussões e articulação dos vários setores envolvidos diretamente com o problema, na tentativa de “[...] incorporar ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação” (BRASIL, 2006d, p. 37), além da possibilidade de proposição de outras ações.

Afirma-se, também, “[...] apoio às campanhas de divulgação em massa dos dados referentes às mortes e seqüelas provocadas por acidentes de trânsito” (BRASIL, 2006d, p. 37).

**7. Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz** – propõe-se

ampliar e fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.<sup>9</sup> Promover a articulação intersetorial, capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde para o encaminhamento adequado dos casos de violência intra-familiar e sexual, possibilitando, assim, a “[...] redução e controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual” (BRASIL, 2006d, p. 38).

Destaca o incentivo ao desenvolvimento de Planos Estaduais e Municipais de prevenção de violência, implementação da ficha de notificação de violência interpessoal e implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violência.

**8. Promoção do Desenvolvimento sustentável** – apresenta, como estratégia, o incentivo a todas as ações promotoras de desenvolvimento sustentável, pelos centros colaboradores, pelos planos de ação estaduais e municipais ou pelas organizações não-governamentais. Incluindo, ainda, o estímulo à produção de conhecimento nessa área.

Enfatiza a importância de “[...] reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2006d, p. 38), destacando a necessidade de metodologias capazes de promover o “[...] reconhecimento dos territórios, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde”(p. 38).

---

<sup>9</sup> A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde foi aprovada pela da Portaria nº. 936, de 18 de maio de 2004.

## 6 O QUE PODE PRODUZIR UMA POLÍTICA

Não somos nós quem afirma ou nega jamais nada  
de uma coisa, mas é ela mesma que em nós  
afirma ou nega algo de si mesma.

(BARUCH DE ESPINOSA)

Ao avaliar as concepções de saúde presentes na PNPS, foram emergindo algumas categorias de análise. O termo “emergir” reflete bem a produção deste trabalho que pode ser caracterizado como um mergulho no texto da PNPS. Um mergulho em que todos os sentidos se colocaram abertos a perceber alguns de seus possíveis efeitos na produção de determinadas subjetividades.

Tal “mergulho” se embasa na tese de que uma política, assim como outros elementos da vida cotidiana, produz agenciamentos que conformam/contribuem para o processo de subjetivação dos seres humanos.

Desta forma, pretende-se que tal análise possa contribuir para uma reflexão das práticas de saúde em construção, destacando suas tensões e contradições e alertando para os efeitos sobre os processos de subjetivação.

### 6.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

O sonho de controlar a vida, de controlar a natureza, de controlar a doença é desejo antigo dos homens. Nossa história está recheada de exemplos que

reforçam essa busca incessante de deter o controle sobre os fenômenos, de buscar atingir a utopia de uma sociedade sem doenças.

Na tentativa de dominar possíveis desvios a um ideário dominante, já passamos por vários momentos e todos eles se embasavam em algum conceito de saúde, fruto de uma determinada configuração histórica e social. Destaca-se, então, a importância de considerar os limites de um conceito, para não incorrerem no equívoco de considerá-lo representante único de uma realidade.

Levando em consideração o limite da construção científica e o seu inevitável caráter redutor, pode-se afirmar que nenhum conceito – ou sistema de conceitos – poderia se propor a dar conta da unidade que caracteriza a singularidade. O conceito expressa identidades, já a unidade singular é expressão da diferença. Por mais que o conceito tenha potencial explicativo e possa ser operativo, não é capaz de expressar o fenômeno na sua integralidade, ou seja, não é capaz de ‘representar’ a realidade (CZERESNIA, 2003, p. 44).

Pois bem, é esse sonho de adquirir o controle total sobre a saúde que nos fez caminhar por alguns conceitos de saúde, mostrando a impossibilidade de uma representação definitiva e universal. No momento, a Promoção da Saúde representa uma das estratégias que tenta garantir algum controle sobre a saúde e, para tanto, recorre ao denominado conceito ampliado e positivo de saúde, que surgiu em oposição ao modelo tradicional dicotômico saúde-doença, pautado exclusivamente nos fenômenos biológicos, numa busca de superação desse modelo.

Dentre as diversas abordagens, a corrente da *Nova Promoção da Saúde* caracteriza-se por se apoiar no conceito ampliado e positivo de saúde, destacando-se como uma proposta extremamente valorizada nos dias atuais.

A grande maioria dos documentos produzidos pelos organismos internacionais faz referência à Promoção de Saúde, baseando-se na proposta dessa corrente. Diante desse fato, este trabalho utilizará o termo Promoção da Saúde como sinônimo da corrente da *Nova Promoção da Saúde*, tomando o cuidado de destacar nominalmente as outras duas correntes, quando fizer referência aos seus preceitos.

Vale ressaltar que, apesar da utilização do termo Promoção de Saúde como sinônimo dessa corrente, isso não significa que as concepções/olhares presentes nas outras duas correntes (*Corrente Behaviorista* e *Corrente Promoção da Saúde da População*) não estejam em embate constante no campo da Promoção da Saúde. O fato de não estarem explicitamente colocadas impõe-nos o exercício de identificar conflitos e possíveis contradições.

A Promoção da Saúde propõe a priorização de ações externas à assistência à saúde, na tentativa de possibilitar aos indivíduos e à comunidade maior controle sobre os determinantes de saúde, assegurando a capacidade de tomada de decisões e fortalecendo a autonomia individual e comunitária. Reforça, assim, que estratégias sejam pensadas com o objetivo de superar as iniquidades em saúde, propiciando recursos para a conquista do máximo potencial de saúde. Na busca desse objetivo, surge a necessidade de um novo ordenamento entre profissionais, usuários, prestadores de serviço e comunidade, ordenamento este que prioriza o compartilhamento de responsabilidades e a construção de parcerias (CARVALHO, 2005).

Ainda segundo Carvalho (2005, p. 67), o discurso em que se baseia a promoção da saúde é, inegavelmente, “[...] politicamente correto [...] agrada aos interesses

de todos [o que ajuda] na divulgação do seu ideário, mas as estratégias de implementação são pouco claras”.

No Brasil, pensar em saúde nos remete à VIII Conferência Nacional de Saúde, espaço em que foram apresentados e defendidos um novo conceito de saúde e uma nova organização para o setor. Nesse momento, ocorre a constituição do SUS com “[...] basis of principles that are analogous to those Health Promotion” (CARVALHO et al., 2004, p. 523).

Assumir, portanto, esse conceito ampliado de saúde traz, inegavelmente, um importante avanço, o que não impede de ressaltar os grandes desafios que se encontram presentes na sua efetivação.

[...] uma concepção ampliada de saúde, que inclui os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. [...] o entendimento ampliado sobre a produção de saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 532).

A Política Nacional de Promoção da Saúde se coloca como uma das estratégias que tenta responder a esse desafio, e o faz compartilhando as orientações e preceitos do SUS. Destaca que é fruto de “[...] esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006d, p. 15).

Entre os objetivos indicados pela PNPS, encontra-se a ação de “[...] promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores em

saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividade-fim” (BRASIL, 2006, p. 17).

No entanto, segundo Camargo Júnior (2007), o conceito ampliado e positivo de saúde recai na mesma configuração paradigmática do conceito tradicional, na medida em que segue trabalhando com modelos propostos como expressões universais de verdade. Tal equívoco se agrava na proporção em que um conceito tão amplo pode ser “[...] portador de um essencialismo ainda mais aprisionador, ao supor que dá conta da ‘totalidade’ (outra expressão recorrente) do processo saúde/doença” (CAMARGO JÚNIOR, 2007, p.70).

Outros autores apontam o risco de, ao se assumir a concepção positiva, incorrer na ameaça de substantivar a saúde, o que poderia elevá-la ao plano do ideal. A idealização da saúde perfeita se daria a partir da conformidade com um ideal externo, amparado em verdades universais e em julgamentos de valor (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003).

Contrapondo-se a esse modelo, pode-se pensar o conceito de saúde a partir de um outro paradigma. Um paradigma que rompe com a idéia de idealização, ressaltando que a saúde é de acesso exclusivo a cada sujeito e que é por meio da sua apreciação que se pode determinar o que se chama de doença. Sendo assim, saúde pode ser definida como “[...] a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2006, p. 148).

Rompemos ou, no mínimo, reduzimos bastante a possibilidade de idealização da saúde, na medida em que o sujeito passa a estar incluído de forma intensa na

definição do que considera normal para si. Segundo Canguilhem (2006, p. 149), pode-se afirmar que o ser vivo não “[...] reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência, que é, em primeiro lugar, provação no sentido afetivo do termo, e não no plano da ciência”.

Dentro dessa perspectiva, saúde não é um completo bem-estar, mas um incessante movimento de construção de novas (e próprias) normas. Normas essas que surgem de forma aleatória, sem qualquer tipo de antecipação ou de aviso prévio. Para sobreviver a um mundo marcado por acontecimentos e produção de diferença, o corpo humano traz uma margem extra de segurança que lhe possibilita agir criativamente perante o inesperado.

[...] es preciso negarse a admitir un concepto de salud fundado em una asociación com todo aquello que consideramos como moral o existencialmente valorable. Por el contrario, es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar la capacidad de administrar em forma autônoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y por que no decirlo, de ‘malestar’ com el que inevitablemente todos debemos convivir (CAPONI, 1997, p. 300).

Diante desse cenário, é preciso pensar em que direção o sonho da saúde perfeita pode nos levar. Parece que novamente estamos diante de um embate entre forças que buscam a conservação ou a limitação da vida, e o fazem em nome da sua preservação e de outras que apontam a expansão, a possibilidade constante de produção de novas normas próprias a partir de um “mergulho” na vida.

Canguilhem (2006, p. 151) nos alerta para a forma como esse “mergulho” na vida pode ser entendido pela ciência:

[...] considerar as doença como crimes, porque os interessados sempre são de certa forma responsáveis, por excesso ou omissão, achamos que

o poder e a tentação de se tornar doentes são uma característica essencial da fisiologia humana. Transpondo uma frase de Valéry, dissemos que a possibilidade de abusar da saúde faz parte da saúde.

Nesse sentido, importante se faz questionar o sonho de uma saúde perfeita, idealizada e contínua. Para Canguilhem (2006), atingir esse sonho é da ordem do improvável, do inexistente, do inobservável, ou seja, a experiência do viver inclui a doença.

Sendo assim, justifica-se refletir sobre os caminhos trilhados pela promoção da saúde; analisar até que ponto as orientações contidas no texto da PNPS são excludentes ao movimento próprio de expansão da vida, próprio a todo ser vivo.

Na leitura minuciosa realizada no texto da PNPS, não se encontrou nenhuma menção, aproximação ou mesmo abertura para a discussão do caráter singular envolvido na definição de saúde. Aliás, muito pelo contrário, o texto é marcado por prescrições, orientações universais e modelos idealizados de saúde. O caminho para atingir a tão sonhada saúde será trilhado na prática de exercícios físicos, da “boa” alimentação, da exclusão de hábitos não saudáveis, como o uso de drogas e tabaco.

Estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda.

Produção e distribuição de material sobre alimentação saudável para inserção de forma transversal no conteúdo programático das escolas em parceria com as secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação.

Resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.

Investimento no aumento de informações veiculadas pela mídia quanto aos riscos e danos envolvidos na associação entre o uso abusivo de álcool e outras drogas e acidentes/violências (BRASIL, 2006d, p. 31-37).

Nota-se que a Promoção da Saúde, ao buscar atingir a ilusão da saúde perfeita, utiliza o conceito ampliado e “positivo” de saúde como seu suporte. Ao utilizar essa concepção ampliada, encontra-se a ameaça de estender a atuação do campo da saúde à totalidade da vida, fato que pode significar uma expansão ilimitada de intervenção do saber biomédico sobre os indivíduos e a coletividade. Na PNPS, algumas das ações propostas nos deixam alerta para essa ameaça.

Sistematizar ações educativas e mobilizar ações legislativas e econômicas, de forma a criar um contexto que:

- a) Reduza a aceitação social do tabagismo,
- b) Reduza os estímulos para que os jovens comecem a fumar e os que dificultam os fumantes a deixarem de fumar,
- c) Proteja a população dos riscos da exposição à poluição tabagística ambiental,
- d) Reduza o acesso aos derivados do tabaco,
- e) Aumente o acesso dos fumantes ao apoio para cessação de fumar,
- f) Controle e monitore todos os aspectos relacionados aos produtos de tabaco comercializados, desde seus conteúdos e emissões até as estratégias de comercialização e de divulgação de suas características para o consumidor (BRASIL, 2006d, p. 35).

A análise dessa proposta aponta algumas possibilidades de ações aparentemente paradoxais. Ou seja, é conhecida a influência inegável do mercado na determinação de valores e comportamentos contemporâneos. Assim, a limitação e controle da comercialização do tabaco seria um golpe nos “desmandos” do mercado. Entretanto, a substituição por outros “desmandos” é quase automática; golpeia-se o lucro da indústria do tabaco, das bebidas alcoólicas e, simultaneamente, floresce o lucro da indústria das comidas e bebidas saudáveis. Segue-se a mesma lógica, na medida em que a busca imaginária da saúde perfeita abre espaço para um investimento mais promissor na contemporaneidade. Destaca-se, assim, que o mercado compõe uma das determinações que, em interação constante, produzem formas e modos de viver.

Ressalta-se que não se pretende aqui fazer uma avaliação maniqueísta do mercado, mas destacar o risco que podemos correr caso esse mercado, como parece que já o fez, se utilize da ilusão de que é possível uma saúde perfeita.

Outra constatação que tal citação prescritiva nos possibilita, diz respeito à ampliação do campo da saúde para o cenário legislativo. Ora legislar, criar leis, normas, regras é um exemplo claro da interferência no campo da saúde como forma de determinar/disciplinar padrões de conduta. E novamente se impõe o risco de que, em nome da saúde, possam-se determinar comportamentos, reações e condutas.

Caponi (1997) aponta duas questões que devem ser consideradas quando se pretende ressaltar o vínculo entre saúde e sociedade. A primeira trata da inquestionável relação entre as condições básicas/mínimas de vida e o processo de adoecimento. Nesse caso, a intervenção pública deve ser priorizada por estratégias que busquem minimizar as desigualdades sociais.

No entanto, a mesma autora destaca que, “[...] uma conceptualización operativa de ‘salud’ no pude reducir su alcance a um efecto de las desigualdades sociales entendido como elemento exclusivo y excluyente” (1997, p. 303). Ou seja, garantir estratégias para enfrentar as desigualdades sociais, seja através do incentivo ao desenvolvimento econômico ou de ações de infra-estrutura é função do setor público, no entanto, a conceituação de saúde não pode se limitar aos aspectos socioeconômicos.

Entretanto, não se observa, no texto da política, referências claras ou uma ênfase a ações concretas voltadas para o desenvolvimento econômico. A prioridade que mais se aproxima desse entendimento seria o eixo voltado para a Promoção de

Desenvolvimento Sustentável. Todavia, vale destacar que esse eixo é o último a ser citado entre as prioridades para o biênio 2006-2007 e as ações propostas caracterizam-se pela pouca propositividade.

Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no país que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável.  
Apoio ao envolvimento da esfera não governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de Promoção da Saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis (BRASIL, 2006d, p.38).

Tal fato nos faz questionar a responsabilidade da política pública de saúde sobre o desenvolvimento econômico do País. De acordo com a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002, p. 19), “[...] A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver [...]”. Tal afirmação tem trazido uma série de conflitos entre os que entendem que o objetivo da promoção da saúde é a “[...] melhoria do estado de saúde – saúde como fim – e os que colocam como meta a justiça social – saúde como meio [...]” (CARVALHO, 2005, p. 68).

Entender a Promoção da Saúde como uma meta para atingir a justiça social requereria uma proposição de ações mais efetivas. O fato de a PNPS não apresentar tais ações pode apontar um caráter ilusório do texto, na medida em que se compromete com algo que não consegue cumprir. Entretanto, não podemos fugir a uma pergunta: a política de saúde tem como objetivo a justiça social?

Ter como referência o paradigma da complexidade recoloque essa questão. Certos de que os fenômenos se dão em intensa conexão, de que trabalho, afetos, equidade social, segurança, citando apenas alguns exemplos, são mutuamente dependentes, também, assim, precisam se colocar os setores da sociedade.

Nota-se que a separação por setores, secretarias, reproduz a lógica tradicional de reduzir para melhor administrar. Portanto, se não é desejável reduzir o homem às partes que o compõem, pois o todo é mais do que a soma das partes, também não seria possível determinar funções/responsabilidades por setores ou campos. A questão, então, passa a ser outra, não cabe mais questionar sobre em que ponto começa a atuação do setor saúde, educação ou meio ambiente e, sim, como todos esses setores em conexão se colocam a olhar um determinado território ou região.

Retomando a segunda questão, apresentada por Caponi (1997), encontra-se o tema que diz respeito à escolha de estilos de vida, escolhas que, a princípio, são da ordem do privado, mas que sofrem intervenções e normalizações de condutas muitas vezes coercitivas, por parte do caráter universal da política pública.

Essa intercessão entre público e privado é destacada por Silva (2006). O autor salienta a importância de investigarmos a antinomia, a interação entre o público e o privado, “[...] a força do público reside na [...] relevância para compreender o privado, e vice-versa, num mundo que reivindica contínua reinterpretação e constantemente aponta relações de interpretação” (p. 14).

Nesse embate, infrutífero e equivocado, já que os dois aspectos estão em permanente interação, observa-se, no campo das proposições, maior ênfase nas ações voltadas para a escolha de estilos mais saudáveis de vida. Tal escolha, segundo Caponi (1997, p. 294), pode se justificar por ser “[...] más simple normalizar conductas que transformar condiciones perversas de existencia”.

Destaca-se, assim, que a prática de definir condutas buscando atingir a ilusória saúde perfeita desconsidera o fator subjetivo que é fundante da concepção de

saúde, ou seja, “[...] o carácter subjetivo es inseparable del concepto de salud y esa asociación permanecerá cualquiera sea la definición, restricta o ampliada, que demos dela mesma” (CAPONI, 1997, p. 298).

Reitera-se, assim, contrariando a proposta prescritiva da PNPS, que a saúde das pessoas é fundamentalmente um assunto ligado à própria pessoa, não sendo possível reduzi-la a um discurso normativo e impositivo.

A saúde como valor existencial nos envia a uma dimensão estético-ética fundamental da experiência humana, e que precisamente por isso deveria estar preservada de intervenções de cunho normativo, como são as intervenções de cunho terapêuticas [...](CAMARGO JÚNIOR, 2007, p. 71).

Assumir e divulgar entre os trabalhadores um conceito amplo de saúde pode nos impor alguns riscos e desafios. Entre esses, encontramos a diversificação de ações, muitas vezes distantes do campo da saúde, gerando a inibição de ações efetivas e tornando-as pouco operativas. Retomando Carvalho (2005), pode-se dizer que o discurso é politicamente correto, mas as proposições de ação são pouco claras.

Exemplificando essa dificuldade em operacionalizar tal alcance, encontramos, entre as ações priorizadas para o biênio 2006-2007, referência direta à prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, entretanto as ações recomendadas estão reduzidas às situações de violência em que se podem identificar relações causais diretas.

Investimento na sensibilização e capacitação dos gestores e profissionais de saúde na identificação e encaminhamento adequado de situações de violência intra-familiar e sexual.  
Implementação da ficha de notificação de violência interpessoal.

Implantação de Serviços Sentinela, que serão responsáveis pela notificação dos casos de violência (BRASIL, 2006d, p. 37-38).

Reitera-se, novamente, que não se trata de desconsiderar a importância da identificação e notificação da violência intra-familiar ou sexual, mas destacar um descompasso entre a conceituação ampliada de saúde e suas propostas de intervenção, que notoriamente se voltam para as ações individualizadas.

Outro aspecto que merece ser destacado trata das ações intersetoriais propostas pela política. Segundo o texto, é necessário:

Articular com o MEC/Secretarias Estaduais e Municipais de Educação o estímulo à iniciativa de Promoção da Saúde no ambiente escolar (p. 36).  
Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação (p. 37).  
Estímulo à articulação setorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual (p. 38)

Esses objetivos são apresentados de forma que parece algo simples de se atingir. Segundo, Traverso-yépez (2007, p. 233), a “[...] promoção da saúde, em lugar de proposta-processo, tende a aparecer como algo acabado, inquestionável e, especialmente, fácil de acontecer”.

A mesma autora identifica que a construção discursiva da PNPS aponta uma “[...] ênfase político-prescritiva, de forma a parecer que apenas pelo fato de ser citado já é norma de ação, sem considerar ou refletir sobre a viabilidade dos mesmos” (p. 232), ou seja, sem refletir sobre a viabilidade de suas propostas.

## 6.2 MUDAR O COMPORTAMENTO E GARANTIR A SAÚDE PERFEITA

A crença de atingir a saúde perfeita, reduzida a uma alteração dos hábitos de vida, nos coloca em frente a uma visão simplista, em que o exercício da vontade parece desvinculado de toda uma rede de saberes e poderes, próprios e externos.

Distingue-se essa intercessão entre público e privado, com o objetivo de chamar a atenção para as propostas apresentadas pela PNPS que se destacam pelo seu objetivo/aspecto vinculado à ênfase na alteração de comportamento.

É inquestionável os efeitos iatrogênicos do medo, ou seja, por temer a doença e buscando um “bem-estar generalizado”, prometido pelas campanhas publicitárias e sustentado pelo poder do mercado, o ser humano se submete a toda sorte de orientações, regras, novas fórmulas, etc. O que se deixa de apontar é que o alto índice de consumo de antidepressivos, por exemplo, está embasado na idéia de termos que estar o tempo todo bem, bonitos e saudáveis. A depressão, por não se alcançar o modelo, é altamente lucrativo para o mercado.

O que se deseja destacar é que a PNPS, ao ressaltar a importância de estilos de vida saudáveis, baseados em comportamentos individuais, pode estar contribuindo com uma intrincada rede de interesses econômicos e de poder, neste caso, interesses que apontam o mercado de alimentos saudáveis, orgânicos, naturais, *diet*, equipamentos de ginástica, etc. Ressalta-se, entretanto, que sempre, e em qualquer situação, as políticas públicas estiveram e sempre estarão vinculadas aos interesses e disputas de poder. Parafraseando Merhy (2002), pode-se dizer que nenhum ato técnico é um ato ingênuo.

Nesse sentido, quando a PNPS expressa que se deve:

Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2006d, p. 34).

E destaca, que tais ações de aconselhamento devem ser realizadas por meio de ações educativas.

Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de 'comunidades livres do tabaco', divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos (p. 36).  
Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas consequências (p.37).

Entende-se que caberá ao profissional de saúde a realização de tais ações. Essas ações são baseadas em práticas educativas, utilizando estratégias de comunicação bastante tradicionais no campo da saúde. Um exemplo clássico foi o uso dessas ações no modelo higienista. As premissas básicas eram de que havia uma falta ou atraso no conhecimento e nas práticas de saúde realizadas pela população e que a superação desse atraso só seria possível a partir da introdução de conhecimentos científicos e técnicos. Para tanto, seria necessário criar meios alternativos, decodificar a linguagem técnica para que ela atingisse a população carente de conhecimentos científicos (TEIXEIRA, 1997).

Nota-se que um modelo utilizado décadas atrás parece ainda permanecer forte. O uso do termo "aconselhamento" denota uma atualização do termo "inculcação" utilizado com ênfase na prática higienista. As estratégias para sensibilizar os sujeitos parecem reaquecer as velhas práticas de busca por alternativas de comunicação que garantam a realização dos comportamentos saudáveis.

Araújo (2005) aponta que os profissionais de saúde e gestores por ela entrevistados entendem que a principal tarefa da atenção básica é realizar ações de promoção da saúde e, apesar de haver entendimentos diversos sobre o tema, a palavra hábito percorre várias entrevistas. Ou seja, existe um entendimento bastante comum de que promover saúde está “[...] claramente ligado à mudança de hábitos patogênicos para hábitos de vida mais saudáveis” (p. 201).

O que se quer destacar é o fato de que a política de Promoção da Saúde reforça o entendimento, que já se encontra fortemente enraizado no campo da saúde, de que as ações de promoção devem ressaltar, com ênfase exacerbada, o papel do sujeito na criação de hábitos supostamente mais saudáveis.

Observa-se que as ações propostas, quanto a mudanças de comportamento, são claramente reprodutoras de uma lógica tradicional, que se caracteriza por seu caráter disciplinar e policialesco.

Percebe-se uma aproximação das ações propostas pela PNPS com o modelo valorizado pela *corrente behaviorista da Promoção da Saúde*, o que aponta uma incoerência entre a apresentação da política, que reitera sua aproximação com os valores defendidos pela Carta de Ottawa, símbolo da Promoção da Saúde, e as ações prioritárias definidas para o biênio 2006-2007, que ressaltam estratégias voltadas para a alteração dos comportamentos.

É interessante notar que a prescrição de comportamentos individuais “[...] é criticada inclusive pela OMS (WHO, 1984), que afirma que seria um tipo de abordagem contrário aos princípios da promoção da saúde” (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.103).

### 6.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: AUTONOMIA, *EMPOWERMENT* E TRANSVERSALIDADE

Os conceitos de autonomia, *empowerment* e transversalidade são recorrentes na produção teórica sobre Promoção da Saúde. Deveriam, portanto, ser contemplados na política. Vale esclarecer que eles estão citados, no entanto os sentidos que lhes são dados merecem uma análise.

A Promoção da Saúde ressalta, insistentemente, que o conceito de *empowerment* e participação popular são temas centrais, ou princípios-chave de sua proposta. *Empowerment* é definido como “[...] processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde” (WHO, apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 108).

Segundo Sícoli e Nascimento (2003, p. 109), os princípios de empoderamento e participação não devem ser separados na efetivação de ações de promoção, pois “[...] garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas e mudança apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência”.

Apesar de *empowerment* ser considerado um tema central, chama a atenção o fato de que a PNPS, ao propor as ações para o biênio 2006-2007, utiliza o termo uma única vez e com um sentido que não retrata toda a potência do conceito. No texto da política, *empowerment* surge com o seguinte objetivo: “Estimular ações de *empowerment* do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos” (BRASIL, 2006d, p. 31).

É lícito garantir que os consumidores saibam “ler” a rotulagem das mercadorias de consumo, mas é muito pouco para uma política que pretende promover qualidade de vida, reduzindo vulnerabilidades e riscos de adoecimento.

Destaca-se, ainda, o fato de o empoderamento coletivo, ou as ações de *empowerment* comunitário não terem sido citados, direta nem indiretamente, pela referida política. Becker et al. (2004, p. 657) destacam as dificuldades inerentes aos programas de *empowerment* comunitário e consideram a importância de “[...] prover suficiente clareza a este complexo conceito, para então buscar superar o desafio de torná-lo operacional”.

Alguns autores articulam a relação entre *empowerment* e autonomia, destacando que:

[...] empowerment significa o aumento de poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (BECKER et al., 2004, p. 657).

Ao analisarmos os objetivos apresentados pela PNPS, encontra-se a importância de se investir na autonomia dos sujeitos, outra máxima da Promoção da Saúde:

Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, dentre outras) (BRASIL, 2006d, p. 17).

No entanto, o termo autonomia merece uma reflexão. Pode-se afirmar que, para entender autonomia, é necessário orientar-se por um campo de complexidades. E

orientar-se, nesse sentido, significa reconhecer a vida a partir de um sistema aberto a múltiplas determinações ou, utilizando as palavras de Morin (2005), múltiplas “dependências”.

[...] a noção de autonomia só pode ser concebida em relação à idéia de dependência, e esse paradoxo fundamental é invisível a todas as visões dissociadoras para as quais há antinomia absoluta entre dependência e independência [...]. Toda a vida humana autônoma é uma trama de incríveis dependências (MORIN, 2005, p. 282).

Considera-se, assim, que a autonomia se faz, se constrói, se produz na interação constante de múltiplas dependências. Obviamente, entre essas dependências, encontram-se fatores sociais e culturais ligados às questões raciais, de gênero, etnias, etc. Entretanto, esses fatores estão intrínseca e sistemicamente ligados a fatores biológicos/genéticos que conformam uma rede intrincada que se auto-organiza e se autoproduz o tempo todo, caracterizando a “[...] autonomia do indivíduo-sujeito vivo” (MORIN, 2005, p. 286).

Vale destacar que o que caracteriza a autonomia viva, segundo Morin (2005), é exatamente sua forma paradoxal. Ou seja, para que ocorra a possibilidade, ou liberdade de escolhas, “[...] é preciso um universo com determinismos, constâncias, regularidades, nos quais a ação possa apoiar-se, mas é preciso que haja também potencialidades de jogo, aleatoriedades, incertezas, para que a ação possa se desenvolver” (MORIN, 2005, p. 287).

Chauí (2000, p. 338) afirma que um ser autônomo seria aquele que

[...] controla interiormente seus impulsos, suas inclinações e suas paixões, discute consigo mesmo e com os outros o sentido dos valores e dos fins estabelecidos, indaga se devem e como devem ser respeitados ou transgredidos por outros valores e fins superiores aos existentes, avalia sua capacidade para dar a si mesmo as regras de conduta,

consulta sua razão e sua vontade antes de agir, tem consideração pelos outros sem subordina-se nem submeter-se cegamente a eles, responde pelo que faz, julga suas próprias intenções e recusa a violência contra si e contra os outros.

A busca pela autonomia se faz, portanto, na interação constante com as múltiplas dependências. Entre essas múltiplas dependências, encontram-se os juízos de valor<sup>10</sup> que acabam por definir o certo e o errado, o bom e o mau, chegando a enunciar os comportamentos mais adequados para se atingir a felicidade (CHAUÍ, 2000).

A conceituação de bom e de mau é descrita por Deleuze (2002) como profundamente dependente do sentido subjetivo, qualificando dois modos de existência do homem. Um primeiro modo, que pode ser denominado como livre, diz respeito “[...] aquele que se esforça, tanto quanto pode, por organizar os encontros, por se unir ao que convém à sua natureza, por compor a sua relação com relações combináveis e, por esse meio, aumentar sua potência” (p. 29).

Um segundo modo, também chamado de escravo ou fraco, apresenta “[...] aquele que vive ao acaso dos encontros, que se contenta em sofrer as conseqüências, pronto a gemer e a acusar toda vez que o efeito sofrido se mostra contrário e lhe revela a sua própria impotência” (p. 29).

Está se falando, portanto, da busca/construção de autonomia que leve em consideração a possibilidade de aumento de potência de ação, a partir de uma afirmação singular, e não a reprodução de valores ou regras de conduta universalmente aceita.

---

<sup>10</sup> Chauí (2000) destaca a diferença entre **juízo de fato** e **juízo de valor**. Descreve que **juízos de fato** são “[...] aqueles que dizem o que as coisas são, como são e por que são”(p. 335). **Juízos de valor**, por sua vez, “[...] avaliam coisas, pessoas, ações, experiências, acontecimentos, sentimentos, estados de espírito, intenções e decisões como bons ou maus, desejáveis ou indesejáveis” (p. 336).

Questiona-se, assim, as ações propostas pela PNPS com o objetivo de ampliar autonomia, procurando impor modelos de comportamento. Ressalta-se que é inegável a importância de realizar ações que busquem minimizar as desigualdades, mas essas não podem desconsiderar a relação intrínseca entre esses fatores e a produção singular e subjetiva que decorre de tais interações.

Nesse sentido, competirá aos programas de saúde coletiva criar estratégias de prevenção das doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e, ao mesmo tempo, gerar políticas de promoção da saúde que nos permitam maximizar a capacidade que cada indivíduo possui para tolerar, enfrentar e corrigir aqueles riscos ou traições que inevitavelmente fazem parte da nossa história (CAPONI, 2003, p. 71).

A PNPS advoga que

[...] a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2006d, p. 12 ).

A definição da política como uma estratégia transversal nos remete à definição de transversalidade:

[...] uma dimensão que pretende superar os dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua nos diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos (GUATTARI, apud PEDROSA, 2004, p. 622).

Tradicionalmente, o campo da saúde convive com uma prática autoritária e vertical que se expande em todos os espaços da gestão e da clínica. Romper com

essa lógica tem sido um desafio que se apresenta em vários movimentos contemporâneos da saúde, entre eles, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização na Saúde, todos movimentos posteriores ao ano de 2003. Não cabe, neste trabalho, detalhar as duas políticas citadas acima, mas, sim, destacar que a PNPS surge num contexto que contempla outros movimentos importantes de “luta” por uma nova prática no campo da saúde.

A PNPS assume, portanto, o compromisso de se constituir como uma política transversal, entretanto, entre as ações específicas apresentadas para o biênio 2006-2007, podem-se encontrar “orientações” que nos fazem questionar o compromisso com a transversalidade.

Produção e distribuição de material educativo (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) (p. 31).

Ofertar práticas corporais/atividade física como caminhadas, prescrição de exercício, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto a grupos vulneráveis (p. 33).

Contrariamente à idéia de transversalidade, essas “orientações” parecem apontar uma definição clara e autoritária de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde que atuam em contato direto com a população. Não se está aqui questionando a importância, ou não, da realização de atividades físicas ou de uma alimentação saudável e sim o risco de reproduzir uma lógica autoritária e vertical.

Cabe a uma política pública definir princípios e diretrizes coletivamente, por meio do embate, negociações e consensos entre todos os envolvidos. Na medida em

que define, unilateralmente, ações prioritárias e as divulga em nível nacional, perde seu caráter público e, mais uma vez, institui uma cultura autoritária e hierarquizada, construída e reforçada pela prática tradicional ao longo de décadas.

Assim, essa prática tradicional de gestão, autoritária e vertical, se reproduz também na clínica, reforçando uma prática recheada de prescrições. A distribuição de material educativo apresentando os dez passos para uma alimentação saudável para diabéticos e hipertensos, por exemplo, aparece claramente como um modelo idealizado do que é correto, certo, desconsiderando as especificidades culturais, regionais e, principalmente, as características peculiares de cada ser humano.

Traverso –Yépez (2007, p. 231) argumenta:

[...] essa articulação transversal é uma das mais difíceis de serem viabilizadas no cotidiano dos serviços públicos. Devido às relações desiguais de poder vigente, os gestores e as pessoas de forma geral têm marcadas dificuldades para se comunicar uns com os outros, as quais podem se agravar quando levados a trabalhar em favor de ações consensuadas e soluções inovadoras.

#### 6.4 AVALIANDO AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A PNPS enfatiza, em vários momentos, a importância de avaliar as ações de Promoção da Saúde. Na descrição das diretrizes, insiste no incentivo à “[...] pesquisa em Promoção da Saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas” (BRASIL, 2006d, p. 19). Quando apresenta as responsabilidades das esferas de gestão, destaca que o gestor federal e estadual

devem desenvolver “[...] ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão” (p. 23-24). À gestão municipal cabe a responsabilidade de “[...] estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da política” (p. 26).

A avaliação em Promoção da Saúde é descrita por vários autores como um grande desafio. Na tentativa de enfrentar tal desafio, observa-se um embate entre posturas positivistas e posturas estruturalistas, sem, no entanto, chegarem a “[...] nenhum consenso sobre o que é efetividade em um campo de intervenções mais complexas” (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004, p. 606) como é o caso da Promoção da Saúde. Diversos autores reconhecem a importância de avaliar as intervenções em promoção, mas destacam que é preciso colocar os métodos de avaliação em análise.

Apontam, como elemento dificultador, o grande distanciamento entre a busca de evidências, ou a efetividade e eficiência das ações de Promoção da Saúde e a realidade complexa em que se realizam tais ações. Questionam quanto à possibilidade de avaliar os resultados de uma intervenção, dimensionando seus efeitos a partir da variável tempo, ou seja, da impossibilidade de dimensionar, *a priori*, se os efeitos de uma intervenção podem ser apreciados em um prazo curto, médio ou mesmo longo. Se entendermos a vida como produção de acontecimentos, como prever resultados/efeitos numa realidade que se caracteriza pela multiplicidade?

Destaca-se, entretanto, que apontar os desafios envolvidos no processo de avaliação das ações de promoção não pode ser entendido como negação ou

impossibilidade dessa prática. O que se afirma é a necessidade de se incorporar novas abordagens metodológicas que possam abarcar a complexidade de um campo como o da Promoção da Saúde. Defende-se a idéia de que a avaliação seja parte integrante do planejamento das ações, de forma que potencialize a participação social, promovendo, assim, maior sustentabilidade da ação.

Segundo Pedrosa (2004), deve-se pensar em artifícios metodológicos que permitam que o próprio processo de avaliação se transforme em dispositivo.<sup>11</sup> Na medida em que a avaliação em Promoção da Saúde deve contar com a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos, essa atividade pode produzir/disparar movimentos dos quais, novamente, não se tem controle. O processo de avaliação, dessa forma, poderia “[...] contribuir para o aprendizado, a ação e a transformação de práticas sociais” (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004, p. 606). Realizaria tal ação, avaliando não a iniciativa em si, mas promovendo uma reflexão sobre o caminho percorrido.

A participação social, um dos principais aspectos enfatizados pela Promoção da Saúde, não é contemplada, quando se apresentam as ações de avaliação. Nessas, são destacadas o monitoramento e a busca de evidências, não há uma afirmação clara da importância de uma avaliação contínua e participativa. Destacam-se as ações de análise que serão realizadas, seguindo a tradição, por técnicos.

---

<sup>11</sup> O termo dispositivo pode ser definido como “[...] alguma coisa que serve para fazer com que algo funcione” (SAIDON, 1987, p.14), ou seja, tem a função de colocar em funcionamento algo que estava “[...] caminhando de forma excessivamente bem adaptada” (p. 15). O que caracterizaria um dispositivo seria o seu “[...] funcionamento sempre simultâneo a sua formação e sempre a serviço da produção, do desejo, da vida, do novo” (BAREMBLIT, apud PEDROSA, 2004, p. 618).

Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas secretarias de Saúde de Estado (BRASIL, 2006d, p. 24).

Monitoramento e avaliação do desenvolvimento dos planos Estaduais e Municipais de Prevenção da violência mediante a realização de coleta, sistematização, análise e disseminação de informações (p. 38).

Outra dificuldade apontada em frente ao desafio metodológico da avaliação em Promoção da Saúde diz respeito à fragmentação entre os formuladores e implementadores das políticas públicas de saúde, o que pode levar a um distanciamento entre “[...] o discurso político institucionalizado e sua expressão operacional” (PEDROSA, 2004, p. 621).

É preciso destacar que, mesmo tendo sido disponibilizado para consulta pública no site do Ministério da Saúde, e várias alterações terem sido realizadas no documento inicial da PNPS, após tal consulta. Ainda assim, as definições, estratégias, responsabilidades e, principalmente, as ações prioritárias foram definidas por uma instância e serão executados por outra.

## 6.5 FORMAÇÃO E POSTURA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Segundo o texto da PNPS, o profissional de saúde deve ser “capacitado” para desenvolver ações de Promoção da Saúde, lembrando que, conforme discussão já trazida nesta análise, ações de Promoção de Saúde muitas vezes são entendidas como ações que buscam sensibilizar para a prática de comportamentos saudáveis.

Quando se apresentam as propostas voltadas para a formação dos profissionais, encontramos a seguinte descrição, no texto da referida política (BRASIL, 2006d):

Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares (p. 29).

Sensibilização dos trabalhadores da saúde quanto à importância e benefícios da amamentação (p. 31).

Sensibilização e educação permanente dos trabalhadores em saúde no sentido de orientar as gestantes HIV-positivo quanto às especificidades da amamentação (utilizando de banco de leite humano e de fórmula infantil) (p.31).

Mobilização e capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para a promoção da alimentação saudável nas visitas domiciliares, atividades de grupo e nos atendimentos individuais (p. 33).

Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais / atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo (p. 34).

Percebe-se que tais proposições estão embasadas na idéia de que “sensibilizar para” ou “capacitar para” é suficiente para lidar com uma situação tão complexa quanto a Promoção da Saúde. Interessante é perceber que a centralidade das ações voltadas para a formação dos profissionais de saúde reforça a mesma lógica autoritária e vertical que será reproduzida pelos trabalhadores na sua relação com os usuários.

Discutindo a Política de Humanização na Saúde, Teixeira (2005, p. 587) diz:

Não raramente, essa ‘formação’ é tomada de uma perspectiva ‘transmissionista’ que, de fato, tem se mostrado uma via bastante estéril, considerando-se os resultados concretos apresentados pelas estratégias de ‘capacitação para a ética’ nas relações terapêuticas e de trabalho, baseadas apenas no proselitismo e na doutrinação das ‘consciências’.

Reitera-se que não se discute a importância em investir na formação dos profissionais de saúde, seja durante a graduação, seja no serviço, entretanto não se pode desconsiderar que promover saúde é muito mais do que repassar

informações técnicas sobre aleitamento materno ou alimentação saudável. Uma formação que contribuísse para a prática de ações efetivas de Promoção da Saúde teria que destacar a complexidade da saúde, o respeito às escolhas pessoais, a dinâmica relacional presente nos encontros.

## 7 CONSIDERAÇÕES

Eu prefiro ser, essa metamorfose  
ambulante do que ter aquela velha opinião  
formada sobre tudo.

(RAUL SEIXAS)

Esta pesquisa se propôs a analisar a conceituação/compreensão de saúde presente na Política Nacional de Promoção da Saúde, resgatando o modo como nossa sociedade vêm enfrentando o tema da saúde, assim como os vários embates ocorridos ao longo da história. Ressaltou a importância que a Promoção da Saúde exerce nos dias atuais, em especial no Brasil, após a divulgação de tal política.

Ressalta-se que, no ano de 2008, em documento intitulado “Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011” (BRASIL, 2008), o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde, apresenta as diretrizes estratégicas para a saúde durante o período em questão e, novamente, a Promoção da Saúde encontra-se em destaque. Propõe-se:

Consolidar as ações de **Promoção da Saúde e a Intersetorialidade** no centro da estratégia, como decorrência da articulação das ações de saúde com a nova orientação do padrão de desenvolvimento brasileiro, vinculando crescimento, equidade e sustentabilidade com um novo modelo de atenção centrado na busca de qualidade de vida como uma política nacional e federativa de governo (BRASIL, 2008, p. 7).

O documento apresenta sete eixos de atuação, e a Promoção da Saúde aparece como o primeiro deles. A diretriz assumida pelo eixo destaca a importância de

Mobilizar a sociedade e o Estado em torno de um grande esforço articulado e intersetorial para uma ação convergente nos determinantes sociais de saúde e para a conscientização das pessoas para as práticas e os comportamentos saudáveis (BRASIL, 2008, p. 13).

Com certeza, não cabe, neste momento, ampliar a reflexão sobre o documento “Mais Saúde”, entretanto não se pode desconsiderar que uma parcela importante do orçamento da União será destinada às ações de Promoção da Saúde. Reforça-se, assim, a indagação sobre os caminhos a que uma política pública, em especial a Política Nacional de Promoção da Saúde, pode nos levar.

O título deste trabalho questiona se uma política pode alterar um paradigma. Essa “provocação” talvez tivesse como desejo reconhecer na PNPS uma proposta que fugisse do modelo tradicional, vertical, prescritivo, que conseguisse aproximar do cenário da saúde um olhar para a complexidade das relações, para a singularidade das pessoas e para a liberdade de escolha.

Antevendo qualquer crítica, ao possível risco de que a liberdade de escolha possa significar uma ameaça à sociedade, apoio-me em Espinosa, citado por Teixeira (2005, p. 597):

[...] só há contradição entre o interesse individual e coletivo quando o homem não pode realizar plenamente seu direito natural (como, por exemplo, o seu desejo/potência ‘de governar e não ser governado’), isto é, quando está presente uma relação de *opressão*.

Infelizmente, não se consegue identificar, no texto da PNPS, a abertura necessária para uma alteração do paradigma dominante. As suas estratégias de ação estão, quase sempre, vinculadas a modelos e verdades universais. Tal fato pode ressaltar o risco de que a Promoção da Saúde se transforme em “[...] herdeiros dos programas higienistas” (CAPONI, 2003, p. 75), mantendo intacta

sua ambição “[...] de controle da vida dos indivíduos e das populações de risco” (p. 75).

Os efeitos do sonho de se alcançar a saúde perfeita, tendo com base o paradigma tradicional, nos levaram “[...] a busca patogênica da saúde” (ILLICH, apud NOGUEIRA, 2003a, p. 187), uma busca que, no contemporâneo, aponta outras influências, além da Medicina. Está se falando da importância da mídia e da ampliação do conceito de saúde para outros setores, por exemplo, educação, meio ambiente, ação social, etc.

Essa ampliação do campo da saúde potencializou a “iatrogenia do medo”, ou seja, em vários espaços cotidianos, verifica-se a imposição de um modelo baseado na cultura do corpo e do autocuidado, como garantia do não adoecimento. A PNPS parece corroborar essa prática, na medida em que propõe a articulação com outros setores, a partir de ações que reforçam a divulgação de informações, orientação, sensibilização e aconselhamento para comportamentos saudáveis, além de buscar apoio para a construção de medidas regulatórias (BRASIL, 2006d).

Entende-se que uma política pública seja baseada no bem coletivo, no entanto, ao propor ações, não deve fazê-lo a partir de premissas universais, modelares, que subjugam todos os humanos a uma mesma condição. Tal prática desconsidera algo de essencial, qual seja: a saúde “[...] não é um conceito científico, é um conceito vulgar. Isto não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos” (CANGUILHEM, apud CAPONI, 2003, p. 59).

Pensar a Promoção da Saúde a partir de um novo paradigma nos coloca em frente ao desafio de articular uma ampla gama de forças sociais que, em

interpelação constante com o homem, compõem um processo contínuo de produção de subjetividade. É importante frisar que a garantia de controle sob essas operações inexistente, ou seja, o acaso dos acontecimentos é algo que a ciência precisa incluir no seu discurso.

Reconhecer, contudo, a aleatoriedade da vida não significa se abster de proposições para a coletividade. A grande questão que se coloca é sobre quais propostas devem ser feitas buscando um bem comum que não signifique uma regra única e geral.

A PNPS, ao assumir como objetivo “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes [...]” (BRASIL, 2006d, p.17), enfrenta o desafio de intervir em questões sociais, econômicas e de distribuição de renda. Entretanto, como não consegue propor ações claras, o texto torna-se vago e inconsistente.

A autonomia, tão defendida nos textos sobre Promoção da Saúde, deveria significar a abertura para as afirmações singulares, reconhecendo que estas são frutos de múltiplas dependências. No entanto, o que encontramos presente na política de Promoção da Saúde não se aproxima desse entendimento. Destacam-se, isso sim, ações voltadas para a prescrição de comportamentos saudáveis, seguindo uma lógica disciplinar baseada em modelos de controle exclusão.

Nesse sentido, é preciso estar atento ao que é produzido com a efetivação dessa política, pois ela pode direcionar, interferir e favorecer a realização de práticas que fortaleçam encontros produtores de potência ou, contrariamente, encontros reprodutores de submissão, culpabilização e impotência.

Construir ou fortalecer encontros produtores de potência de ação pode ser

possível, por meio da abertura ao diálogo, da criação de vínculo de confiança, da produção de relações mais solidárias, minimizando hierarquias baseadas na obediência cega a um saber ou a um senhor. Ressalta-se que relações/encontros baseados nessa lógica são potencializadores para todos os envolvidos (TEIXEIRA, 2005).

Caso essa fosse a lógica ou o paradigma fundante da PNPS, a formação dos profissionais de saúde teria uma conotação muito diferente da proposta apresentada pela referida política, que apenas valoriza a capacitação técnica desses profissionais, em detrimento do saber, do desejo, da singularidade de cada ser humano.

Ressalta-se que as ações propostas pela política de Promoção da Saúde deveriam funcionar como um dispositivo capaz de despertar/produzir novas relações entre os seres vivos, novos saberes e novas práticas em saúde, voltadas para a expansão da vida.

Promover saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser, urgentemente resgatadas. Promover saúde é uma imposição das circunstâncias atuais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade (AKERMAN; MENDES; BÓGUS, 2004, p. 609).

Espera-se que este trabalho possa contribuir para uma ação reflexiva sobre as orientações e ações práticas propostas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, buscando, assim, romper com um modelo secular de saúde pautado na submissão as verdades universais.

## REFERÊNCIAS

ALVES MAZZOTI, A.J. O método nas ciências sociais. In: ALVES MAZZOTI, A.J. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira, 1999.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 97-115.

ANDRADE, A. N. avaliação genealógica. In: MENANDRO, P. R. M.; TRINDADE, Z. A.; BORLOTI, E. B. (Org.). **Pesquisa em psicologia**: recriando métodos. Vitória: PPGP/UFES, 1999. p. 73-88.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783 - 836.

AKERMAN, M. ; MENDES, R. ;BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ARAUJO, M. D. **O cotidiano de uma equipe do programa de saúde da família**: um olhar genealógico sobre o controle social. 2005, 235 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2005.

ARENDT, H. **O que é política?** Rio de Janeiro: Betrand Brasil, 2004.

AROUCA, S. A história natural das doenças In: FLEURY, S.; BAHIA, L; AMARANTE, P. (Org.). **Saúde em debate**: fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. p.16 – 20.

\_\_\_\_\_. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

AYRES, J. R. C. M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, n.1, 2002.

AYRES, J. R. 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, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

\_\_\_\_\_. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1999.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2003.

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004.

BODSTEIN, R.C. A. Cidadania e modernidade: emergência da questão social na agenda pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 185-193, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção de Saúde. **As cartas da promoção de saúde**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a. v. 1 (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. v. 2 (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. v. 4 (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006d. v. 7 (Série Pactos pela Saúde).

\_\_\_\_\_. Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006e.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **Mais Saúde**: direito de todos: 2008 – 2011. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. (Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Art. 196-200.

\_\_\_\_\_, Portaria GM/MS 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.15-38.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 163-177, 2000.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMPOS, G. W.r de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: < <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 7 abr. 2007.

CAMPOS, G. W. de S.; BARROS, R.B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAMPOS, G.W.de S. O público, o estatal e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.) **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas: IDRC, 2005. p. 89-100.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. George Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciência, Saúde**, Manguinhos, v. IV, n. 2, p. 287-307, jul./out.1997.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARVALHO, A. I. et al . Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Jun. 2008.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-78, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia** 12. ed. São Paulo: Editora Ática, 2000.

COELHO, M.T. A. D.; ALMEIDA-FILHO, N. Normal e patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, v. 9, n. 1, p.13-36, 1999.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle social**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, Vozes; Rio de Janeiro: Associação brasileira de Saúde Coletiva, 1986.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p.7-11, 1986.

DELEUZE, G. **Espinosa**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-120.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HEIDMANN, I. T.S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n 2, p.352-8, abr./jun. 2006.

HEIDMANN, L.S.; MENDONÇA, M.H. A trajetória da Atenção Básica em Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. et al. **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os**

**sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MARTINS, A. Novos paradigmas e saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: UERJ/IMS, v. 9, n. 1, p. 83-112, 1999.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública:** a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo. Campinas: Papyrus, 1985.

\_\_\_\_\_. **Saúde:** cartografias do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

MORIN, E. **Ciência com consciência.** 8. ed. rev. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

NOGUEIRA, R.P. A segunda crítica social da saúde de Ivan Illich. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 185-190, 2003a.

NOGUEIRA, R.P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista:** contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003b, p. 175-182.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

PAIM, J.S. Medicina Comunitária: introdução a uma análise crítica. In: Fleury, S.; Bahia, L; Amarante, P. (Org.). **Saúde em Debate:** fundamentos da reforma sanitária. Rio de Janeiro, CEBES, 2007. p. 12-15.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PORTUGAL, M. A. L. **Preservativos masculino e feminino:** novas e velhas negociações. 2003, 192 f. Tese (Doutorado em saúde Coletiva) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

QUADRA, A. A.F. **Viver é resistir:** o modelo de história natural das doenças. Rio de Janeiro: Ed. Achiamé Ltda., 1983.

ROLNICK, S. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade** / Núcleo de Estudos e

Pesquisa da subjetividade do Programa de Pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. São Paulo, v. 1, n. 2, 1993.

ROMANO, R. O público e o privado In: HEIMANN, L.S.; IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas: IDRC, 2005. p. 22-41.

SADER, E. S. O público, o estatal e o privado. In: HEIMANN, L.S. IBANHES, L.C.; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec: Opas: IDRC, 2005. p. 43-55.

SAIDON, O. KAMKHAGI, R. **Análise institucional no Brasil**: favela, hospício, escola, FUNABEM. Rio de Janeiro, Editora Espaço e Tempo, 1987.

SANT'ANA JÚNIOR, N.; ANDRADE, A. N. É melhor pra você!: normatização social da infância e da família no Brasil. **Revista da UFF**, Rio de Janeiro, [2007?]. (Em fase de publicação).

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVA, G. G. A. Uma abordagem da antinomia “público x privado”: descortinando relações com a saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.18, p. 7-24, jan./jun., 2006.

SILVA, R. C. A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMANELLI, G. ; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa**. Ribeirão Preto, SP: Ed. Legis Summa, 1998. p.159-174.

TAMBELLINI, A. T. Questões introdutórias: razões, significados e afetos. In: AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuições para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 48-58.

TEIXEIRA, R.R. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. **Interface – Comunicação, saúde, Educação**, v.1,n.1, p. 7-40, ago. 1997.

\_\_\_\_\_. Agenciamento tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

TEIXEIRA, R.R. ; CYRINO A. P. As ciências sociais, a comunicação e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 151-171, 2003.

\_\_\_\_\_. Humanização e atenção primária de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface – Comunicação, saúde, Educação**, v.11, n. 22, p. 223-38, maio/ago. 2007.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) **Glossary of health promotion terms**. WHO/HPR/HEP/98.1Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-668.