

Kênia Lara Silva

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESPAÇOS SOCIAIS DA VIDA
COTIDIANA**

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2009

Kênia Lara Silva

**PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESPAÇOS SOCIAIS DA VIDA
COTIDIANA**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena

.

Belo Horizonte – MG

Escola de Enfermagem da UFMG

2009

Silva, Kênia Lara.
S586p Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana
[manuscrito]. / Kênia Lara Silva. -- Belo Horizonte: 2009.
182f.

Orientadora: Roseni Rosângela de Sena.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Autonomia Pessoal. 3. Controles Informais
da Sociedade. 4. Poder (Psicologia). 5. Dissertações Acadêmicas. I. Sena,
Roseni Rosângela. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 590



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Tese intitulada "Promoção da Saúde em espaços sociais da vida cotidiana", de autoria de Kênia Lara Silva, defendida e aprovada em 24 de abril de 2009, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Dra. Roseni Rosângela de Sena (orientadora)

Dr. Marco Akerman

Dr. João Leite Ferreira Neto

Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Dra. Cláudia Maria de Mattos Penna

Dedico este trabalho a três mulheres...

A minha mãe, Amélia, razão de minha existência...

A minha orientadora, Roseni, razão da permanência...

A minha filha, Camila, razão da persistência...

Vocês, presentes em minha vida, não me deixaram desistir

embora, em alguns momentos, sentisse o fardo pesado...

AGRADECIMENTOS...

A Deus que, com sua força onipotente, faz com que realizemos com êxito o que desejamos alcançar. "Que diremos, pois à vista destas coisas? Se Deus é por nós, quem será contra nós" (Rom 8, 31)

A Elônio, por procurar entender minhas ausências e, mais uma vez, esperar a bonança.

A meus irmãos, pelo apoio constante e por compartilharem os momentos de dificuldades. Sabemos que podemos contar uns com os outros...

A Letícia, minha irmã, madrinha, comadre, amiga, pelo apoio nas horas difíceis.

Às amigas do NUPEPE com quem aprendo coletivamente.

Às amigas da PUC companheiras de trabalho, especialmente Miriam, Natália, Samira, Betinha, Consola, Carminha, Sandra e Maria José, pela constante preocupação em saber "E aí, já terminou?"

A meus queridos alunos que sempre me motivam a não parar jamais de estudar.

Aos colegas que conheci na vivência do trabalho de campo, especialmente Judite e Valéria, que lutam por uma comunidade melhor mesmo quando as forças políticas são desfavoráveis.

Aos colegas e professores da Escola de Enfermagem da UFMG dos quais me orgulho em ser eterna aprendiz.

Aos participantes do estudo, observados, entrevistados, analisados, sujeitos anônimos de um cotidiano rico de desafios, mas também de oportunidades de se construir outras formas de viver a vida...

*De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estamos sempre começando...
a certeza de que é preciso continuar...
a certeza de que seremos
interrompidos antes de terminar...*

*Portanto devemos...
fazer da interrupção um caminho novo...
da queda um passo de dança...
do medo, uma escada...
do sonho, uma ponte...
da procura... um encontro".
(Fernando Sabino)*

RESUMO

SILVA, K.L. *Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana*. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

A realização deste estudo partiu da premissa de que a vida cotidiana é permeada por normatizações e racionalidades que limitam a promoção da saúde como possibilidade dos sujeitos e de suas escolhas nos modos de viver. O objetivo do estudo foi analisar o modo de vida em espaços sociais da vida cotidiana, apreendendo os sentidos e significados das práticas de promoção da saúde. Adotou-se, como arcabouço teórico metodológico, o referencial da Sociologia da vida cotidiana. O estudo foi realizado no território de abrangência do Centro de Saúde São José, no Distrito Sanitário Noroeste do município de Belo Horizonte. Elegeram-se sete espaços para análise das práticas cotidianas de promoção da saúde: escola, serviço de saúde, associação de moradores, grupo de convivência da Terceira Idade, grupo de ginástica, clube recreativo e pista de caminhada. Nesses espaços, os discursos e práticas desenvolvidos foram reveladores dos sentidos e significados da promoção da saúde em vetores que se articulam nos planos macrosociais do modo de vida e microsociais do cotidiano e colocam a promoção da saúde como uma razão política. Os resultados indicam que o modo de vida no cenário do estudo é marcado por privações. Neste contexto, a dependência em relação às políticas públicas e às redes sociais conferem sentido ao cotidiano. Nos discursos dos participantes, saúde e qualidade de vida são vistas de forma focalizada com centralidade na capacidade de viver (ou sobreviver) não atingindo seu sentido mais ampliado de relação com os macrodeterminantes estruturais. As práticas de promoção da saúde, nos diferentes espaços sociais, revelam mecanismos de controle social e manejo da população vulnerável. Prevalencem práticas focalistas, de caráter pontual sobre o adoecer, os riscos ou os desvios da normalidade e que pouco contribuem para romper com a medicalização social. Assim, há a retro-alimentação do paradigma biomédico agora materializado em diferentes práticas e em diferentes espaços (para além dos tradicionais serviços de saúde) que aliado ao fato de se ocuparem com sentidos e significados gerados pelas pessoas quanto a saúde configuram uma nova racionalidade. A análise das práticas permitiu evidenciar as lógicas de organização de discursos normativos de promoção da saúde que reproduzem padrões, regras e regulamentos nos espaços do cotidiano. Aí, as forças de circulação de poder, com centro de evocação do saber-poder no Estado e nos movimentos organizados da sociedade civil, dão, às práticas, seu caráter de dispositivos de manutenção da medicalização social ao se configurarem como mecanismos de regulação e controle social. Com isso, as possibilidades autonomizadoras das práticas identificadas no território mostram-se menos expressivas que seu potencial medicalizante e regulador. Conclui-se que a promoção da saúde nos espaços sociais da vida cotidiana apresenta o desafio de ampliar o potencial autonomista de ação dos indivíduos sem contudo desresponsabilizar o Estado e a sociedade civil organizada em prover condições estruturais que favoreçam a criação de novos hábitos. Há portanto que ampliar a relação sinérgica de cada indivíduo consigo mesmo, com os outros de seu contexto e com o Estado, num movimento que garanta a promoção da saúde como direito de cidadania. Assim, promover saúde implica em firmar pactos sociais e criar estratégias de promoção da cidadania; superar práticas pontuais e fragmentadas; implementar ações intersetoriais; desenvolver a co-responsabilização entre governo e comunidades, garantindo a sustentabilidade política, a efetividade e a resolutividade das propostas de desenvolvimento local.

Palavras-chave: Promoção da saúde; espaços sociais; autonomia pessoal; controles informais da sociedade; poder (Psicologia).

ABSTRACT

SILVA, K.L. *Health promotion in social spaces of day-to-day life*. 2009. 182 f. Thesis (Doctorate in Health and Nursing) – Nursing School, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

The present study holds as premise that day-to-day life is fraught with norms and rationality that limit health promotion as a possibility for subjects and their choices on ways of life. The goal of this study was to analyze the way of life in social spaces of day-to-day life, grasping the meaning and sense of health-promoting practices. The referential of Sociology of day-to-day life was adopted as theoretical and methodological framework. The study was performed on the territory covered by the Health Center São José, in the Northwest Sanitary District in the municipality of Belo Horizonte. Seven spaces were chosen for the analysis of day-to-day health-promoting practices: school, health service, neighborhood association, elderly citizens group, gymnastics group, recreation club and jogging track. In these spaces, the developed discourses and practices were revealing of the sense and meaning of health promotion in vectors that are articulated in the macro-social way-of-life and micro-social routine spheres, and which pose health promotion as a political issue. The results indicate that way of life in the study scenario is stained with deprivations. In this context, dependence *vis-à-vis* public policies and social networks give meaning to day-to-day routine. In the participants' discourses, health and quality of life are regarded focally, with an emphasis on the capacity to live (or survive), not reaching the broader meaning of relation with structural macrodeterminants. Health-promoting practices in different social spaces reveal mechanisms of social control and management of vulnerable populations. There is a preponderance of focal practices on disease, risks or deviations from normality, which contribute little to the interruption of medical socialization. Thus, there is a feedback of the biomedical paradigm, materialized in different practices and spaces (beyond traditional health services), which, together with the sense and meaning generated by people regarding health, configure a new rationality. The analysis of practices made evident the logic behind the organization of regulating discourses of health promotion, which repeat patterns, rules and regulations in day-to-day life spaces. Hence, the forces of circulation of power, centered on evoking knowledge-power from the State and organized movements of civil society confer on the practices their character of maintenance of medical socialization, as they become mechanisms of social regulation and control. With that, autonomy-granting possibilities provided by the practices identified in the territories are less expressive than their regulating and medicalizing potential. It is concluded that health promotion in social spaces of day-to-day life poses the challenge of widening the autonomist potential in the actions of individuals, albeit without relieving from the State and organized civil society the responsibility of providing structural conditions that favor the creation of new habits. Thus, one has to broaden the synergistic relationship of each individual with oneself, with others from the same context and with the State, in a way that guarantees health promotion as a citizen right. Hence, promoting health implies in sealing social pacts and creating strategies for promoting citizenship; overcoming focal and fragmented practices; implementing inter-sector actions; and developing co-responsibility between the government and communities, thus guaranteeing political sustainability, effectiveness and resolution capacity of local development propositions.

Key words: Health promotion; social spaces; personal autonomy; informal control of society; power (Psychology).

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Elementos do poder disciplinar e do biopoder, segundo Foucault. Belo Horizonte, 2009	48
Figura 1	Centros de Saúde do DISANO	69
Figura 2	Área de abrangência dos Centros de Saúde do DISANO por Índice de Vulnerabilidade à Saúde	70
Quadro 2	Fonte de dados empíricos do estudo. Belo Horizonte, 2009.	75
Quadro 3	Movimentos, vivência e período da coleta de dados empíricos da pesquisa. Belo Horizonte, 2009	77
Quadro 4	Espaços de análise da promoção da saúde no cenário do estudo. Belo Horizonte, 2009.	80
Figura 3	Políticas públicas no cenário do estudo	94
Quadro 5	Ações intersetoriais por faixa etária no cenário do estudo. Belo Horizonte, 2009.	104
Figura 4	Mapa dos espaços sociais no cenário do estudo	107
Figura 5	Instituições religiosas no território	110
Figura 6	ONG's com atuação no território de estudo	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição populacional por Índice de Vulnerabilidade à Saúde nos Centros de Saúde do DISANO. Belo Horizonte, 2009	71
----------	--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ASP – Assessoria Social e Pesquisa

ASPA – Ação Social Paroquiana

ASST – Ação Social São Tiago

C.S. – Centro de Saúde

CAC – Centro de Apoio Comunitário

CERA – Clube Esportivo e Recreativo das Acácias

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais e Saúde

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DISANO – Distrito Sanitário Noroeste

EPRE – Educandário Presbiteriano

GEREPI – Gerencia Regional de Epidemiologia

NAF – Núcleo de Apoio à Família

NUPEPE – Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG's – Organizações Não-governamentais

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PROAS – Programa de Reassentamento por Obras Públicas

PUC Minas – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

SMSA/BH – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	22
CAPÍTULO 2 - AS PROMOÇÕES DA SAÚDE: CONSTRUÇÃO DE UM REFERENCIAL	32
1 A EVOLUÇÃO DO SABER NO CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	32
1.1 <i>Os primórdios da promoção da saúde</i>	35
1.2 <i>Os desafios das doenças crônicas não-transmissíveis: estilos de vida como objeto de ação da promoção da saúde</i>	38
1.3 <i>De Conferências Internacionais a práticas locais: promoção da saúde e determinantes sociais</i>	40
2 PODER, AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO: ANTINOMIAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	45
2.1 <i>Poder disciplinar e biopoder na promoção da saúde</i>	46
2.2 <i>Autonomia e dependência na promoção da saúde</i>	50
2.3 <i>Responsabilização e criação de novos hábitos para a saúde</i>	54
CAPÍTULO 3: DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS	60
1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	61
2 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DA REALIDADE	67
2.1 <i>Cenário do estudo: peculiaridades de um território em transformação</i>	68
2.2 <i>A vivência no campo: o cotidiano rico em desafios e oportunidades</i>	72
2.3 <i>Análise dos dados</i>	80
2.4 <i>Aspectos éticos</i>	83

CAPÍTULO 4: MODO DE VIDA NO TERRITÓRIO SÃO JOSÉ: REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO	85
1 MODO DE VIDA NO TERRITÓRIO SÃO JOSÉ: REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO	86
1.1 <i>Condições de vida e saúde no território: do velho ao novo</i>	<i>86</i>
1.2 <i>Políticas públicas e intersetorialidade no território São José</i>	<i>92</i>
1.3 <i>Espaços e redes sociais mediando a promoção da saúde no cotidiano</i>	<i>106</i>
1.4 <i>Vulnerabilidade como condição que provoca intervenção: promoção da saúde como biopolítica</i>	<i>118</i>
CAPÍTULO 5 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO	121
1 SAÚDE COMO QUALIDADE DE VIDA: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO	122
2 PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESPAÇOS SOCIAIS	131
2.1 <i>(Novos) hábitos saudáveis: reinventando o cotidiano com autonomia e responsabilização..</i>	<i>157</i>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	163
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	168
APÊNDICES	178
ANEXOS	181

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

As Práticas em Saúde Coletiva, em especial na formação em enfermagem e nas diferentes possibilidades de cuidado, constituem um campo fértil de estudos em minha vivência acadêmica. Integrada ao Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (NUPEPE), assumi o desafio de implementar uma linha de pesquisa sobre a Promoção da Saúde. A equipe de pesquisadoras, no processo de estudo e de busca da configuração do eixo de pesquisa, deparou-se com algumas questões inquietantes: como se dá a construção das estratégias de promoção da saúde? Que concepções de promoção da saúde há nas práticas e na formação dos profissionais de saúde? Essas concepções são distintas das de prevenção e da educação em saúde? Sabendo-se que a abordagem da promoção da saúde não é uma formulação recente, o que justifica tanta preocupação com o assunto, na atualidade?

A organização de um projeto de pesquisa que respondesse a essas questões tornou-se realidade e o processo conduziu ao entendimento da promoção da saúde como um conjunto de tecnologias e práticas capazes de responder a demandas sociais exigindo reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: a concepção de saúde, a gestão do processo de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde e o controle social (SENA, et al 2008a, 2008b; SILVA, et al, 2007, 2009). Cada um desses eixos foi tomado para a análise da promoção da saúde no cotidiano, concretizando a imagem de um quadrilátero¹.

Embora tenha me dedicado, prioritariamente, ao longo dos últimos oito anos, a entender o processo de formação dos enfermeiros, aceitei o desafio de coordenar o sub-projeto que trata das práticas de promoção da saúde no controle social. Parti do entendimento do controle social como o espaço público e, por isso, social, no qual as pessoas desenvolvem as possibilidades de exercer o controle sobre sua saúde como componente do viver. Entendia que a mudança de práticas em saúde perpassa o controle que as pessoas exercem sobre sua vida, pois envolve escolhas e, portanto, congrega valores como desejo, conflito, ruptura, negociação, superação. Supõe alternância, partejamento e compartilhamento de saber e poder para

¹ Ver Ceccim e Feuerwerker (2004).

decisões em torno de interesses individuais e coletivos. Os referenciais críticos pós-estruturalistas foram aderindo cada vez mais a minha discussão e me vi impulsionada a freqüentar “espaços estrangeiros” para sustentar minhas análises. Especialmente o Instituto de Medicina Social², na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), no qual freqüentei disciplinas e grupos de discussão no primeiro semestre de 2006, deixou-me fascinada com a possibilidade de analisar criticamente as práticas de saúde como construção social, considerando sua relevância para a área da política, planejamento e administração em saúde, no que concerne a relação entre os sujeitos e destes com as instituições de saúde.

A filosofia pós-estruturalista de Foucault, abrangente e complexa, pela qual já tinha um encantamento, revelou-se o aporte teórico que daria a sustentação para o entendimento das práticas de promoção da saúde. O desafiante estudo de Foucault ampliou minha compreensão do objeto de estudo e colocou-me num terreno paradoxal, próprio da teoria foucaultiana, em que poder, subjetividade e resistência imbricam-se na conformação da realidade. Para além da expressão dos discursos institucionais, normativos de promoção da saúde, interessava-me saber como as relações de poder se enraízam na rede social tendo o cotidiano como lugar em que o poder disciplinar circula produzindo corpos dóceis, domesticados.

Entendia também que é no cotidiano que se engendram as forças capazes de resistir aos poderes reguladores e, numa estratégia de contra-poder, fazer valer outras formas de viver e ter saúde. Compreender o cotidiano tornou-se fundamental. Entre as várias correntes que propõem a compreensão do cotidiano, a Sociologia da Vida Cotidiana, de Agnes Heller parecia convergir com o entendimento que tinha do cotidiano como espaço em que cada pessoa, embora condicionada pelas macroestruturas na reprodução da sociedade a que pertence, coloca em “funcionamento” seus sentidos, sua capacidade, suas idéias, sua ideologia e seus interesses. Assim, o cotidiano passa a ser um campo privilegiado de luta por um mundo e uma vida melhores, em maior ou menor intensidade conforme as diferentes estruturas econômicas e sociais que o determinam.

Foi justamente por entender essa determinação social que procurei estudar uma realidade diversa em termos econômicos e sociais. Pressupunha que, em função da

² Agradeço as contribuições dos Professores Madel Terezinha Luz, Roseni Pinheiro e Kenneth Rochel de Camargo Jr. fundamentais na interpretação dos estudos foucaultianos.

diferença de expressão das condições de vida, as práticas de promoção da saúde revelariam sentidos divergentes. Mas o encontro com a realidade foi marcante para colocar-me em confronto com minhas concepções e formulações teóricas, especialmente metodológicas. Para se estudar o cotidiano, não bastam observações, visitas, entrevistas ou conversas pontuais. É preciso “estar” no cotidiano para apreendê-lo em sua densidade e em sua intensidade. No território definido de estudo, o “estar” no cotidiano apresentou-se mais desafiante por dois motivos: primeiro, por se tratar de um cenário de elevada vulnerabilidade social e, segundo, porque “O tempo do espaço”³ era limitado e exigiu que a imersão acontecesse antes que aquele cenário deixasse de existir.⁴

Foi exatamente no encontro com a realidade em transformação que me vi novamente instigada a procurar outros referenciais para sustentar minhas análises. Procurei aproximar-me de estudos que revelavam a atenção a pessoas em situação de grande privação ou desvantagem, revelando como a vulnerabilidade social atrai para si tecnologias de poder como mecanismos de intervenção social. Também nesse caminho, a oportunidade de freqüentar a disciplina Biopolíticas e práticas de promoção da saúde, no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), no segundo semestre de 2007, redirecionou reflexões sobre as implicações dos mecanismos de “controle social dos corpos”. As contribuições do Professor João Leite Ferreira Neto foram fundamentais para elucidar certas “confusões” ou contradições em meu estudo, fruto da exploração desse terreno epistemológico, para mim ainda novo e que me esforço para compreender em sua amplitude e complexidade.

Com isso, afirmo que a permanente construção é marca deste trabalho. Não pretendo apresentar conclusões ou sínteses definitivas, apenas um olhar que, por ser temporal, é limitado. Procurei ser o mais fiel possível à mudança constante da realidade e, em função disso, o “estar” no cotidiano, ainda hoje quando escrevo este texto, é vivido, refletindo que a (re)construção do conhecimento é um *continuum*.

³ Ver Penna (1997).

⁴ O cenário do estudo composto pelo território de abrangência do Centro de Saúde São José no Distrito Sanitário Noroeste de Belo Horizonte/MG contém uma área de Vila que no momento do estudo está passando por obras de reassentamento em que as casas e barracos serão removidos e darão lugar ao prolongamento de uma avenida.

§§§

O relatório da tese está organizado em cinco capítulos. No Capítulo 1, apresento a problematização em torno do objeto de pesquisa, que, por ser complexo e multifacetado, concorre em terrenos de disputas. A opção por um recorte nas práticas de promoção da saúde em diferentes espaços sociais da vida cotidiana fundamenta-se no entendimento da transversalidade e capilaridade que os discursos de saúde e os mecanismos de saber-poder alcançam na organização dos modos de vida. Nessa parte inicial, os principais conceitos que orientaram a construção do trabalho são definidos.

No Capítulo 2, apresento os referenciais teóricos que sustentam o objeto de estudo. Na primeira parte do capítulo, mostro a evolução histórica da promoção da saúde e aposto no termo “promoções”, uma vez que, ao sustentar-se em concepções tão ambivalentes ao longo dos tempos, parecem referir-se a objetos diferentes. Na segunda parte do capítulo, defendo a hipótese central do trabalho que se refere à antinomia entre as categorias poder, autonomia e responsabilização na promoção da saúde e o contexto social em que as práticas ocorrem. Sustento a argumentação da existência de uma oposição recíproca entre as três categorias.

No Capítulo 3, situo a fundamentação e o percurso metodológico que permitiram compreender a realidade empírica. Descrevo, de forma sucinta, as bases da Sociologia da Saúde e o recorte da Sociologia da Vida Cotidiana. Também apresento os pressupostos da pesquisa qualitativa e os caminhos percorridos no trabalho de campo com seus inúmeros desafios quanto às definições do cenário, dos sujeitos e dos procedimentos de captação e análise da realidade.

No Capítulo 4, apresento os resultados do trabalho de campo e o faço em dois planos analíticos: o do modo de vida e o das práticas cotidianas que se entrecruzam na constituição da realidade empírica. Na primeira parte do capítulo, apresento o território do estudo, cenário em transformação, e as formas como nele se expressam as políticas públicas determinantes do modo de vida. A seguir, o mapeamento dos espaços sociais do território e os aspectos que levam a refletir sobre como a distribuição dos espaços sociais revela a organização de um modo de vida atravessado por diferentes mediações foram objeto de análise. Entre essas

mediações, a relação Estado-sociedade civil revelou-se como um elemento importante para se compreenderem os sentidos da promoção da saúde no cotidiano.

No Capítulo 5, apresento a análise interpretativa do estudo indicando os dispositivos que revelam os sentidos e significados da promoção da saúde no cotidiano. Apresento os espaços sociais para a promoção da saúde, procurando revelar o potencial de cada um na manutenção da disciplinarização e medicalização social ou de seu enfrentamento na constituição de resistência e autonomia, recompondo as relações de poder. Essa construção foi direcionada pela interpretação das categorias de análise: institucionalidade e processos participativos dos atores sociais nas práticas de promoção, potencial para integração social em cada prática revelada pelo acesso que elas permitem a bens e serviços, articulação intersetorial observada em cada prática e componentes de autonomia e liberdade revelada pela expressão e atravessamentos das tecnologias de poder e disciplinarização evidenciadas nas práticas de cada espaço.

Ante à provisoriade do conhecimento, encerro o relato indicando pistas para se continuar a discussão.

CAPÍTULO 1 -
DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE
PESQUISA

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A saúde enfrenta um embate entre paradigmas. O marco teórico-conceitual do modelo biomédico, hegemonicamente vigente desde o século XVIII, é questionado e surgem formulações que procuram relacionar saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos. Nesse processo, avançam as possibilidades de superação da concepção do processo saúde-doença como determinação biológica, da organização dos serviços de saúde para uma atenção ocasional e passiva, e como uma responsabilidade exclusiva do setor saúde, e das práticas sanitárias que negam as relações intersubjetivas constantes.

A discussão sobre a saúde como um direito social amplia-se nas últimas décadas e, no Brasil, encontra, na Constituição Federal, um arcabouço legal que pressupõe a garantia da saúde como dever do Estado, incorporando-a e entendendo a determinação social, econômica e cultural a que se submete. Assumir esse princípio constitucional requer a formulação de estratégias para assegurar a saúde da população e, também, a organização, o financiamento, a participação e o controle social no setor.

Ao longo da história das políticas de saúde no Brasil, ocorreram avanços e retrocessos nas ações de saúde, devido a interesses diversos que favoreciam ou dificultavam o processo de construção de um sistema de saúde público, democrático e de qualidade (TEIXEIRA, 1995).

Assiste-se, na atenção à saúde, a uma intensa incorporação de recursos tecnológicos no diagnóstico e na terapêutica, a uma ampliação das modalidades de cuidado, a uma reestruturação dos processos de trabalho e, mesmo com todo o avanço que essas alterações e novas dinâmicas trouxeram aos padrões de saúde e vida da população, evidencia-se uma realidade sanitária complexa. Para o enfrentamento da crise na saúde, faz-se necessária a compreensão de uma abordagem ampla para o conceito de saúde, pois esta é entendida como um recurso para a vida, sendo construída pelas pessoas dentro do que fazem no seu dia-a-dia, por meio do cuidado de cada pessoa consigo mesma e com os outros e é dependente, por isso, dos fatores sociais, políticos, econômicos, culturais, ambientais (BRASIL, 2001).

A partir da segunda metade da década de 60, surgiram propostas alternativas para o enfrentamento dos problemas no setor saúde que se discutiam e se constituíram em uma das vertentes da luta pela democracia e pela conquista de direitos sociais. Dentre essas propostas, aponta-se a discussão sobre a Promoção da Saúde e Saúde Coletiva como projetos de reorientação das ações em saúde que ensejam novas formulações para o pensar e fazer sanitário frente ao esgotamento do modelo biomédico (CARVALHO, 2005).

Entende-se que a promoção da saúde é uma formulação política com forte matiz ideológico. As produções sobre a temática são construídas agregando-se conceitos e tecnologias que se expressam em projetos que traduzem diferentes concepções acerca do processo saúde-doença (CZERESNIA, 2003). Os primeiros discursos sobre promoção da saúde datam do início do século XIX com a associação do estado de saúde da população com as condições de vida das pessoas. Nessa época, a melhoria nas condições de nutrição, no saneamento e as modificações da conduta humana eram consideradas estratégias para se obter saúde (TERRIS, 1996). Nas três últimas décadas do século XX, a concepção de promoção da saúde desenvolveu-se de forma vigorosa e teve suas bases conceituais e políticas discutidas em eventos internacionais como as Conferências Internacionais de Promoção à Saúde (BUSS, 2003).

Ao tomar a contextualização histórica da promoção da saúde desde os primeiros discursos que tratam do tema, no início do século XIX até os dias atuais, constata-se que várias formulações foram incorporadas à concepção de promoção da saúde ampliando-se sua compreensão, determinada, em cada período histórico, pelos paradigmas científicos vigentes na sociedade.

No Brasil, a década de 1970 foi marcada por transformações que incidiram na redemocratização do País com a reestruturação do setor saúde acompanhada da adoção de concepções que permitiram a incorporação da promoção da saúde como um campo da Saúde Pública. O Movimento da Reforma Sanitária, marco referencial nas discussões sobre o rumo da saúde em nível nacional, conclamava a mudanças estruturais, conceituais e político-administrativas na formulação de um novo sistema, implementando os ideais de saúde em discussão no cenário mundial (TEIXEIRA, 1995). As discussões dos atores e nos movimentos que tratavam da qualidade de vida são incluídas como proposições da Reforma Sanitária e incorporam a defesa da

saúde como um recurso para a vida e o papel protagonista dos sujeitos nesse processo. Um dos aportes, nesse campo, é a compreensão da saúde como uma produção social, exigindo, para sua efetivação, um conjunto de estratégias e ações no sentido de ampliar a capacidade das pessoas em decidirem sobre sua vida/saúde/doença num contexto de democracia na saúde, participação e controle social.

Assim, como defendido na Reforma Sanitária, a promoção da saúde remete à proposição de que produzir saúde é permitir que os sujeitos e coletividades exerçam sua autonomia, de maneira que estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelo contexto social, econômico, político e cultural em que vivem (CAPONI, 2003). Com essa compreensão, passa-se a defender o agir em saúde não apenas sobre os efeitos do adoecer, mas também no espaço fora dos serviços de saúde, agregando, como atores de responsabilidade nesse processo, o Estado e toda a sociedade civil, re-significando as relações sociais e o modo de viver num movimento de construção de saberes e fazeres que considera a saúde como resultado de qualidade de vida.

Embora esse movimento seja impulsionado no Brasil desde as discussões da Reforma Sanitária, no cotidiano dos serviços de saúde, constatam-se dificuldades para se incorporarem as concepções de promoção da saúde, resultando em políticas e práticas com enfoque nas ações curativas (SENA et al, 2008a, 2008b; SILVA, et 2007; 2009). Depara-se também, muitas vezes, com o emprego inadequado do termo pelos profissionais de saúde que o confundem com práticas de prevenção e educação para a saúde (MELLO, 2000; CZERESNIA, 2003; SOUZA E GRUNDY, 2004).

Considera-se que a dificuldade de conceitualização do termo promoção da saúde é resultado da pluralidade de concepções que o envolvem; concepções por vezes contraditórias. Nesse terreno marcado por indefinições conceituais, opta-se por discutir a promoção da saúde a partir de diferentes enfoques. Num primeiro enfoque, reconhece-se a liberdade na dinâmica de produção e realização dos indivíduos como pressuposto para a promoção da saúde. Tem-se, com isso, uma noção de promoção da saúde vinculada aos ideários da modernidade cuja ênfase assenta-se na transformação de comportamentos dos indivíduos, concentrando componentes educativos relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança. Citam-

se, como exemplos, as atividades físicas, dietas, hábito de fumar, direção perigosa no trânsito (BUSS, 2000).

Um segundo enfoque da promoção da saúde sustenta-se na dimensão social da saúde e condiciona a promoção da saúde a um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo-se estilos de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida, apoio social para famílias e indivíduos (BUSS, 2000). Como sinônimo de qualidade de vida, a promoção da saúde constituiria uma preocupação e uma busca que permeariam todo o tecido social com igual intensidade. Nesse aspecto, promoção da saúde é estratégia para conquista da cidadania, ao fomentar ações de compromisso com o bem estar das pessoas, na defesa da equidade e da qualidade de vida da população atual e das gerações futuras; na busca da ampliação das capacidades e possibilidades de escolha individuais e coletivas; no reforço ao desenvolvimento local sustentável; na afirmação da diversidade e do multiculturalismo e no desenvolvimento de instrumentos de participação popular deliberativa (BRASIL, 2006a).

Entende-se que as duas abordagens não são excludentes mas se complementam, na perspectiva do novo paradigma em saúde no qual há compartilhamento de responsabilidades para a promoção da saúde das populações: dos indivíduos isoladamente, da sociedade civil organizada e do Estado. Importa destacar que a responsabilização assume caráter central na promoção da saúde.

O que se observa, no cotidiano dos serviços de saúde, é uma realidade marcada por normatizações e racionalidades no controle social dos corpos individuais e coletivos que não promovem a autonomia dos sujeitos nos modos de vida. Nesses espaços, as práticas cotidianas de promoção da saúde sustentam-se numa relação de dependência dos usuários para com as tecnologias de saúde e/ou para com os profissionais de saúde. Contraditoriamente, a responsabilização pela promoção da saúde recai sobre os indivíduos com uma produção de ações que enfatizam a autonomia na transformação de hábitos e estilos de vida. Com isso, priorizam-se os aspectos ligados a fatores de risco comportamentais, o que resulta, muitas vezes, na culpabilização dos sujeitos (VERDI; CAPONI, 2005; CRAWFORD, [1977] 1999) reforçando a medicalização social.

O fenômeno da medicalização expressa o enfoque reducionista da abordagem da saúde e da doença, resultado do modelo biomédico, entendido como a crescente e

elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta dos serviços e bens de ordem médico-assistencial (BARROS, 2002). A concepção de medicalização revela o poder disciplinar da Medicina como parte integrante do campo poder na sociedade, descrevendo a normalização dos corpos pelas práticas sanitárias (CAMARGO JR., 2003) e apontando para a construção de discursos e práticas de objetivação da vida e das relações sociais. Essa racionalidade sustenta o agir e o pensar em saúde e desloca a promoção da saúde para um campo de medicalização social ao defender a sanitização da vida, ou seja, a busca de uma vida sempre saudável, construída com práticas de responsabilização individual. A promoção da saúde assume um papel “imperialista” no campo da Saúde ao subordinar as autonomias individuais e coletivas à ditadura do consumo de bens e serviços “considerados saudáveis” (WESTPHAL, 2006).

Na medicalização, prevalece o caráter funcionalista da saúde com a imposição de hábitos e estilos de vida saudáveis que não incorporam o simbólico e a cotidianidade na determinação social do processo saúde-doença. Também nessa compreensão, tomam-se a sociedade e a vida social como estáveis e integradas, nas quais o consenso e a harmonia são regras, priorizando fatores que fortalecem a integração social e que têm como objetivo o controle da vida em sociedade por meio da regulação social (CARVALHO, 2005).

Em outra perspectiva, toma-se a teoria do modo de vida e saúde como proposta que supera a visão funcionalista e agrega, à discussão, a compreensão de uma complexidade interativa entre sentidos, significados e práticas em saúde (ALMEIDA FILHO, 2000; 2004). O modo de vida, como um conjunto articulado de práticas cotidianas, é instância determinante da promoção da saúde mediada por duas dimensões intervenientes: condições de vida e estilo de vida. Uma questão fundamental na teoria do modo de vida e saúde é a incorporação de significado e sentido ao risco, seus fatores e seus efeitos. Isso implica no estudo, não só das situações de saúde, mas também das representações da saúde e suas determinações, no mundo da vida, na cotidianidade, nos modos de vida, através do conceito particular de “práticas de saúde” (ALMEIDA FILHO, 2004).

As condições de vida referem-se às condições materiais necessárias à existência relacionadas à habitação, saneamento básico, emprego, educação, acesso aos serviços de saúde, dependentes da inserção dos agrupamentos humanos na

estrutura de produção e, por conseguinte, de sua vinculação a determinada classe social (PAIM, 1997). Essas condições de vida, por sua vez, determinam as formas sociais e culturais de viver que se expressam como um conjunto de hábitos, comportamentos e atitudes, como estilo de vida. O estilo de vida é tomado como conceito que unifica a base material e ideológica que opera no desenvolvimento do processo saúde-doença e deve ser considerado no contexto das experiências individuais e coletivas.

É importante destacar que o modo de vida não é totalmente independente da vontade dos sujeitos, na medida em que o próprio indivíduo dispõe de certo movimento no qual pode escolher sua própria comunidade e seu próprio modo de vida no interior das possibilidades dadas, uma vez que este é reconstruído diariamente (HELLER, 2004). Nesse sentido, autonomia e responsabilização são características nodais de uma prática que propõe a modificação da história e dos fatos sociais que abrangem o macro-contexto e as condições cotidianas de vida. Almeida Filho (2000, 2004) apresenta essa concepção a partir do pensamento de Agner Heller para quem o modo de vida

deve ser formulado como uma construção basal que não implica meramente condutas individuais ante à saúde. Tal proposição vai mais além, incluindo as dimensões sócio-históricas, englobando a dinâmica das classes sociais e das relações sociais de produção, sempre considerando os aspectos simbólicos da vida cotidiana na sociedade (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 882).

Com essa problematização, questiona-se como se expressa, nos modos de vida, a promoção da saúde? Que sentidos e significados emergem das práticas de promoção da saúde nos espaços sociais da vida cotidiana? As práticas cotidianas de promoção da saúde revelam enfrentamentos da medicalização social, rompendo com a culpabilização dos indivíduos e construindo estratégias de co-responsabilização ou sustentam sua manutenção pela disciplinarização de comportamentos, normalização de condutas com ênfase nos fatores de riscos comportamentais e individuais?

Pressupõe-se que, nos espaços sociais, as práticas de promoção da saúde sustentam-se em tecnologias de poder que imprimem, ao modo de viver, a norma correta de estilo e hábito de vida. Nesses espaços, há a configuração de uma nova racionalidade em que as atividades sociais são re-significadas como práticas de

saúde ao adotarem como imagem-objetivo certos padrões esperados de comportamentos numa estratégia de regulação social. Nessa recomposição, são poucos os mecanismos de responsabilização que permitem a formação de novos hábitos numa relação sinérgica de cada indivíduo consigo mesmo, com os outros de seu contexto e com o Estado regulador da saúde como direito de cidadania.

Partindo desse pressuposto, propõe-se como objetivo deste estudo *analisar os modos de vida em espaços sociais da vida cotidiana, apreendendo os sentidos e significados das práticas de promoção da saúde.*

Por que tomar as práticas de promoção da saúde para a análise do modo de vida? Primeiro, porque se entendem as práticas como espaço de objetivação e articulação de elementos simbólicos, categorias estratégicas na construção de sentidos e significados (CARVALHO e LUZ, 2008). Segundo, porque, no processo dinâmico de construção social, as práticas engendram reações e transformações sociais e se constituem como lócus de saber construído na interação de atores sociais com as estruturas, assumindo uma dupla dimensão dialética: *“se por um lado as práticas, através de ações sociais concretas, possibilitam um caráter transformador, por outro estabelecem um caráter não intencional nessa transformação, no sentido de uma intencionalidade consciente”* (CARVALHO e LUZ, 2008, p. 9). A análise das práticas permite, portanto, apreender sentidos e significados ao expressarem saberes subjacentes e dispositivos mobilizados/mobilizadores na interação dos atores sociais.

Para Foucault, o campo da liberdade é o das práticas, da ética encarnada. A análise das práticas revela as maneiras pelas quais os indivíduos, livremente, em suas lutas, em seus enfrentamentos, em seus projetos, constituem-se como sujeitos de suas práticas ou recusam, pelo contrário, as práticas que se lhes são propostas. (FOUCAULT, 2003). A prática é a dimensão estruturante dos símbolos e convenções que moldam a vida. A maneira como a vivência é organizada no cotidiano confere sentido à multiplicidade de mensagens que bombardeiam a vida de todos nós. As práticas têm uma lógica, *“colocam em jogo uma ratio popular, uma maneira de pensar investida numa maneira de agir, uma arte de combinar indissociável de uma maneira de utilizar”* (CERTEAU, 2003, p. 43).

Ao mesmo tempo, as práticas apoiam-se em um conjunto de teorias e reproduzem um certo *modus operandi* e *modus vivendi* que representam formas estáveis de

estruturação da vida social: o habitus. Para analisar práticas, é preciso revelar os habitus e a situação (ou imediatidade pontual) que originou a prática. Assim, “só podemos, portanto explicar essas práticas se colocarmos em relação a estrutura objetiva que define as condições sociais de produção do habitus (que engendrou essas práticas) com as condições do exercício desse habitus, isto é, com a conjuntura que, salvo transformação radical, representa um estado particular dessa estrutura” (CARVALHO e LUZ, 2008, p. 12).

Nesse sentido, é mister que se faça a aproximação com o conceito de determinantes da saúde para explicar como as práticas de promoção da saúde são mediadas nos planos estrutural, particular e singular dos modos de vida social. Os determinantes da saúde podem ser compreendidos a partir de dimensões que se complementam na produção social da saúde: as condições estruturais de vida, os estilo de vida, as redes sociais e comunitárias e os aspectos simbólicos e subjetivos.

Adoto a categoria espaço social como campo para estudo da promoção da saúde por entender que a saúde é gerada em todos os espaços onde as pessoas vivem, amam, trabalham e divertem-se remetendo, pois ao “lugar” como espaço organizado para análise e intervenção (MINAYO, 2002a; 2006). Há um potencial de desenvolvimento da saúde em praticamente toda organização ou comunidade . Esse entendimento permite tomar os espaços sociais como reveladores dos significados da promoção da saúde que são assumidos em seu interior. Ao referir-me a espaço social, estou adotando a compreensão de Certeau (2003, p. 202) na qual

existe espaço sempre que se tomam em conta vetores de direção, quantidades de velocidades e a variável tempo. O espaço é um cruzamento de móveis. É de certo modo animado pelo conjunto dos movimentos que aí se desdobram. Espaço é o efeito produzido pelas operações que o orientam, o circunstanciam, o temporalizam e o levam a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais.

Há, também, que se avançar na compreensão do espaço e de sua utilização como uma forma econômico-política que revela uma “história de poderes” (FOUCAULT, 2004). Assim, o espaço social é o local estabelecido por atores sociais, produto de uma dinâmica social, onde se tensionam sujeitos, na luta por seus interesses e necessidades objetivas e subjetivas. São espaços sociais: a escola, a igreja, o comércio, as áreas de lazer (praças, jardins, parques), os serviços de saúde, as

organizações não-governamentais. A dinâmica desses espaços revela as assimetrias e a constante construção e reconstrução da realidade. Tomar os espaços sociais para análise da promoção da saúde permitiu evidenciar conflitos e interesses, frutos das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem entre indivíduos e grupos sociais. É preciso, portanto, entender os espaços sociais como cenário de disputas de projetos e poderes, nos quais há embates de concepções e conceitos. Nesses espaços, os sentidos e significados das práticas em saúde transitam entre a autonomia dos sujeitos na construção da promoção da saúde e a responsabilização individual que fortalece a medicalização social nas representações das pessoas sobre a saúde.

Assim, na análise da promoção da saúde, é fundamental a compreensão da categoria responsabilização, nos âmbitos individual e coletivo, na formação de hábitos: situações, oportunidades e escolhas nos modos de levar a vida. Nessa análise, é preciso reconhecer, também, que há inconsistências e contradições quanto à concepção de saúde e os modos de vida que são defendidos no movimento da promoção da saúde o que, muitas vezes, parece direcionar para a medicalização da sociedade. O estudo abre espaços de reflexão sobre os sentidos e significados das formas de se pensar e fazer saúde em que a afirmação da cidadania e a emancipação humana são valores intrínsecos aos projetos de promoção da saúde.

CAPÍTULO 2 -

AS PROMOÇÕES DA SAÚDE:

CONSTRUINDO UM REFERENCIAL

1 A EVOLUÇÃO DO SABER NO CAMPO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Neste capítulo, apresento as diferentes abordagens que a promoção da saúde admite, permitindo afirmar que existem diferentes promoções da saúde. Mesmo sem a intenção de limitar a definição de um campo tão amplo e complexo em um conceito, tornou-se fundamental, para a realização do estudo, traçar um panorama das concepções de promoção da saúde desenvolvidas ao longo da história.

Ressalta-se que o termo promoção não é uma formulação recente, mas que adquiriu nas décadas de 1960/1970, no Brasil, novas configurações que têm implicações diretas sobre o objeto de estudo. Assim, para analisar os sentidos e significados das práticas de promoção da saúde, foi preciso considerar a origem dos discursos sociais sobre a saúde, entendendo que essa formulação carrega uma determinação histórico-social.

Desde a Antiguidade, preocupava-se com a relação entre saúde e condições políticas, sociais, econômicas (WESTPHAL, 2006). Hipócrates, no estudo “Ar, Água e Lugares” procurou informar a relação entre ambiente e saúde (ROSEN, 2006). Galeno, na Roma Antiga, relacionava a liberdade proporcionada por renda econômica com a situação de saúde da população (RESTREPO, 2001).

Entretanto, é a partir dos séculos XVIII e XIX que os discursos sociais sobre a saúde adquirem maior dimensão, na Europa Ocidental, e pregam a disciplinarização dos corpos e a constituição das intervenções sobre os sujeitos marcando o nascimento da Medicina Social (FOUCAULT, 2004). Essa ciência funda-se na socialização do objeto da Medicina: o corpo como realidade biopolítica. “O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo” (FOUCAULT, 2004, p. 80).

Desde o final do século XV, as nações européias preocupavam-se com o estado de saúde da população no contexto econômico, político e científico do Mercantilismo. A inauguração dos Estados Modernos traz o direcionamento dos saberes referentes ao processo saúde-doença para uma dimensão coletiva, seja por uma Medicina do Estado, empregando-se práticas de polícia médica para controle dos corpos dos indivíduos enquanto constituem globalmente o Estado - Medicina Urbana, voltada para o controle da circulação dos indivíduos e da vida nas cidades ou Medicina da

Força de Trabalho, com a organização de um serviço autoritário de controle médico da população voltada essencialmente para as classes trabalhadoras. (FOUCAULT, 2004). Nas três vertentes, verifica-se que o objeto da prática é a doença em âmbito coletivo e social. A Medicina Urbana, sobretudo, desenvolveu-se tendo como suporte a urbanização e as inquietudes político-sanitárias que surgiam à medida que crescia o tecido urbano. Em resposta, a Medicina volta-se para a vigilância, o controle e o esquadramento do espaço urbano adotando a higiene pública como medida de intervenção (ROSEN, 2006). Essa medicalização da cidade delineou também a noção de meio e de salubridade que representa o estado das coisas (do meio e de seus elementos constitutivos) que permitem a melhor saúde possível (FOUCAULT, 2004).

O século XVI é marcado por profundas mudanças decorrentes de descobertas científicas que imprimiram uma nova lógica à ciência. Instaure-se, com o Renascimento, um processo histórico de decifração, explicação e transformação da realidade com um caráter de dominação da natureza pelo homem conformando-se à racionalidade moderna (LUZ, 2004).

Luz (2004) explicita que esse novo modo de produção de verdades pressupõe a formulação de enunciados lógicos, de explicação do mundo e do ser humano a partir de certos traços característicos comuns. Entre essas características, citam-se a valorização do mecanicismo, do dualismo cartesiano, a mutabilidade das verdades obtidas por métodos perenes, ou seja, a priorização do método, a quantificação, o empirismo, o determinismo e a objetivação.

O paradigma sanitário moderno, sustentado no modelo biomédico de explicação e intervenção sobre o processo saúde-doença, tem sua fundamentação epistemológica deslocada da arte de curar indivíduos para a disciplina das doenças influenciada fortemente pela racionalidade científica moderna. Luz (2004) é enfática ao afirmar que a medicina, considerada a disciplina das doenças, é pioneira na constituição da racionalidade moderna, seja por meio de suas teorias e conceitos ligados ao mecanicismo, seja por meio de seus profissionais que, mais que práticos da arte de curar, são teóricos da ciência moderna das doenças.

A disciplina das doenças é, portanto, parte integrante e produtiva da racionalidade moderna. Por meio das categorias de doenças, entidade mórbida, corpo doente, organismo, fato patológico, lesão, sintoma, etc., elaboradas no período clássico, a medicina instaura o discurso sobre

objetividades, onde a doença e o corpo são temas de enunciados positivos, científicos (LUZ, 2004, p. 91-92).

O modelo biomédico sustenta-se nos elementos mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, tecnificação e curativismo. Esses elementos coexistem, complementam-se e potencializam-se no interior do modelo, reforçando a separação entre individual e coletivo, preventivo e curativo, biológico e social, público e privado (MENDES, 1996; BARROS, 2002). É esse o modelo que tem marcado as formulações das concepções e, conseqüentemente, das práticas em saúde. Superar esse modelo tradicional e hegemônico, na construção de um paradigma sanitário que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e das coletividades nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas, na determinação da saúde-doença, tem sido um desafio e torna-se uma tensão paradigmática.

Para a superação da visão reducionista do homem e do processo saúde-doença, propõe-se a mudança dos serviços e práticas sanitárias assumindo-se a necessidade de reformas profundas, redefinindo-se o objeto, os meios de trabalho, os sujeitos e as formas de organização dos serviços de saúde na configuração de um sistema que garanta práticas resolutivas, equânimes, integrais e que considerem as subjetividades.

As formulações sobre a promoção da saúde remetem a concepções teórico-conceituais, políticas e ideológicas que podem ser tomadas como novas possibilidades para a reforma do setor saúde. Para analisar os referenciais que sustentam a promoção da saúde, adota-se a contextualização do conceito abrangendo três momentos históricos que caracterizam sua concepção. O primeiro momento é marcado pelos discursos que remetem ao tema do início do século XIX até meados do século XX caracterizando uma concepção higienista de promoção à saúde. O segundo momento carrega uma visão comportamentalista da promoção à saúde desenvolvida, especialmente, na segunda metade do século XX em que prevalece o enfoque sobre os estilos e hábitos de vida com forte ênfase na responsabilização individual. O terceiro momento histórico é instaurado com as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, marcando a “Nova Promoção da Saúde” que traz uma concepção sócio-ambientalista sobre o tema, enquanto

objeto de política pública e que pressupõe um movimento de co-responsabilidade entre Estado e Sociedade civil na efetivação da promoção da saúde.

É importante destacar que a divisão em momentos não reflete linearidade na evolução das concepções que podem se apresentar imbricadas em diferentes contextos e realidades. Aliás, o modo híbrido ou sincrético em que se apresentam os sentidos, concepções e representações nas práticas em saúde (LUZ, 2005) é também uma marca do conceito de promoção da saúde.

1.1 Os primórdios da promoção da saúde

No século XIX, com o advento da Revolução Industrial, as cidades cresciam desordenadamente, as condições de vida se agravavam. O aumento da industrialização requeria ações para proteger a “força de trabalho” e preservar os exércitos. É nesse contexto que surgem os primeiros estudos que relacionam as condições de saúde das classes trabalhadoras às condições sociais vigentes. Esse movimento marca o primeiro momento histórico de discussões sobre a promoção da saúde. O objetivo da ciência médica nessa época era o coletivo de indivíduos de uma sociedade.

Villermé, em 1826, demonstrou a relação entre pobreza e doença ao estudar a mortalidade em diferentes setores de Paris (FERRAZ, 1998, TERRIS, 1996). Virchow, em 1847, ao estudar uma epidemia de tifo na Prússia recomendou que a população vitimada necessitava, entre outras intervenções médicas, de completa e ilimitada democracia, educação, liberdade e prosperidade (MINAYO, 2002a; ANDRADE; BARRETO, 2002). Em 1920, Wislow propunha que, para o alcance de saúde, a comunidade organizada deveria desenvolver uma maquinaria social que assegurasse, em todos os níveis, políticas e programas educativos que melhorassem as condições de vida da população e a saúde pessoal dos indivíduos (BUSS, 2003). O objetivo da ciência médica era o coletivo de indivíduos de uma sociedade e pode-se afirmar que as propostas defendidas nessa época são as precursoras das atuais políticas públicas saudáveis e do movimento de Cidades Saudáveis (ANDRADE, 2006).

No campo da explicação das doenças, a Revolução Bacteriana, com a descoberta dos microorganismos por Pasteur, foi um acontecimento que modificou o pensamento e as práticas sanitárias. Nessa fase, apoiada nas bases do Positivismo vigente, firma-se a Teoria da Unicausalidade, preconizando que as doenças são causadas por agentes etiológicos específicos. Minayo (2002a) afirma que esse momento marcou um retrocesso no pensamento da medicina social com o desaparecimento dos discursos políticos ideológicos e uma ênfase nas práticas de controle das doenças infecciosas e para a utopia da erradicação de todas as enfermidades. A partir daí, desenvolvem-se as noções de promoção da saúde ancoradas na instauração de medidas higienistas, como proposta de intervenção para controle do ambiente e das populações urbanas.

Foucault (2004) explicita que a política de saúde, no século XIX, privilegiou a higiene e o funcionamento da medicina como instâncias de controle social sobre o espaço urbano.

A cidade com suas principais variáveis espaciais aparece como um objeto a medicalizar (...) E constitui-se, igualmente uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais de existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do habitat) (FOUCAULT, 2004, p. 201-2).

Segundo Arouca (2003), a concepção de higiene, no final do século XIX e início do século XX, apresenta íntima ligação com as ideologias liberais e afirma as responsabilidades individuais perante a saúde. Ainda segundo o autor, a Higiene define e demarca os limites da Medicina ao direcionar suas práticas para um conceito de saúde positiva, permeando todas as condutas humanas a partir de normas, recomendações e medidas que fariam com que o indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural (AROUCA, 2003). A normatização e a ordenação da sociedade frente ao modelo capitalista vigente e a consolidação da burguesia são características das práticas sanitárias, conformando-se a Medicina Preventiva. E, nesse campo, também as ações de promoção da saúde configuram-se como um saber aderente à vida

que abstrai “a causalidade estrutural das condições de existência da sociedade e, por um somatório de condutas isoladas, prescritas em nome do bem-estar, pretende afetar tudo aquilo que depende no fundo de condições históricas que criam as desigualdades sociais entre os homens (NOGUEIRA, 2003a, p. 176).

Com essa concepção, prevalece um enfoque de promoção da saúde que se sustenta em um conjunto de medidas de responsabilidade do Estado numa atitude de controle do social. As ações de promoção da saúde, sob esse enfoque, trazem a marca do coletivo ao supor intervenções no ordenamento do espaço urbano.

Com o desenvolvimento do capitalismo, associado ao grande número de doenças ocorrentes e à aquisição de novos conhecimentos, a Teoria Unicausal de explicação das doenças mostra-se insuficiente frente à gama de questões emergentes. Nesse período, reforça-se a saúde pública como a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a saúde física e mental e desenvolve-se, então, a teoria da interação do agente com o hospedeiro, em um ambiente composto por elementos de diversas ordens, sejam físicas, químicas ou biológicas.

É nesse contexto que Sigerist, historiador médico, utiliza, pela primeira vez, em 1946, em documentos escritos, o termo promoção da saúde ao definir as quatro áreas de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação. Para Sigerist, promover saúde seria facilitar um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura, descanso e recreação (FERRAZ, 1998).

A formulação teórica mais reconhecida, desse período histórico de desenvolvimento da concepção de promoção da saúde, é dada por Leavell e Clark, em 1965, ao descreverem a História Natural da Doença. Segundo esses autores, o processo evolutivo de uma doença comportaria o período pré-patogênico e o período patogênico. Em cada um desses períodos, caberiam alguns níveis de prevenção, já que a promoção da saúde representava a prevenção primária, composta por medidas ou ações de saúde como educação sanitária, alimentação, nutrição, moradia e condições de trabalho adequadas, lazer, entre outras (VERDI; CAPONI, 2005). Essas ações ou medidas de promoção da saúde, embora sinalizem para um conjunto de elementos determinantes da saúde, refletem intervenção sobre o corpo individual com pouca capacidade de interferir na formulação de políticas públicas saudáveis com enfoque sobre o coletivo de indivíduos. Ademais, não se visualizam elementos capazes de indicar a criação e a sustentação de novos hábitos cuja adoção requer a compreensão da macroestrutura, das redes sociais e dos aspectos simbólicos e subjetivos no modo de vida cotidiano.

Assim, o modelo de História Natural da Doença carrega uma visão reducionista do homem a sua condição natural e biológica, ao mesmo tempo em que reduz os agentes etiológicos a sua condição biológica e transfere, para o meio, a condição de produtor do processo. Nessa concepção, os fatores são tomados isoladamente como se não houvesse interação entre eles. Também sob essa perspectiva, não se considera a historicidade dos fatos sociais, pressupondo a existência de padrões universais de saúde-doença.

Esta teoria determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença o que leva a modelos explicativos restritivos (...) A saúde é entendida ou representada como ausência de doenças e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivo colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores (MENDES, 1996, p. 236).

Andrade e Barreto (2002) afirmam que o período histórico, do início do século XX até a década de 70, é marcado pelo fortalecimento da clínica e pela sistematização da educação médica com publicação do Relatório Flexner. Configura-se o paradigma biomédico privilegiando as ações individuais, curativas, as especializações, o biologismo.

A concepção de promoção da saúde, nesse momento, incorporou o reducionismo do foco de atenção no âmbito individual e a visão do determinismo da doença, o que, em si, reforça o modelo biomédico.

1.2 Os desafios das doenças crônicas não-transmissíveis: estilos de vida como objeto de ação da promoção da saúde

O segundo momento histórico que marca a moderna definição da concepção de promoção da saúde é inaugurado com a publicação do Informe Lalonde, em 1974, no Canadá. Vivenciavam-se mudanças no perfil epidemiológico das populações, com o aumento no índice das doenças crônicas não-transmissíveis e daquelas que têm causas externas e diminuição das doenças transmissíveis, ao mesmo tempo em que avançavam a urbanização e a modernização dos processos de trabalho. Associavam-se, a esse contexto, os questionamentos quanto à inadequação do modelo de História Natural e o surgimento de novos modelos explicativos sobre o

processo saúde-doença, levando à emergência de novas concepções de saúde mais globalizantes, que articulam saúde com as condições de vida (MENDES, 1996).

Marc Lalonde, então colaborador do ministro de saúde canadense, publicou o documento intitulado “Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses” no qual introduziu a idéia de que um incremento ambiental e no comportamento populacional poderia resultar em significativa redução da morbi-mortalidade (BUSS, 2003). O Relatório Lalonde continha enfoque eminentemente preventista de mudança de estilos de vida e de comportamento em resposta aos problemas prioritários nos países desenvolvidos com o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Apresentava vinte e três propostas de ações voltadas aos fatores específicos como fumo, obesidade, promiscuidade sexual, abuso de substâncias psicoativas, entre outras (BUSS, 2003).

O desenvolvimento dessa concepção de promoção da saúde emerge num contexto de falência do Estado de Bem Estar Social e de constrangimentos políticos com a instauração de governos de ditaduras na América Latina (STOTZ; ARAÚJO, 2004). É marca desse momento histórico de desenvolvimento das concepções de promoção da saúde o caráter fortemente moralizador com propostas que implicavam adaptação cultural de sujeitos e grupos às regras médicas num processo racionalizador civilizatório (LUZ, 2004). Com isso, prevalece a responsabilização individual e conseqüente culpabilização dos indivíduos pelo adoecimento, ignorando as determinações sócio-político-econômicas e o papel do Estado no desenvolvimento de políticas públicas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A ideologia da responsabilização individual remete a expressões como hábitos e estilos de vida saudáveis e diminuição de riscos à saúde o que, implicitamente, considera o indivíduo independente das condições de vida e dos processos sociais e afirma um modelo de comportamento sempre saudável como mecanismo de controle social (CRAWFORD, 1999).

Caponi (2003) discute o conceito de saúde como abertura ao risco, numa perspectiva filosófica, e apresenta argumentos para se repensar o conceito de promoção da saúde. A autora constrói sua discussão a partir da definição de George Canguilhem para quem saúde implica segurança contra os riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar as capacidades iniciais dos indivíduos. Assim,

promover saúde é “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).

No mesmo sentido, Castiel (2003) apresenta o conceito de risco como uma forma presente de descrever o futuro sob o pressuposto de que se pode decidir qual o futuro desejável, criando “hábitos saudáveis” em que cada um de nós deve dirigir a si próprio com intervenções em busca da saúde e evitando-se situações de risco. Da mesma forma, as “escolhas saudáveis” direcionam a uma vertente de consumo da saúde que implicitamente reforçam o pensamento neoliberal, individualista, que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e remetem à busca incessante de atitudes, comportamentos, estilos e hábitos sempre saudáveis.

1.3 De Conferências Internacionais a práticas locais: promoção da saúde e determinantes sociais

O terceiro momento da promoção da saúde, que inaugura a Nova Promoção da Saúde, tem seu início na Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, culminando com a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá, patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (MARCONDES, 2004). A concepção de saúde que orienta a nova formulação resgata a defesa da responsabilização do Estado na produção social da saúde, desenvolvida no primeiro momento histórico, porém ampliada com o compartilhamento de ações que convocam à participação a sociedade civil.

Nesse momento, compreende-se a saúde em seu caráter duplo – biológico e social – o que implica reconhecer a dimensão pessoal, subjetiva da promoção da saúde associada aos aspectos coletivos que se (re)produzem nas condições de vida da população. Com esse enfoque, a saúde é determinada pelo modo como o homem se apropria da natureza, em um dado momento; apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho, com base em determinado desenvolvimento das forças produtivas e das relações sociais de produção (LAURELL, 1983). Promover saúde, então, pressupõe influenciar positivamente os determinantes da saúde.

A Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada na Rússia, em 1978, ganhou forte expressão na Declaração de Alma Ata e colocava a necessidade de ação urgente de todos os governos, dos trabalhadores de saúde e ampliação da participação da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos com o lema Saúde Para Todos no Ano 2000 (BRASIL, 2001). Nessa Conferência, afirma-se que saúde é um direito humano fundamental e que os cuidados primários de saúde são essenciais devendo estar à disposição de todos os indivíduos e famílias. Enfatizavam-se a participação comunitária e a cooperação entre os diferentes setores da sociedade em busca da construção de políticas públicas saudáveis cujo fundamento conceitual é a promoção da saúde (MARCONDES, 2004).

Seguiu-se uma série de conferências internacionais e regionais de Promoção da Saúde, com incentivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a agenda das políticas públicas de saúde passa a incorporar o conceito. Em 1986, realiza-se em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, culminando com a Carta de Ottawa, que se torna marco referencial no avanço desse conceito. Nesse documento, define-se promoção da saúde como

um 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. Neste 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, 2001, p. 19).

Na Carta, acrescentam-se, como pré-requisitos para a saúde, paz, habitação, educação, alimentação, renda, desenvolvimento sustentável, justiça social e equidade, ampliando-se o conceito de saúde que se restringia à ausência de doença. A saúde passa a ser vista como produto social e recurso para a vida reforçando-se a importância do envolvimento do sujeito em ações comunitárias e no controle de seu próprio destino. A Carta de Ottawa propôs campos centrais de ação para a elaboração e a implementação de políticas públicas saudáveis, tais como a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde.

A partir da Conferência de Ottawa, outros eventos internacionais discutiram as formulações teórico-conceituais e políticas da Nova Promoção da Saúde. A II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Austrália, em 1988, teve como resultado a Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis. No documento, são identificadas cinco áreas de ação para a promoção da saúde: formulação de política pública para a saúde, criação de entornos próprios do processo saúde-doença, desenvolvimento de atitudes pessoais, fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde reafirmando-se o compromisso com a saúde e com o meio ambiente físico, social e econômico (BRASIL, 2001).

Em 1991, na Suécia, realiza-se a III Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde quando se elabora a Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde. Reafirma-se a necessidade de medidas para se alcançar uma qualidade de vida mais compatível com o ser humano e convocam-se os responsáveis pela execução das políticas a tomarem decisões em todos os setores pertinentes, com um objetivo básico: melhoria da qualidade de vida e saúde para todos (BRASIL, 2001).

A IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Jacarta, Indonésia, em 1997, reafirma o compromisso de se estabelecer uma estratégia mundial para o enfrentamento de questões relativas à saúde e os princípios de atenção primária, fixados em 1978, na Declaração de Alma Ata. Essa Conferência conclama todos os países a criarem um entorno político, jurídico, educativo, social e econômico adequado à promoção da saúde (BUSS, 2003).

Em 2000, ocorre a V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, na Cidade do México que reconhece o valor da saúde como recurso para a vida com qualidade, apontando-se a necessidade do desenvolvimento socioeconômico e da equidade. Nessa Declaração, recoloca-se a necessidade de a promoção da saúde ser assumida como prioridade das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (WESTPHAL, 2006).

Dezenove anos depois da Conferência de Ottawa, em 2005, aconteceu a VI Conferência Global de Promoção da Saúde em Bancoc na Tailândia em que se discutiram amplamente a globalização e sua influência nas questões da saúde,

tendo como tema “Políticas e parcerias para a saúde: procurando interferir nos determinantes sociais da saúde” (WESTPHAL, 2006).

O caráter internacionalista da promoção da saúde encontra críticas quando se analisa que a saúde deixa de ser um estado e passa a constituir um projeto, projeto que deverá ser definido em cada nação ou cada grupo social, de acordo com sua possibilidade econômica, técnica, política, histórica e cultural (STOTZ; ARAÚJO, 2004). Os campos centrais de ação da promoção da saúde definidos nas Conferências Internacionais permitem direcionar, em cada nação, as discussões sobre as políticas a serem implementadas.

É preciso que se analise também o discurso da Nova Promoção da Saúde no contexto das sociedades capitalistas neoliberais. Especialmente no que se refere aos campos centrais de ação para a promoção da saúde de desenvolvimento das habilidades pessoais e do reforço da ação comunitária, há questionamentos quanto à concepção de autonomia e responsabilização que efetivamente são propostas e construídas. Czeresnia (2003) indaga se a promoção da saúde não carrega uma representação científica e cultural de uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo a lógica de mercado e diminuindo a responsabilidade do Estado.

É por essas questões que a promoção da saúde é uma formulação político-ideológica que reflete o conjunto de forças da sociedade em determinado período histórico. Compreender essa conjugação de forças na configuração das práticas de promoção da saúde reveste-se de grande complexidade visto que envolve elementos que ultrapassam os limites do setor saúde, abraçando conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade, equidade, potencialização dos sujeitos e das instituições envolvidas e qualidade de vida (ANDRADE, 2006). Com essa concepção, a promoção da saúde requer uma articulação entre os elementos determinantes da saúde e seu reflexo na sociedade com ações articuladas e responsabilidades partilhadas entre os governos e os mais diferentes setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, além da indispensável participação comunitária.

É com essa perspectiva que a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe o estímulo à criação de experiências locais de promoção da saúde como estratégia para promover qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde. É importante destacar que se torna cada vez mais evidente que as estratégias de

promoção da saúde devem considerar o enfoque social, comunitário e político como determinantes das respostas efetivas em saúde (SAPAG; KAWACHI, 2007; METZLER et al, 2007). A pobreza e as iniquidades sociais são identificadas como determinantes-chave da saúde e, portanto, para promover saúde, é preciso construir políticas públicas intersetoriais voltadas para melhoria da qualidade de vida, equidade na produção e consumo de ações e serviços de saúde, inclusão social e afirmação da cidadania. É fundamental reconhecer que as condições de saúde estão determinadas pelas desigualdades, na expressão de seus indicadores de morbi-mortalidade, no acesso e na distribuição dos serviços, na formulação das políticas e na construção das práticas de promoção da saúde (SENA; SILVA, 2007).

Num contexto marcado por iniquidades, como é o caso do Brasil e da América Latina, promover saúde implica superar o enfoque estritamente individual das iniciativas até então implantadas e assumir como imperativos éticos a superação da pobreza e a construção da equidade como estratégias para promoção da saúde (PAHO, 2006; SAPAG; KAWACHI, 2007). Importantes dispositivos nessa construção são a Comissão Global sobre Determinantes Sociais da Saúde, criada em 2005 e as Comissões Nacionais sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), criada no Brasil em 2006. A CNDSS visa identificar, com maior precisão, as causas de natureza social, econômica e cultural da situação de saúde da população e identificar políticas públicas de saúde e extra-setoriais, assim como iniciativas da sociedade que ajudem a enfrentá-las, buscando garantir maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros (BRASIL, 2006b). Assim, discute-se a promoção da saúde a partir de mudanças no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais (emprego, segurança, educação, ambiente, seguridade social, etc.), agregando valores e mobilizando vontades e ações políticas que permitam a redistribuição do poder na saúde e em outros setores para viabilizar as mudanças necessárias (BRASIL, 2006b).

Entende-se que as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática em um movimento que representa, em si, o exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

2 PODER, AUTONOMIA E RESPONSABILIZAÇÃO: ANTINOMIAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conjunto conceitual da promoção da saúde, descrito na parte anterior, especialmente aquele em que há ênfase à ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde, introduz algumas categorias norteadoras da atuação no campo das quais se destacam o “empoderamento” e as formas de poder que se expressam nas relações sociais, a autonomia e a responsabilização dos sujeitos para com as práticas de promoção da saúde. Essas categorias são tomadas como condições *sine qua non* para a promoção da saúde, pois representam a capacidade dos indivíduos em fazerem escolhas e criarem normas para suas vidas, formas de lidar com as dificuldades, limites e sofrimentos, que sejam mais criativas, solidárias e produtoras de movimentos (CAMPOS, 2004).

A discussão sobre as técnicas de poder e seu campo de ação na saúde está ancorada, neste estudo, no referencial de Michel Foucault a partir do qual defendo a premissa de que as práticas contemporâneas de promoção da saúde são expressão ora do poder disciplinar ora do biopoder que implicam no estabelecimento de regras na normalização da vida e dos comportamentos considerados saudáveis.

Com essa representação, a autonomia dos sujeitos na promoção dos modos de vida saudável torna-se uma busca incessante, uma vez que ser saudável está ao alcance das pessoas produzindo uma sociedade em que o culto ao corpo e o consumo em e para a saúde se justificam. Nessa compreensão, o ideário autonomista tende para um campo moralizador, individualista e que supõe a independência da saúde em relação ao contexto social. Uma vez que não é possível ao sujeito ser completamente independente de seu contexto de vida, a autonomia será sempre regulada e constituída na relação de dependência dos indivíduos entre si e com as instituições sociais. Assim, reconhecer e aceitar as inúmeras redes de dependência que atravessam o cotidiano é essencial para a compreensão das práticas de promoção da saúde. Neste sentido, a responsabilização é uma categoria mediadora na relação autonomia-dependência e supõe que o sujeito responsabilizado pela promoção da saúde é aquele que, ante as diferentes possibilidades de escolha, opta por alternativas sustentáveis na criação de novos hábitos de vida.

Embora se reconheça a importância que cada uma das categorias – poder, autonomia e responsabilização - assume no referencial da promoção da saúde, há representações científicas divergentes e, muitas vezes, ambivalentes nesse campo, com implicações na direcionalidade das práticas de promoção da saúde. A análise das práticas cotidianas pressupõe entender como se dá, em seu interior, o atravessamento das relações de poder, a expressão da autonomia/liberdade das pessoas e os mecanismos de responsabilização que são mobilizados/mobilizadores da criação de novos hábitos de vida.

2.1 O poder disciplinar e o biopoder na promoção da saúde

Na análise das práticas de promoção da saúde, sustento o pressuposto de que o propósito da vigilância e a noção de risco que prescrevem as condutas, os hábitos e os estilos de vida considerados “saudáveis” nas estratégias e ações de promoção da saúde se expressam ora como um poder disciplinar, reforçando uma sociedade disciplinar, ora como um biopoder afirmando uma sociedade normalizada e regulada.

A sociedade disciplinar constitui-se de poderes transversais que se dissimulam entre as instituições e as estratégias de disciplina. Nessa sociedade há um conjunto de dispositivos de saber e poder, baseados na vigilância permanente, na normalização de certos comportamentos e na exposição a exames. Como forma de produzir verdades sobre elas mesmas, as práticas, nas sociedades disciplinares ultrapassam a fronteira entre público e privado e há um processo de instauração da lógica do confinamento em toda sociedade sem que seja necessária a existência de “muros” (FOUCAULT, 1996, 2004).

O poder disciplinar materializa-se nos corpos dos sujeitos individualizados por técnicas disciplinares, aumentando a “utilidade” dos indivíduos, fazendo crescer suas habilidades e aptidões e, conseqüentemente, seus rendimentos e lucros. No poder disciplinar, não há um centro único de poder nem mesmo uma figura única que o exerce: o poder encontra-se nas periferias, distribuído e multiplicado em toda parte ao mesmo tempo, materializado nos corpos dos indivíduos a ele sujeitados (FOUCAULT, 2004).

Segundo Foucault (2005), o poder disciplinar utiliza a vigilância como um mecanismo de disciplina. Uma estratégia para se garantir a disciplina é o Panóptico de Bentham, uma arquitetura de vigilância que permite a um único olhar percorrer o maior número de rostos, de corpos e de atitudes possíveis, estende-se ao nível mais simples e cotidiano do funcionamento das instituições e das relações que enquadram a vida e os corpos dos indivíduos (FOUCAULT, 1996).

Para que o dispositivo disciplinar se exerça plenamente em todos os seus efeitos, basta que as pessoas a ele submetidas saibam que são vigiadas ou, mais do que isso, que são potencialmente vigiadas. A potencialidade da vigilância, sua possibilidade apenas, é suficiente para que o poder disciplinar se exerça. Ao se saberem sujeitos a um único olhar, imediato, coletivo e anônimo que a tudo pode ver permanentemente, os indivíduos disciplinam-se a si mesmos, e o fazem constantemente em simetria à permanência desse olhar onipresente (FOUCAULT, 2004).

Com o poder disciplinar, surge o poder da norma que, mais do que a codificação de comportamentos, leva à 'padronização' de condutas por meio das disciplinas que trazem um discurso de verdade, de regra, não mais da regra jurídica que sustentava o poder soberano, mas de regra natural. As disciplinas, com seus discursos próprios, criam aparelhos de saber e campos múltiplos de conhecimento, para Foucault mecanismos finos de poder, por meio dos quais se exerce o poder disciplinar (FOUCAULT, 2005).

A partir da segunda metade do século XVIII, surge a tecnologia de poder que não intervém no indivíduo, em seu corpo, como faz o poder disciplinar, mas que, ao contrário, intervém nos fenômenos coletivos que podem atingir toda uma população. Essa nova tecnologia dirige-se à multiplicidade dos homens sendo, pois, massificante e tendo como alvo o nascer, o viver e o morrer. Esse biopoder cria mecanismos reguladores que lhe permitem realizar tarefas como aumentar a natalidade, reduzir a mortalidade, "encompridar" a vida. Regulamenta-se para assegurar e garantir a vida, para prevenir e evitar a morte. A cidade e a população passam a ser alvos do regime desse biopoder por se constituírem problemas políticos, problemas da esfera do poder, essencialmente problemas coletivos, de massa, cuja ocorrência se dá sempre em série e nunca de forma isolada ou individualizada (FOUCAULT, 2005).

A biopolítica implanta-se de certo modo no poder disciplinar, embute e integra em si a disciplina, transformando-a a seu modo. Ambas as tecnologias de poder passam a coexistir no mesmo tempo e no mesmo espaço, tendo como elemento comum, entre a disciplina e a regulamentação, a norma “que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 2005, p. 302). A coexistência dessas tecnologias dá origem à sociedade de normalização, uma sociedade na qual se cruzam ortogonalmente a norma da disciplina e a norma da regulamentação e na qual coexistem indivíduo e população, corpo e vida, individualização e massificação, disciplina e regulamentação, como demonstrado na Figura 1.

PODER DISCIPLINAR	BIOPOLÍTICA
Indivíduo-corpo	População
Corpo	Vida
Individualização	Massificação
Disciplina	Regulamentação
Vigilância	Regulação
Maximização da força	Otimização da vida
Treinamento individual	Equilíbrio global
Norma	Norma
Sociedade disciplinar	Sociedade de normalização

Figura 1: Elementos do biopoder (poder disciplinar e biopolítica), segundo Foucault

Fonte: Pogrebinschi (2004).

Foucault exemplifica a sociedade de normalização pela análise da cidade operária do século XIX. Segundo o autor, na cidade operária, articulam-se mecanismos disciplinares de controle sobre o corpo, pela localização das famílias e dos indivíduos que, ao recortá-los em bairros, áreas, casas e cômodos, coloca-os em visibilidade e normaliza os comportamentos. Ao mesmo tempo,

tem toda uma série de mecanismos que são regulamentadores, que incidem sobre a população enquanto tal e que permitem, que induzem comportamentos de poupança, (...) regras de higiene que garantem a longevidade ótima da população, pressões que a própria organização da cidade exerce (FOUCAULT, 2005, p. 300).

É importante destacar que, por meio do poder disciplinar, são instituídos treinamentos e adaptações individuais às normas disciplinares. Com o biopoder visa-se um equilíbrio global, tal como uma homeostase, em que se pretende controlar os perigos internos das massas para garantir a segurança do conjunto (FOUCAULT, 2005). Assim, a saúde e a vida são alvos de lutas biopolíticas.

O termo biopolítica foi utilizado por Foucault para designar uma das modalidades do exercício do poder sobre a vida, centrado prioritariamente sobre os mecanismos do ser vivo e os processos biológicos. A biopolítica tem por objeto a população, isto é, uma massa global afetada por processos de conjunto (PELBART, 2003).

Biopolítica é entendida como um pólo do biopoder que emprega controle e intervenções reguladores para manejar a população e controlar o corpo social (FOUCAULT, 1985). Nesse sentido, as políticas sociais (no caso de promoção da saúde) são técnicas “invisíveis” de poder cuja ordem dos discursos ultrapassa as estratégias repressivas e ganha capilaridade no corpo social, fazendo circular o poder (GASTALDO, 1997).

A depender do modo como se estruturam, as ações de promoção podem se tornar estratégias de vigilância que muitas vezes limitam ou restringem as liberdades e decisões individuais, com a motivação do bem-estar coletivo ou da inevitabilidade de conseqüências danosas à saúde e à sociedade (VERDI; CAPONI, 2005), num discurso de medicalização da vida. Ao mesmo tempo em que a promoção da saúde, enquanto prática individual, coloca os sujeitos sob vigilância constante, como prática coletiva, regulamenta condutas “saudáveis” e normatiza ações que não representam risco para o coletivo. Assim, em nome das normas sociais e necessidades coletivas, a promoção da saúde sustenta-se na restrição das liberdades individuais e subsunção das escolhas dos modos de caminhar pela vida em nome da regulação social.

Com essa compreensão, limita-se o papel das estratégias e ações no campo da promoção da saúde que, ao se sustentarem em práticas voltadas à modificação de hábitos e estilos de vida, não contribuem para que sujeitos exerçam escolhas e

construam seus projetos e modos de vida, incluindo suas demandas, necessidades e expectativas de saúde.

Entretanto, o processo de promoção do saber e de criação de normas biopolíticas não acontece sem resistência. Há uma rede de micropoderes, com suas formas de controle e resistência que se contrapõe ao discurso da política macro. Nos espaços micropolíticos cotidianos, a promoção da saúde como uma possibilidade dos sujeitos e de suas escolhas e, portanto, como um projeto de vida, sustenta-se em estratégias de resistência individuais e coletivas para que as pessoas assumam o controle de sua saúde e a capacidade de cuidar de si. Assim, na superação do enfoque medicalizante das práticas disciplinares de promoção da saúde, entende-se a autonomia como categoria estratégica na determinação das mudanças nas organizações sociais e na configuração de novas práticas que superem os modelos de racionalidade até então hegemônicos no campo da saúde.

2.2 Autonomia e dependência na promoção da saúde

A ação autônoma em saúde, defendida pelos profissionais, pelo Estado e pelas agências internacionais, admite diferentes sentidos, desde os mais libertários que considerem a complexidade, a riqueza e a potencialidade dos seres humanos (SOARES; CAMARGO JR, 2007) a sentidos que reproduzem racionalidades na desprofissionalização e desinstitucionalização do cuidado, com apelo à ajuda mútua e à solidariedade da população para que esta possa resolver seus problemas de saúde (NOGUEIRA, 2003b).

Desde Kant, o conceito de autonomia, que tem suas raízes históricas na cultura política grega, é aplicado ao indivíduo e muitas vezes confunde-se com o conceito de liberdade, consistindo na qualidade de um indivíduo de tomar suas próprias decisões, com base em sua razão individual (SCRAMM, 1998). No sentido kantiano, autonomia reveste-se de uma responsabilidade moral de uma elite sobre aqueles acusados de não seguir a norma ou a razão (MARTINS, 2004).

Do ponto de vista semântico, autonomia é uma palavra grega que comporta ao mesmo tempo *autos* que significa “o mesmo, ele mesmo e por si mesmo” e *nomos*, que significa “uso, lei, convenção, instituição”. Assim, pode ser interpretada como a

capacidade apresentada pelos homens de se auto-determinarem frente uma legislação moral estabelecida pela vontade humana. Segundo Schramm (1998, p. 4), o sentido geral da palavra autonomia indica a capacidade dos homens de se darem suas próprias leis e compartilhá-las com seus semelhantes ou "a condição de uma pessoa ou de uma coletividade, capaz de determinar por ela mesma a lei à qual se submeter".

Nessa definição, pode-se constatar uma ambigüidade semântica entre a referência à esfera individual e à esfera coletiva ou, ainda, entre um conteúdo ideal - que indica a capacidade de autodeterminação e de um agente moral ser o verdadeiro autor de suas ações - por um lado, e um conteúdo de realidade, por outro, consistente no fato de o ser humano estar vinculado a seus semelhantes por meio de instituições tais como leis, normas, convenções e usos, legitimadas coletivamente (SCHRAMMM 1998, p. 4). Assim, autonomia e heteronomia fazem parte de um conjunto complexo cujos elementos são, em princípio, distinguíveis e inseparáveis.

Telles (1999) admite que a noção de espaço público se qualifica como espaço de deliberação conjunta, por meio da qual os homens se tornam interessados e responsáveis pelas questões que dizem respeito a um destino comum, ou seja, o espaço público se revela e se determina como uma comunidade politicamente organizada. Nessa comunidade, é preciso estabelecer "regras de convivência", "leis" que expressam as referências a partir das quais cada um pode reconhecer o outro como seu semelhante. Nesse sentido,

ao invés da ação, a sociedade espera de cada um dos seus membros comportamentos, impondo inúmeras e variadas regras, todas elas tendentes a 'normatizar' os seus membros, a fazê-los 'comportarem-se', a abolir a ação espontânea ou a reação inusitada (ARENDDT, 2005, p. 50)

Nogueira (2003b) explicita que praticamente todas as versões de autonomia do sujeito produzidas repetidamente pelos filósofos desde Kant têm em comum aquilo que se pode chamar de uma opção pela subjetividade o que, em muitos casos, quer dizer liberdade para criar seu próprio futuro com base nas escolhas concretas de cada indivíduo, dispensando, portanto, a referência de um conteúdo moral predeterminado. Remete a uma pretensão ética que se tornou um princípio ideológico fundamental da modernidade capitalista, assumindo, então, o caráter de

condição natural: o princípio de independência original, natural, dos indivíduos (FLEURY-TEIXEIRA, et al, 2008; NOGUEIRA, 2003b).

Ante essa concepção cabe problematizar o sentido expresso de autonomia como contrário de dependência, ou como liberdade absoluta, condição impossível de ser alcançada numa sociedade marcada pelo controle social e pela vigilância exercidos pela indústria cultural que produzem uma certa forma de ser, de viver, de pensar, de sentir. Nessa sociedade, entendo autonomia no sentido expresso por Onocko e Campos (2006), como a capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências, considerando-a como componente de um viver em sociedade no qual há constantemente criação e reinvenção das formas de socialidade e dos estilos de existência. Assim, autonomia e dependência conformam uma oposição recíproca no campo das relações sociais e de saúde. Enquanto a primeira, situada no campo da moral, invoca ações livres e independentes da população em relação à saúde e as formas de obtê-la, a segunda, situada no campo político, pressupõe uma relação de dependência da promoção da saúde para com as formas de organização da sociedade.

Vive-se num mundo onde se divulga a autonomia, mas, no entanto, bloqueia-se sua concretização. Os valores contemporâneos têm levado ao cerceamento do direito à cidadania, ou seja, o direito de viver a própria vida, resguardando-se a individualidade de cada um. O mercado parece ser a afirmação viva da liberdade individual e sua teoria e defesa na economia liberal são expressões imediatas dessa realidade (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008). Assim, a autonomia identifica-se com as relações sociais e todo o ordenamento social estabelecido sobre a livre competição entre indivíduos naturalmente independentes.

O saber médico desenvolveu-se orientado por uma versão positiva de saúde com um cunho acentuadamente higienista e vitalista em que a saúde é vista como expansão da vitalidade por meio de hábitos sadios, exercícios, regimes alimentares, sentimentos positivos (LUZ, 2005). A saúde, nesse contexto, torna-se o que Luz (2000, 2005) denomina de mandamento, paradigma universal com efeito normalizador, e adquire características de uma utopia. Nesse sentido, o esporte, a dança, a alimentação, a caminhada, o trabalho podem ser vistos como práticas de saúde ou de riscos à saúde dependendo da intenção, da intensidade, da frequência e da quantidade com que ocorrem.

A medida do agir, do comportar-se ou do controlar-se, está nos sujeitos pois são eles os responsáveis por não 'danificar' sua saúde com excessos. A questão da 'falta', de outro lado, é sempre vista na perspectiva do excesso de alguma qualidade vital negativa: falta de exercícios por exemplo é sempre vista em função da vida sedentária, em que 'sobra descanso' ou 'inatividade física' e assim por diante. O equilíbrio, no caso, é fruto não de balanceamento entre forças ou pesos opostos, mas de contenção e a contenção supõe o autocontrole, que remete por sua vez ao comedimento dos sujeitos (LUZ, 2005, p. 103).

Nogueira (2003a) adverte que a promoção, similarmente à disciplina clássica da higiene do final do século XIX, constitui um projeto de medicalização da totalidade da existência humana e não só da doença. Um projeto de medicalização que tem a capacidade de moldar a seus propósitos a cultura contemporânea afetando o modo como as pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde.

Entende-se essa "sanitização" da vida como uma nova forma de medicalização social, na qual promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e riscos à saúde tornam-se finalidades das instituições médicas e não-médicas que, para contrapor a doença como categoria estratégica, assume a saúde como mandamento e como necessidade social (LUZ, 2000, 2005). Esse pensamento sustenta a afirmação de que as construções no campo da promoção da saúde carregam um discurso sobre saúde e cuidado que impõem uma ordenação à vida: "tem que fazer exercícios físicos", "não pode fumar", "sexo só com camisinha", que perpassam as relações na sociedade e atuam como mecanismos de "controle social dos corpos" constituindo o poder das práticas sanitárias na determinação dos modos de vida.

Nessa sociedade, a preocupação com a qualidade de vida e a concentração de relevância na busca incessante pela saúde contribui para que as ações de promoção da saúde sejam reduzidas a um conjunto normativo de "novos consumos em saúde" consolidando o que Nogueira (2001) denomina de Higiomania. Para o autor, a adoração da saúde, que é também uma mania coletiva de saúde, é autonomista, no sentido de que ter saúde está ao alcance de todos, desde que sigam a norma correta de estilo de vida, adotem certos hábitos e evitem os riscos sobre os quais são advertidos.

Entretanto, quando se toma como objeto de análise a promoção da saúde, com seu conjunto de ações de caráter objetivo e subjetivo, há que se considerar a concepção de autonomia que efetivamente é proposta e construída. No contexto das sociedades capitalistas neoliberais, essa concepção pode carregar uma

representação científica e cultural de uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo a lógica de mercado, e do consumo de ações e serviços de sanitização da vida, ao mesmo tempo em que diminui a responsabilidade do Estado perante a saúde das populações (CZERESNIA, 2003).

Assim, promoção da saúde como um campo das práticas sanitárias exige repensar o significado da autonomia das pessoas em seus modos de vida. Questiona-se a responsabilização dos sujeitos em/por seus processos saúde-doença, mas sem culpabilizá-los e sem negar o papel do Estado na elaboração de políticas e na criação de oportunidades para as escolhas em saúde.

2.3 Responsabilização e criação de novos hábitos em saúde

O significado da promoção da saúde, no contexto atual, afirma princípios de cidadania e traz à cena discussões sobre as ações locais em saúde, o desenvolvimento sustentável, a afirmação da diversidade e do multiculturalismo, estímulo à cultura de paz.

As lutas sociais demarcadas pela equidade trazem também novas marcas às políticas sociais de regulação social tardia. Não bastam respostas articuladas pelos setores sociais tradicionais: educação, saúde, assistência social, habitação etc. Elas precisam estar associadas a perspectivas intersetoriais e a atenção a grupos/segmentos sociais específicos. As políticas se tornam complexas pela multiplicidade que devem conter. Ao mesmo tempo em que a dimensão setorial fica insuficiente é ampliado o escopo difuso que também se particulariza em territórios. Todavia, são poucas as análises sobre a territorialização das políticas sociais. (SPOSATI, 2002, p. 12).

Cidadania é algo a ser construído, mas é também um espaço de conquistas de direitos, participação, emancipação, autonomia, enfim, é o espaço onde os homens têm a possibilidade de fazer escolhas. Especialmente no que se refere às ações locais, Akerman (2005) salienta que a perspectiva do modelo atual de promoção da saúde compreende a dimensão da saúde como construção que se dá no espaço cotidiano da vida humana, buscando entender o ambiente como um território vivo, dinâmico e reflexo de processos econômicos, históricos e culturais. Para o autor, o local é um campo de ação privilegiado para melhorar a qualidade de vida, minimizar riscos e promover espaços saudáveis.

Nessa discussão, o sujeito assume posição central nas proposições da promoção da saúde, pois se reconhece a liberdade na dinâmica de produção e de realização dos indivíduos e das coletividades. Entretanto, a promoção da saúde como um processo de capacitação das pessoas para construir e decidir sobre oportunidades e práticas de saúde com qualidade de vida encontra como desafios a constituição de novos fazeres e saberes que permitam compreender e intervir junto aos sujeitos coletivos sem secundarizar a dimensão subjetiva da saúde. Nesse sentido, aceitam-se dois enfoques na potencialização das pessoas para a promoção da saúde: um enfoque objetivo, voltado para a melhoria das condições de vida com participação na formulação de políticas públicas, integração social, capacidade de participar da vida social que implicitamente remete à ampliação de poder e mobilização para o reconhecimento da saúde como direito social (WESTPHAL, 2006); e um enfoque subjetivo que contempla os sentidos e significados da saúde e dos modos de viver no qual promover saúde com qualidade de vida em suas múltiplas dimensões envolve tanto ações do Estado quanto a singularidade e a autonomia dos sujeitos (CAPONI, 2003).

A evolução das estratégias no campo incorpora-se como objeto de políticas públicas que orientam e redefinem a relação entre promoção da saúde e a garantia dos direitos econômicos, sociais e culturais e indicam novos caminhos na ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde como oportunidade para superar a medicalização da vida e da sociedade. Defende-se, assim, a responsabilização como categoria que supõe a possibilidade de escolhas dos indivíduos em contextos democráticos e de defesa da cidadania, na qual os sujeitos sociais se organizam. Isso implica reconhecer a saúde como direito social o que necessariamente converge para a liberdade individual ante escolhas distintas e alternativas e, no plano coletivo, remete à garantia de ofertas de cuidados em saúde a todos que deles necessitam, o que corresponde ao ideal de igualdade e que, por sua vez, remete a um Estado democrático de direito. (NOGUEIRA E PIRES, 2004).

A sinergia da produção autônoma e heterônoma é refletida no equilíbrio de liberdades e direitos. As liberdades protegem os valores de uso assim como os direitos protegem o acesso a mercadorias (ILLICH, 1978). Assim, defende-se o princípio regulador de duas ações de política pública: da distribuição social de bens

e serviços com base nos direitos e da produção autônoma de valores de uso, com base na liberdade (NOGUEIRA, 2003b).

A partir dessa análise, entende-se a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e ações no sentido de ampliar a capacidade das pessoas em decidirem sobre sua vida/saúde/doença, portanto, no campo das liberdades individuais para escolhas saudáveis e oportunas. Ao mesmo tempo, ao deslocarmos para o plano individual e privado das escolhas, não estamos negando a dimensão coletiva e a necessidade de discutir as “regras” que submetem as liberdades individuais aos interesses coletivos. É nesse sentido que a noção de direito à saúde e à promoção da saúde, emerge como forma de sociabilidade política que articula práticas individuais e coletivas num espaço comum de pertencimento (TELLES, 1999).

Arendt (2005) estabelece que o termo público denota dois fenômenos intimamente correlatos: significa, em primeiro lugar, que tudo o que vem a ser público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível; em segundo lugar, significa o próprio mundo na medida em que é comum a todos e, ao mesmo tempo, evita que colidamos uns com os outros. Aciole (2006) afirma que o termo público parecer semear polissemias e se vincula ao bem comum, ao interesse coletivo, à opinião pública, à noção de pertencimento geral, universal ao passo que privado praticamente significa interesse particular, individual.

As políticas de saúde materializam a representação de interesses da sociedade civil e, por traduzirem essa dimensão, situam-se no âmbito da esfera pública. Entendo sociedade civil no sentido gramsciano de um complexo de relações ideológico-culturais; a esfera das relações entre indivíduos, grupos e classes sociais que se caracteriza por elaborar e difundir as ideologias e valores simbólicos (SEMERARO, 2001). Assim, ao defendermos que as políticas de saúde situam-se no âmbito da esfera pública e traduzem valores e ideologias da sociedade civil, estamos afirmando que essas políticas publicizam as carências e necessidades hegemônicas em saúde.

A tensão entre público e privado estende-se a outro ponto de embate: a relação Estado – sociedade civil na definição da saúde e das estratégias para promovê-la. Se considerarmos a concepção de Estado como estrutura que promove o respeito às leis, podemos inferir que é função do Estado instaurar medidas para intervir sobre a saúde individual e coletiva. Entretanto, não podemos desconsiderar que o

exercício da liberdade de direito à saúde remete a um Estado democrático no qual a sociedade civil é um movimento e revela as múltiplas concepções de saúde e de doença.

Assim, assumir o Estado democrático de direito é respeitar as liberdades individuais e as escolhas dos modos de caminhar pela vida sem, contudo, negar o seu papel de regulador da vida em sociedade. A co-responsabilização pelas ações de promoção da saúde emerge nesse contexto. Cabe, ao Estado propor medidas, regular ações, fomentar estratégias; cabe aos sujeitos, participar na formulação, interpretar os conteúdos e criar novos modos sustentáveis de saúde no cotidiano.

Stotz e Araújo (2004) problematizam estratégias de promoção da saúde, defendidas no cenário internacional, como uma forma de dominação consensual, ou seja, um instrumento para garantir a hegemonia de certos organismos internacionais face à soberania limitada dos estados nacionais da periferia do mundo capitalista, uma vez que a participação dos “excluídos” não modifica as condições estruturais geradoras de pobreza e iniquidades. O empoderamento, categoria central na politização da promoção da saúde, apresenta-se muitas vezes como uma forma de tutela sobre a maioria da população e expressa o interesse pela reconstrução do consenso perdido com a crise do Estado de Bem Estar Social (Welfare State).

A definição de Welfare State é compreendida como uma proposta institucional de um Estado que pudesse implementar e financiar programas e planos de ação destinados a promover os interesses sociais coletivos dos membros de uma determinada sociedade (GOMES, 2006). Refere-se, portanto, às funções modernas do Estado capitalista, imbricado à sociedade, de

produzir, instituir e distribuir bens e serviços sociais categorizados como direitos de cidadania. Trata-se, portanto, de política associada a um padrão de organização social e política que, desde os fins do século XIX e, mais precisamente, depois da Segunda Guerra Mundial, foi distanciando-se dos parâmetros do *laissez faire* e do legado das velhas leis contra a pobreza para transformar-se num esquema de proteção social que incumbe ao Estado decisiva responsabilidade pelo bem-estar dos cidadãos (LOPES, 2004, p. 58).

Stotz e Araújo (2004) argumentam que a ênfase dada ao sujeito e à mobilização social, defendidos como pressupostos das ações de promoção da saúde, pode, a depender do modo como são construídas as ações de saúde, implicar no detrimento da intervenção do Estado mediante políticas públicas no contexto mundial de crise e contenção dos Estados de Bem-Estar Social. Embora não se possa afirmar que na

história brasileira tenha se constituído um sistema de seguridade social que defina o Brasil como Welfare State (GOMES, 2006; SPOSATI, 2002), há políticas de bem-estar social que merecem ser lembradas. No âmbito da saúde, a Constituição de 1988 e a construção do Sistema Único de Saúde são exemplos de estratégias que buscam a garantia da saúde como direito social e superam as discussões sobre saúde associada a ações centradas na modificação dos hábitos e estilos de vida, marcadas por políticas neoliberais e pelo papel do Estado Mínimo.

Há que se considerar também esse enfoque no estabelecido pela Política Nacional de Promoção da Saúde ao propor a ampliação da autonomia e **co-responsabilidade** dos sujeitos e coletividades, inclusive do poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar as desigualdades sociais; valorizar e otimizar os espaços públicos de convivência para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e contribuir na elaboração e implementação de políticas públicas integradas e intersetoriais que visem a melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais (BRASIL, 2006a). Visualiza-se, quanto a essas proposições, que

não se trata, portanto, da utilização de recursos para a manipulação das coletividades como massa de manobra, tanto por parte dos governos quanto de entidades não-governamentais, instituições que se colocam como defensoras de seus direitos. Tais práticas, utilizadas, na verdade, para defender interesses particulares desses setores, costumam inocular no seio das comunidades idéias, necessidades, reivindicações, visões da “realidade” que, ao invés de proporcionarem sua conscientização, as atiram em movimentos marcados pela violência e pelo desrespeito aos bens essenciais da vida que eles próprios dizem defender, ou as conduzem para o conformismo e a passividade. (SOUZA; FREITAS, 2007, p. 130)

No contra-movimento do conformismo e da passividade - poder-se-ia dizer na resistência foucaultiana – é possível a (re)criação de novos hábitos que têm em sua gênese a significação que se atribui às atividades cotidianas. Como o significado é externo, organizado social e historicamente, a criação de hábitos é a apropriação que os homens fazem das atividades cotidianas, atribuindo-lhes sentido (HELLER, 1977; 2004).

Importa destacar que, embora para Heller, haja sempre uma dimensão subjetiva nas escolhas, um indivíduo sempre se defronta com as prescrições histórico-sociais válidas para o conjunto da sociedade. Assim, as escolhas são mediadas por sistemas de valores e estes, por sua vez, são determinados por condições histórico-

sociais. Não se pode dissociar o cotidiano da história da sociedade, pois os fatos históricos nascem no cotidiano, remetem à idéia de repetição, contudo, esse espaço não é só de reprodução, mas de produção de sentidos.

Com essa compreensão, a criação de novos hábitos que têm sentido para a promoção da saúde, extrapola a repetição de atividades e ações e reafirma a responsabilização como categoria. Isso porque, mesmo quando optamos por não fazer algo em alguma circunstância, estamos fazendo uma escolha, pela qual somos responsáveis.

CAPÍTULO 3 -
DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS

1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O vínculo entre signo e significado, conhecimento e fenômeno, sempre depende do arcabouço de interpretação empregado pelo pesquisador, que lhe serve de visão de mundo e referencial (MINAYO, 2007).

A complexidade que a compreensão dos sentidos e significados das práticas de promoção da saúde traz para o desenho dessa investigação orientou a adoção da abordagem qualitativa como caminho metodológico coerente com o objeto do estudo. Fundamentada nas orientações de Minayo (2007), a aproximação com a realidade empírica permitiu compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes que permeiam as práticas cotidianas de promoção da saúde.

Assumi a abordagem qualitativa na captação da realidade, mesmo sabendo que essa opção exigiria a superação dos desafios que se impõem para garantir as marcas de qualidade da investigação. O fato de lidar com fenômenos que se revelam de forma flexível, subjetiva, intensa, ideológica e provisória, coloca-a num campo de “aproximações”, no qual a incompletude de interpretação dos fatos sociais é uma dimensão a ser considerada. Assim, como analisado por Demo (2000), a apreensão da realidade, sob a abordagem qualitativa, só se dá por aproximações.

Ao assumir esse referencial e aceitar suas características, deparei-me com os desafios da ilusão do saber imediato, completo e que supera a linha tênue que demarca a fronteira entre ciência e senso comum, discutida por Santos (2003). Considero que esses desafios se devem, em parte, à “segurança” que a ciência clássica transmite para a construção do conhecimento ao postular os pilares de certeza - o princípio da ordem, o princípio da redução, o princípio da separação e o caráter absoluto da lógica dedutiva – próprios do paradigma positivista. Essa concepção que impregna o pensamento científico moderno, embora contraditória com os ideias da Modernidade, conduz a uma ilusão de que é preciso entender linearmente a realidade, ignorar o bom senso, a prudência e a modéstia (PIRES, 2004).

Por mais que se entenda a necessidade de se construir um conhecimento prático, esclarecido e democrático (SANTOS, 2003) que supere o modelo de racionalidade

da ciência moderna e dê conta da flexibilidade, da provisoriedade e da complexidade do mundo contemporâneo, a tendência de se aprisionar por abordagens que reduzem o conhecimento àquilo que é mensurável, quantificável, formalizável perpassou, em embates, a construção deste trabalho.

Especialmente por tomar as práticas cotidianas como objeto de análise, eu me vi desafiada a extrapolar posições cômodas, conhecimentos já aproximados, campos já percorridos e buscar outras possibilidades de entender a realidade. Assim, fez-se necessária a compreensão das bases metodológicas da Sociologia da Saúde como campo de conhecimento que permite entender a saúde e suas relações com as macro e microestruturas da sociedade. A abordagem social da saúde apresenta-se sob diferentes perspectivas o que revela um caráter multiparadigmático da Sociologia (CLARK, 1999; NUNES, 2006; MINAYO, 2007).

A Sociologia é um ramo da ciência que surge no século XIX com Augusto Comte como forma de entender e explicar os problemas decorrentes das transformações econômicas, políticas e culturais da modernidade. Suas origens estão nos movimentos da Revolução Industrial e da Revolução Francesa que, associadas ao processo de revolução científica iniciado no século XVI, contribuíram para a consolidação do capitalismo (NUNES, 2006).

Os primeiros estudiosos da Sociologia tomaram, como inspiração, questionamentos sobre a estrutura da sociedade e as relações sociais, temas ainda contemporâneos nos estudos sociológicos. Assim, todos os aspectos da vida social desde o funcionamento das estruturas macrosociológicas como o Estado e as classes sociais até o comportamento dos indivíduos num nível microsociológico, constituem-se objeto da Sociologia da Saúde (BARROS; NUNES, 2009).

Nunes (2006) salienta que, embora a Sociologia volte-se para os problemas sociais que afetam a vida das pessoas, famílias, grupos e populações, os clássicos não privilegiaram o objeto saúde em suas análises. Somente no início do século XX, com mais vigor após a Segunda Guerra Mundial, a Sociologia da Saúde configura-se como possibilidade de construção teórica do conhecimento sociológico. No desenvolvimento do campo, a década de 50 foi marcada pelas contribuições do funcionalismo servindo à implementação de desenvolvimento e organização de comunidade; a década de 60 com a fenomenologia e o interacionismo simbólico enfatizando as diferenças culturais na interpretação do processo saúde-doença e

atribuição de causas e a década de 70 com críticas histórico-estruturais à organização dos serviços e aos desafios dos problemas saúde-doença com contribuições marxistas (NUNES, 2006; MINAYO, 2007). Os anos 80 e 90 sinalizaram um ápice no desenvolvimento da Sociologia da Saúde ao mesmo tempo em que revelaram a diversidade de temáticas incorporadas ao campo, incluindo-se estudos sobre as perspectivas médicas da saúde, da doença e do corpo que dominam os discursos públicos e privados e práticas sociais cotidianas da população (BARROS; NUNES, 2009).

A Sociologia da Saúde ancora estudos que revelam o processo de medicalização social, ou seja, a produção de sentidos e significados por meio dos discursos e das práticas institucionalizadas com a qual a medicina exerce autoridade moral e legitima seu poder na criação de idéias e valores na sociedade. Dessa forma, a natureza do objeto proposto neste estudo, a promoção da saúde como uma nova forma de medicalização social e sanitização da vida pela via da restrição das liberdades e construção de autonomia regulada, encontrou, na Sociologia da Saúde, um arcabouço teórico que permitiu sua análise. A aproximação com essa corrente encontra respaldo nas proposições de Pereira (2005) para quem a reflexão sociológica é bastante abrangente para o entendimento da vida social, incluindo-se a medicalização como fenômeno que responde à maneira pela qual as pessoas concebem a saúde e a doença no contexto das sociedades contemporâneas.

A saúde e a doença também são elementos de um processo fundamentado na base material de produção e, como manifestações individuais ou coletivas, são socialmente determinadas. Com essa compreensão, a saúde e a doença são dependentes de condições sociais e econômicas, ainda que não somente delas. Esse enfoque macroestrutural, que privilegia as mudanças no nível dos arcabouços políticos da dominação, não considera os sujeitos sociais e suas representações na análise dos sistemas de serviços e práticas de saúde (MINAYO, 2007).

Analisar a promoção da saúde sob essa perspectiva é entender a relação entre saúde e garantia de direitos econômicos, políticos, sociais e culturais que se desenham nas estruturas macrosociológicas. Ao mesmo tempo, deve-se encarar o processo saúde-doença como um aspecto da vida privada que decorre de experiências individuais e subjetivas, mas sem negar que o modo pelo qual se desenvolve o adoecimento é fruto de determinações políticas, econômicas, e

culturais; logo, situa-se no âmbito da esfera social. As correntes da dialética que propõem uma perspectiva reformista do pensamento marxista contribuem nessa análise. A importância da cultura e da hegemonia como mediadoras entre a objetividade das relações e o sujeito histórico transformador contribui no sentido de combinar a análise das estruturas com o dinamismo próprio das relações e representações sociais sobre determinado objeto superando as dicotomias entre as estruturas objetivas e subjetivas.

Nesse sentido, Almeida Filho (2000; 2004) assinala que o estudo dos micro-processos sociais assume importância epistemológica e mostra-se convergente com as novas aberturas paradigmáticas resgatando temas como o indivíduo, a dinâmica dos pequenos grupos e a cotidianidade para a análise do modo de produção da vida social. Assim, um referencial epistemológico deve permitir entender

a luta de classes como sendo definida e explicitada nas estruturas e mecanismos econômico-político formais, mas realizada também nas matrizes essenciais da conformação do modo de vida, como a família, a vizinhança, os espaços de lazer, etc. Pois a cultura enquanto produtora de categorias do pensar, sentir, agir e expressar de determinado grupo, classe ou segmento, articula as concessões, os conflitos, as subordinações e as resistências e lhes oferece sentido. Ela é um espaço de expressão da subjetividade, mas é um lugar objetivo com a espessura do cotidiano por onde passam e ganham cor os processos políticos e econômicos, os sistemas simbólicos e o imaginário social (MINAYO, 2007, p. 131).

A perspectiva marxista reformista de transformação progressiva da realidade sustenta as críticas às concepções de promoção da saúde que, mesmo privilegiando a explicação social na gênese da saúde, subestimam a importância dos conflitos sociais e dos fatores macropolíticos na genealogia dos estados sanitários e, assim, sugerem apenas modificações focais dentro do *status quo*. A própria noção ampliada de saúde, traduzida como modo de vida, classifica a opressão e o controle da sociedade sobre o indivíduo. Essas representações escamoteiam o conceito de relações sociais característica do modo de produção capitalista (MINAYO, 2007). É preciso entender em que medida as práticas de promoção da saúde realmente sinalizam para a transformação social e a superação das estratégias de hegemonia.

É na sociedade civil que se trava a luta pela hegemonia, espaço onde são determinados os rumos da economia e onde se elaboram as ideologias, forças concretas de unificação da sociedade (SEMERARO, 2001). A hegemonia tem íntima relação com a democracia e supõe diferenças, multiplicidade, conflitos e

interdependência entre partes sociais. Configura-se como uma forma pública de busca de verdade por meio da liberdade e autonomia como construção de uma racionalidade coletiva. Nesse sentido, a “cultura” da saúde, como estratégia de hegemonia, admite diversidade de enfoques e multiplicidade de práticas, mas converge para o papel ideológico que a saúde assume como mandamento e necessidade social (LUZ, 2000; 2005) sem considerar as contradições permanentes da sociedade. Somente a apreensão e a interpretação dos sentidos e significados que as práticas de promoção da saúde assumem no cotidiano são capazes de revelar o universo cultural, os valores simbólicos e os interesses dos grupos sociais ali representados.

Assim, neste estudo, propôs-se analisar as práticas de promoção da saúde sob um olhar sociológico. Optei por uma abordagem na vertente da teoria microssocial marxista, que considera a análise da subjetividade como categoria, mas sem abandonar a crítica às formas de exploração, dominação e concentração de riquezas. Nesse sentido, a sociologia da vida cotidiana discutida por Agnes Heller (1977, 2004) constitui o arcabouço teórico-metodológico que ancorou a realização deste estudo. Entende-se que é impossível a dissociação micro-macro, mas para efeitos do estudo, os fenômenos analisados foram aqueles da ordem microssocial, os quais, por aproximações posteriores permitiram apreender os fenômenos macrossociais.

Com base no referencial teórico de Heller (1977; 2004), o cotidiano pode ser entendido como conjunto de ações e reações heterogêneas que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais por sua vez, permitem a reprodução social. A vida cotidiana dos homens proporciona uma imagem da reprodução da sociedade a qual o homem pertence, bem como dos estratos sociais dessa sociedade.

Para Heller, a cotidianidade é uma categoria fundamental para uma teoria marxista microssocial e permite analisar a determinação do modo de vida cotidiano e sua relação com a esfera de produção produtiva (ALMEIDA FILHO, 2000; 2004). De acordo com Heller (2004, p. 18),

a vida cotidiana é, em grande medida, heterogênea; (...), sobretudo no que se refere ao conteúdo e à significação ou importância de nossos tipos de atividade. São partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho

e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada, o intercâmbio e a purificação.

Todavia, a significação e o conteúdo da vida cotidiana não expressam apenas uma imensa variedade de formas "de viver a vida", nas quais o homem coloca em "funcionamento" seus sentidos, sua capacidade, suas idéias, ideologia e interesses. Mas também no cotidiano, o conteúdo e as significações do agir humano e da vida se modificam em função das diferentes estruturas econômicas e sociais (HELLER, 2004).

Es decir, la vida cotidiana también tiene una historia. Y esto es cierto no solo en el sentido de que las revoluciones sociales cambian radicalmente la vida cotidiana, por lo cual bajo este aspecto ésta es un espejo de la historia, sino también en cuanto los cambios que se han determinado en el modo de producción en menudo (y tal vez casi siempre) se expresan en ella antes de que se cumpla la revolución social a nivel macroscópico, por lo cual bajo este otro aspecto aquélla es un fermento secreto de la historia (HELLER, 1977, p. 20)

No entendimento da vida cotidiana, faz-se necessária a compreensão de três categorias relacionadas ao ser humano: particularidade, individualidade e generalidade, pois o indivíduo é simultaneamente ser particular e ser genérico (HELLER, 2004, p. 20). As particularidades estão voltadas para as satisfações pessoais, enquanto as generalidades são as atividades sociais globalizantes comuns ao gênero humano. Todo homem é um ser singular particular, que vem ao mundo com qualidades, atitudes e dificuldades que lhe são próprias. Também como indivíduo, "o homem é um ser genérico, já que é produto e expressão de suas relações sociais, herdeiro e preservador do desenvolvimento humano; mas o representante do humano-genérico não é jamais um homem sozinho, mas sempre em integração". (HELLER, 2004, p. 21)

Certeau (2003) admite a apreensão da cotidianidade como espaço em que o homem altera os objetos e os códigos majoritários da vida social reinventando, por meio da "liberdade" de suas práticas, o cotidiano. Assim, liberdade e autonomia no mundo cotidiano são possibilidades de o sujeito interpretar o conteúdo das normas sociais, rejeitar algumas, aceitar outras ou, ainda, preferir um outro valor, pois a vida cotidiana está carregada de alternativas, de escolhas (HELLER, 1977). Assim, é possível revelar a estrutura de determinada sociedade examinando a vida e o pensamento cotidianos.

Certeau (2003) amplia essa compreensão ao afirmar que as práticas cotidianas são estratégias de microresistência e antidisciplina permitindo ao homem trilhar o próprio caminho numa liberdade em que cada um procura viver do melhor modo possível a ordem social e a violência das coisas. Há uma resistência silenciosa que, de dentro da lógica do poder, inventa modos próprios de empregar os códigos sociais de uma ordem econômica dominante.

É importante distinguir as pesquisas do cotidiano e no cotidiano pois, como afirma Spink (2007, p. 7),

se pesquisarmos o cotidiano, estabeleceremos a clássica separação entre pesquisador e seu objeto de pesquisa. Mas, se pesquisarmos *no* cotidiano, seremos partícipes dessas ações que se desenrolam em espaços de convivência mais ou menos públicos. Fazemos parte do fluxo de ações; somos parte dessa comunidade e compartimos de normas e expectativas que nos permitem pressupor uma compreensão compartilhada dessas interações. Essas diferenças sutis emergem, em parte, de posicionamentos construcionistas sobre o conhecimento, abdicando dos universais e priorizando os conhecimentos locais. Mas decorrem, também, de problemáticas enfrentadas no afã de pesquisar esses espaços fluidos que habitamos cotidianamente.

Estudar no cotidiano foi um processo desafiante e implicou em desbravar o novo, o singular, o heterogêneo, o subjetivo, na minha vivência de pesquisadora e também na compreensão do mundo-vida, contrapondo justamente aquilo que foi homogeneizado na perspectiva de abordagens tradicionais. A distinção em uma pesquisa de sujeitos historicamente excluídos na prática de seu cotidiano é justamente o olhar com que o pesquisador vai perceber suas práticas e as relações sociais que as determinam. Interpretar esse emaranhado de concretude, transformação e resistência foi se constituindo o referencial que orientou a captação do heterogêneo, pois os sujeitos, os espaços e os tempos são distintos, são específicos, mas também particulares.

2 O PROCESSO DE CAPTAÇÃO DA REALIDADE

A idéia de processo perpassou toda a construção deste trabalho. Entendia que não seriam possíveis um pensamento e uma abordagem metodológicos lineares, limitados, finitos. Mas como converter essa concepção de dinamicidade em instrumentos metodológicos? Como superar as tradicionais formas de se captar a realidade que a mim já não motivavam? Ousei propor a utilização de estratégias

metodológicas que respondiam, em parte, a meus anseios de superar os procedimentos caracterizados pela formalidade e permitiam uma certa “indisciplina” (MENEGON, 2004) na apreensão da realidade.

A imersão na realidade, na busca de sua totalidade, levou-me a caminhos que, ao mesmo tempo davam conta do microcontexto das relações cotidianas, também possibilitavam o entendimento da macroestrutura na determinação do universo singular de estudo. Se, a princípio, poderiam parecer enfoques diferentes sobre o mesmo objeto, a análise da realidade revelou que o cotidiano é atravessado por vários planos analíticos, dos quais optei por abordar dois: o das práticas cotidianas e o do modo de vida que são dependentes entre si e que se entrecruzam na constituição da realidade. Assim, a captação da realidade partiu da definição do cenário do estudo e da inserção no campo para vivenciar o cotidiano buscando elementos constituintes dos dois planos analíticos.

2.1 O cenário de estudo: peculiaridades de um território em transformação

O estudo foi realizado no Bairro São José situado na Regional Noroeste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Para a definição do cenário do estudo, considerei a organização político-administrativa do município de Belo Horizonte, com nove Regionais Administrativas e seus respectivos Distritos Sanitários com áreas de baixa, média, elevada e muito elevada vulnerabilidade social e à saúde. Foi eleito, como campo de delimitação do cenário para este estudo, o Distrito Sanitário Noroeste (DISANO) por ser o de maior contingente populacional e porque aí desenvolvíamos, por indicação do nível central da Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa “Promoção da Saúde: estratégia política, assistencial, educacional e gerencial para a construção do modelo tecnoassistencial na saúde”, da qual este projeto é parte integrante.

A Regional Noroeste possui uma população de 360 mil habitantes com uma estimativa atual de 400 mil pessoas em 110 mil domicílios. Em número de habitantes, a área é comparada à quinta cidade mineira. Abrange um território de 36.874 km², área equivalente a aproximadamente 10% da área total do município, com 54 bairros e 19 vilas e favelas (BELO HORIZONTE, 2006).

A Regional ocupa a quinta colocação em número de áreas de risco social e está dividida em 10 microrregiões: Antonio Carlos, Prado Lopes, Caiçara, Padre Eustáquio, PUC, Camargos, Santa Maria, Abílio Machado, Jardim Montanhês e Glória. Na Regional, encontram-se várias indústrias instaladas e destaques no comércio do município como o Shopping Del Rey, centros comerciais das Avenidas Pedro II e Antonio Carlos, Rua Padre Eustáquio.

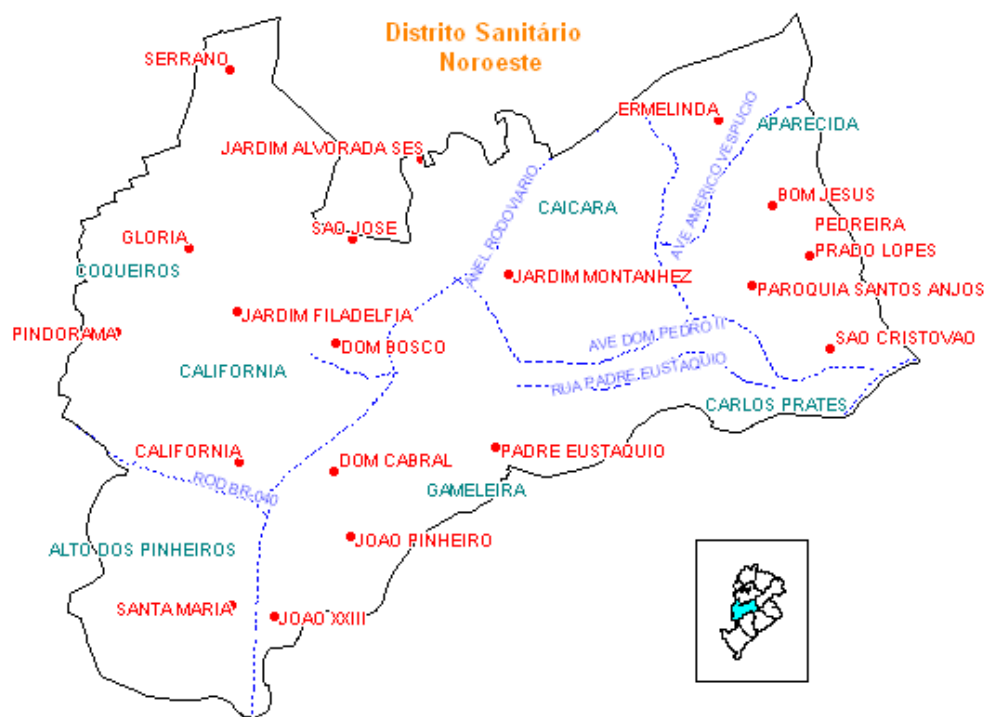


Figura 2: Centros de Saúde do Distrito Sanitário Noroeste

Fonte: SMSA/BH, 2008.

O DISANO conta com 20 Centros de Saúde, conforme demonstrado na Figura 2, três Unidades de Atendimento em saúde mental - Centro de Referência de Saúde Mental, Centro de Convivência Carlos Prates e Centro de Referência para Infância e Adolescência, Laboratórios de Análises Clínicas, Centro de Reabilitação e uma Policlínica de atendimento especializado - PAM Padre Eustáquio.

Para a realização do estudo, fizemos um mapeamento detalhado das áreas de abrangência dos Centros de Saúde do DISANO, segundo o índice de vulnerabilidade à saúde. A partir dos dados da Gerência de Epidemiologia da

Regional Noroeste construiu-se o mapa da Regional indicando, nas áreas de abrangência de cada Centro de Saúde, as microáreas de baixa, média, elevada e muito elevada vulnerabilidade. O resultado está expresso na Figura 3⁵.

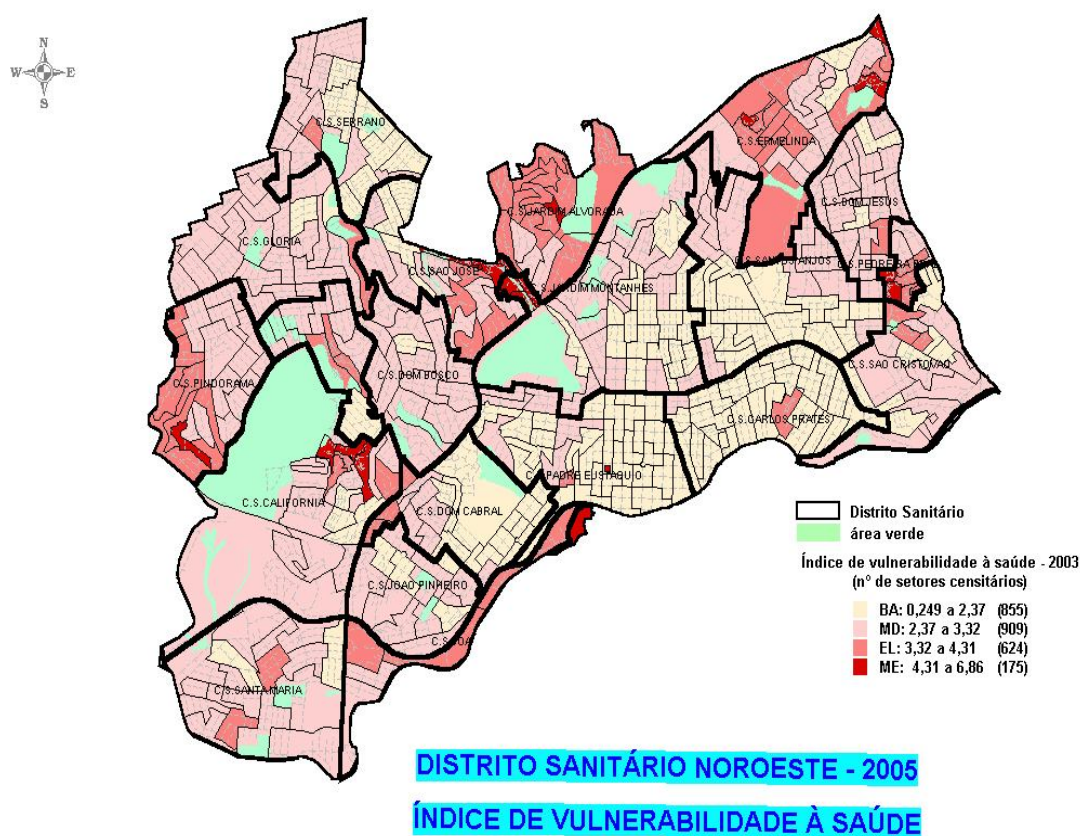


Figura 3: Áreas dos Centros de Saúde do DISANO por Índice de Vulnerabilidade à Saúde

Fonte: GEREPI/DISANO

Esse foi o movimento inicial para indicar o território cenário do estudo. A análise do mapeamento evidenciou que, dos 20 Centros de Saúde do DISANO, quatro atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa, ou seja, possuir em sua área adscrita, os quatro índices de vulnerabilidade à saúde: Centros de Saúde Padre Eustáquio, Ermelinda, Califórnia e São José. Entretanto, a distribuição da população não se dava de forma homogênea nos quatro Centros de Saúde, conforme

⁵ Agradeço a Felipe Rodrigues da Companhia de Processamento de Dados de Belo Horizonte (PRODABEL) a colaboração na elaboração dos mapas deste trabalho.

demonstrado na Tabela 1. Optei, então, por trabalhar com a área de abrangência do Centro de Saúde São José, aquele com distribuição mais homogênea da população nos quatro índices de vulnerabilidade.

TABELA 1
Distribuição populacional por Índice de Vulnerabilidade à Saúde dos Centros de Saúde do DISANO. Belo Horizonte, 2009.

Área de abrangência	Muito elevada	Elevada	Média	Baixa	Total
C.S. Bom Jesus	0	776	13.718	1.612	16.106
C.S. Califórnia	2.801	2.324	9.101	2.342	16.568
C.S. Carlos Prates	0	1.123	577	18.611	20.311
C.S. Dom Bosco	0	0	13.255	814	14.069
C.S. Dom Cabral	0	2.396	4.159	9.638	16.193
C.S. Ermelinda	3.007	9.466	8.002	1.380	21.855
C.S. Glória	0	923	20.174	1.494	22.591
C.S. Jardim Alvorada	590	10.583	2.791	0	13.964
C.S. Jardim Filadélfia	0	3.199	6.365	865	10.429
C.S. Jardim Montanhês	2.711	0	14.154	13.053	29.918
C.S. João Pinheiro	0	0	10.120	2.027	12.147
C.S. João XXIII	0	1.849	1.306	0	3.155
C.S. Padre Eustáquio	72	591	4.459	18.725	23.847
C.S. Pedreira Padre Lopes	2.062	4.021	1.700	0	7.783
C.S. Pindorama	902	7.919	11.851	0	20.672
C.S. Santa Maria	0	2.066	11.593	1.492	15.151
C.S. Santos Anjos	0	0	10.862	12.425	23.287
C.S. São Cristóvão	0	2.370	8.333	2.884	13.587
C.S. São José	5.422	3.828	6.767	2.883	18.900
C.S. Serrano	0	662	9.962	6.194	16.818
TOTAL	17.567	54.096	169.249	96.439	337.351

Fonte: GEREPI/DISANO.

Uma vez definido o cenário do estudo, iniciou-se a segunda fase do trabalho de campo: a imersão na realidade para captar o cotidiano em sua expressão do modo de vida e das práticas de promoção da saúde.

2.2 A vivência no campo: o cotidiano rico de desafios e oportunidades

A imersão no campo, como lembra Minayo, Assis e Souza (2005), prescindiu do estabelecimento de contatos, idas ao cenário para captar o fluir das redes de relações e permitiu adequações metodológicas constantes. Se, a princípio, possuía um caminho metodológico traçado, a dinâmica cotidiana dos espaços sociais foi colocando em xeque minhas definições lineares.

Os aportes de Victorio Filho (2207) orientaram-me, à medida que, em seu estudo sobre o cotidiano, deparou com desafios metodológicos que o levaram a questionar o recurso de técnicas disciplinares tradicionais, armadas de rigor metodológico que não respondem à flexibilidade permanente exigida para o diálogo com a sucessão de acontecimentos que vibram o cotidiano e cujas relações não se mostram imediatamente claras. Era imprescindível redefinir os caminhos a serem percorridos.

Assim, no trabalho de campo, busquei elementos para constituir os dois planos que se entrecruzavam no encontro com a realidade empírica: ao mesmo tempo em que mergulhava no cotidiano buscando o enfoque das práticas de promoção da saúde, identificava elementos para analisar o modo de vida. Essa definição sustentou-se na consideração de que não bastava analisar as práticas em si; era preciso reconstruir as condições sociais e históricas de produção e circulação que lhes deram origem. Assim, os dois planos – o das práticas cotidianas e do modo de vida – convergiram para a adoção de uma estratégia metodológica capaz de apreender, com densidade e intensidade, a diversidade de fatos e situações que revelava os significados da promoção da saúde no cotidiano.

É importante destacar que a compreensão dos dois planos não aconteceu em momentos específicos, separados entre si, mas foram construídos no processo de aproximação, apropriação e interpretação da realidade.

A inserção no campo deu-se pelo Centro de Saúde. Na primeira visita ao serviço, foi possível mapear algumas ações desenvolvidas no campo e apontadas pelos trabalhadores de saúde como ações que tinham relação com a promoção da saúde. Tomei nota de todas, mas não queria começar a pesquisa pelas práticas institucionalizadas. Queria conhecer o campo na expressão de seus territórios. Para facilitar minha aproximação com a população, passei a sair com as ACS e a realizar visitas domiciliares.

A primeira visita foi dentro da Vila São Jose, área de muito elevada vulnerabilidade social e, de início, já pude perceber a situação de vida material e social daquelas pessoas. Senti que imergir naquele cotidiano não seria tarefa fácil...

As visitas de reconhecimento nas áreas de elevada, média e baixa vulnerabilidade deixaram-me menos apreensiva e as fiz inicialmente, também em companhia das ACS, procurando captar um pouco da história do lugar e da organização dos serviços na região. Pude também perceber as vulnerabilidades ali presentes: diversas vezes, vi garotos comprando e vendendo drogas nas ruas, à luz do dia. Mas o espaço era diferente. A própria condição de ruas, ao invés de becos, me dava liberdade de caminhar sozinha, parar, conversar com as pessoas, circular como qualquer moradora do Bairro. Entendi que precisava fazer isso para de fato reconhecer o campo do estudo.

A autonomia de “circular” sozinha demorou alguns dias, período em que saía com as Agentes em suas rotinas de visitas domiciliares. Sozinha, percorri todas as ruas das áreas de elevada, média e baixa vulnerabilidade, buscando conhecer como essas ruas se constituíam e como se dava a distribuição espacial das casas, dos equipamentos sociais, do comércio e outros espaços que foram sendo identificados.

As situações e instituições que estavam relacionadas com a promoção da saúde no cenário do estudo eram trazidas à tona na medida em que percorria as ruas, observava o fluxo da vida cotidiana e conversava com as pessoas. A partir daí, pude identificar ações e movimentos realizados no território que, mesmo sem estarem referendadas a um espaço social dentro da área de abrangência, eram importantes para entender o modo de vida no cenário. Esse reconhecimento tendeu para uma quantificação e qualificação dos equipamentos e organizações sociais - escolas, igrejas, áreas de lazer (praças, parques, jardins), locais de desenvolvimento de atividades físicas, associações comunitárias e/ou organizações não-governamentais.

Todos esses “lugares” foram registrados em um mapa. Não era minha intenção, a princípio, trabalhar cartograficamente ou geoprocessar essas informações e, por esse motivo, todas as anotações foram feitas manualmente, atribuindo, no mapa, um número para o espaço que era identificado na legenda. Essa etapa do reconhecimento do campo foi muito importante e disparou reflexões sobre as diferenças no território. Assim, o trabalho de campo foi direcionado para entender o território como expressão de diferenças que revela e reproduz as desigualdades no que concerne à distribuição do poder social (SENA; SILVA, 2007).

O reconhecimento da dinâmica do campo como um “espaço aberto”, em que as pessoas circulam, impedia que eu definisse lugares específicos para a observação, uma vez que o fluxo dos acontecimentos cotidianos não se deixa aprisionar por abordagens que lhe imponham sentidos monolíticos ou ações que pretendam dar conta de uma única e decisiva concretude do real como também apreendido por Victorio Filho (2007). Defini que era preciso circular nos diferentes espaços existentes para apreender que práticas de promoção da saúde são construídas nesses espaços. Passei, então, a frequentar o clube, o supermercado, as igrejas, andar pelas ruas, fazer caminhadas, participar do fluxo da vida cotidiana das pessoas na mesma velocidade em que se movimentam.

Por entender que o enfoque subjetivo da promoção da saúde contempla os sentidos e significados da saúde e modos de viver, foram realizadas entrevistas e conversas com a população em geral, circulante em diferentes espaços do território (serviço de saúde, praças, campo de futebol, supermercado, bares), para apreender como a população percebe a saúde e as formas de obtê-la.

Para constituir o plano do modo de vida, foram realizadas também entrevistas com informantes-chave, formuladores de políticas, representantes religiosos e a população em geral. Esses procedimentos foram imprescindíveis para traçar a realidade objetiva na mediação com os macrodeterminantes estruturais relacionados às condições econômicas, culturais, ambientais e de acesso aos bens e serviços que influenciam a promoção da saúde no cenário de estudo.

Assim, o quadro empírico foi constituído por 33 entrevistas, conforme demonstrado no Quadro 2. Nas entrevistas, utilizei o recurso da gravação para preservar a originalidade e a fidelidade dos dados o que permitiu reproduzir as falas dos participantes, na íntegra. Na apresentação dos relatos dos discursos, utilizo os

códigos S para designar representantes da Sociedade Civil, E para representantes do Estado e O para representantes das Organizações Não-governamentais.

Participante do estudo (Nomes fictícios)	Representação	Código
Senhora N, 48 anos, aposentada por invalidez	População em geral	S1
Senhor V, 65 anos, pequeno comerciante	População em geral	S2
O, 33 anos, mecânico	População em geral	S3
L, 23 anos, desempregado	População em geral	S4
Dona D, 48 anos pequena comerciante	População em geral	S5
Senhora G, 42 anos, catadora de papel	População em geral	S6
Senhor D, 45 anos, motorista	População em geral	S7
L, 30 anos, vendedora	População em geral	S8
Senhora T, 72 anos, aposentada	População em geral	S9
Senhor P, 52 anos, gari	População em geral	S10
Senhor R, 35 anos, gari	População em geral	S11
Senhora C, 37 anos, do lar	População em geral	S12
J, 35 anos, vigia	População em geral	S13
A, 16 anos, estudante	População em geral	S14
K, 17 anos, estudante	População em geral	S15
M, 50 anos, do lar	População em geral	S16
Wilma	Distrito Sanitário	E1
Jacira	Serviço de Saúde	E2
Roberta	Serviço de saúde	E3
Hiula	Escola Municipal 1	E4
Adriana	Programa BH Cidadania	E5
Letícia	Programa BH Cidadania	E6
Verônica	Núcleo de Apoio à Família	E7
José	Secretaria de Políticas Sociais	E8
Raíssa	Secretaria de Assistência Social	E9
Maria	Escola Municipal 2	E10
Jennifer	Escola Estadual	E11
Luciana	Escola Estadual	E12
Lucio	Ação Social São Tiago	O1
Melissa	Grupo de Terceira Idade	O2
Marília	Grupo de Unibiótica	O3
Rosa	Grupo de Unibiótica	O4
Geralda	Grupo de Unibiótica	O5

Quadro 2: Participantes da pesquisa. Belo Horizonte, 2009.

Fonte: Dados da pesquisa.

As experiências de campo permitiram reconhecer o aporte de Minayo (2007) quando salienta que a definição do período de trabalho de campo deve abranger a diversidade para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças, contemplando horários e tempos diversos, lugares e espaços distintos, pessoas e sujeitos com características diferentes. Ademais, deve permitir a liberdade da pesquisadora em incluir novos procedimentos ou técnicas frente às situações que se apresentam no cotidiano da pesquisa. Essa posição é também defendida por Becker (1999) para quem, nas Ciências Sociais, os pesquisadores

deveriam se sentir livres para inventar os métodos capazes de resolver os problemas das pesquisas que estão fazendo [...] pois toda pesquisa tem o propósito de resolver um problema específico que, em aspectos importantes, não é parecido com nenhum outro problema, e deve fazê-lo dentro de um ambiente específico diferente de todos os que existiram antes (BECKER, 1999, p. 12-13).

Assim, a flexibilidade, a adaptabilidade e a abordagem ajustável de situação para situação apresentaram-se como características fundamentais para o trabalho de campo. Não era possível fazer uma abordagem estereotipada ou de grupos específicos. Era preciso mergulhar no cotidiano buscando as relações de intersubjetividade, como apontado por Deslandes (2005).

Passei a reconhecer vários espaços no cenário do estudo. O supermercado tornou-se um lugar em que buscava apreender os sentidos e significados da promoção da saúde e, por diversas vezes, percorri os corredores na tentativa de provocar conversas do cotidiano. Também nas caminhadas na Avenida do Canal disparava certos diálogos, mas, talvez pela própria dinâmica da atividade, não obtive sucesso em minhas investidas. Os dias, os meses foram se passando e me preocupava o fato de não ter permanecido por tempo suficiente nos espaços a ponto de me tornar “um” integrante ou uma pessoa reconhecida pelo grupo e de criar possibilidades de interação.

Realmente, esse foi um desafio do trabalho de campo: superar as observações pontuais, em que minha presença alterava o comportamento e a espontaneidade dos indivíduos e assumir uma posição que explicava minha presença como “natural” para todos, como afirma Junker (1971), tornando-me parte em todos os acontecimentos em meu papel temporariamente assumido. Nesse sentido, a permanência da pesquisadora no campo é o melhor recurso para controlar ou

desconstruir o “efeito-visita” (DESLANDES, 2005) e permitir captar a organização da vida cotidiana, o funcionamento dos espaços sociais, as relações e os fluxos dos sujeitos nos diferentes espaços.

Na vivência do cotidiano, identifiquei alguns movimentos que ocorrem no território em que considerei importante imergir para compreender o modo de vida no cenário de estudo. Assim, tornei-me uma integrante do Grupo de Unibiótica, do Fórum de Rede das Organizações não-governamentais, do Fórum Local do BH Cidadania, das atividades de esporte e lazer da Associação de Moradores do Residencial São José, das atividades no Clube Recreativo. Nesses espaços, a captação da realidade incluiu a participação nas reuniões e atividades realizadas, conforme demonstrado no Quadro 3. Incluí como material empírico dessas vivências, anotações referentes às conversas com os participantes e análise de documentos ou relatórios dos grupos, quando disponíveis. Na apresentação dos resultados, os dados oriundos da vivência nestes espaços estão indicados como Notas de observação, seguido da data em que ocorreu a vivência.

Movimento	Vivência	Fontes	Período
Grupo de Unibiótica	Atividades do grupo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante ▪ Conversas ▪ Entrevistas ▪ Análise da cartilha da Unibiótica (Anexo) 	Janeiro e fevereiro de 2007
Fórum de Rede das Organizações não-governamentais	Participação em 11 reuniões ordinárias e extraordinárias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante ▪ Conversas ▪ Análise dos documentos do grupo 	Julho de 2007 a novembro de 2008.
Fórum Local do BH Cidadania	Participação em cinco reuniões ordinárias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante ▪ Conversas ▪ Entrevistas ▪ Análise dos documentos do Programa e relatórios do Fórum Local 	Agosto de 2007 a maio de 2008
Associação de Moradores do Residencial São José	Atividades de esporte e lazer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante ▪ Conversas 	Agosto a outubro de 2007
Clube Esportivo e Recreativo das Acácias	Aulas de hidroginástica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação participante ▪ Conversas 	Abril a maio de 2008

Quadro 3: Movimentos, vivência e período da coleta de dados. Belo Horizonte, 2009.

Fonte: dados da pesquisa.

A decisão de estar nesses espaços sociais foi fundamental para construir o plano analítico do modo de vida no cenário do estudo. Entretanto, eram poucas as possibilidades, ali, de eu me centrar em ações específicas que delimitavam o foco do plano das práticas cotidianas de promoção da saúde. Entendia que era preciso atingir outros espaços sociais, presentes no cenário, em que se esperavam determinados comportamentos em relação à saúde, como, por exemplo, as escolas que têm um conjunto relativamente estável de regras e dispositivos normalizadores de relações sociais. Esses espaços foram tomados com uma importância fundamental para a análise da promoção da saúde nos locais da cotidianidade da população⁶.

Utilizo o conceito de espaço para promoção da saúde numa aproximação com a definição de *settings for health promotion*, definida por McQueen (2000) e *healthy settings*, definida por Dooris (2005; 2009), como o lugar ou o contexto social no qual as pessoas, em suas atividades cotidianas, interagem com os fatores ambientais, sociais e pessoais que afetam a saúde e o bem-estar. Assim, assumi os espaços como os locais estabelecidos pelos atores sociais do estudo, produto de uma dinâmica social, onde se tensionam os sujeitos na luta por seus interesses e necessidades objetivas e subjetivas. No interior de seus espaços, os sujeitos traduzem um certo modelo de intervenção, ao refletir regras, convenções e esquemas relacionadas à promoção da saúde .

Apreendi que os espaços são formados por um conjunto indissociável, solidário e contraditório de sistemas de objetos e sistemas de valores (SANTOS, 2006). Esses espaços incluem conceitos constitutivos e operacionais próprios da realidade cenário deste estudo, resultando em sucessivas formas de relação entre os seres humanos que condicionam a vida que os anima. Assim, é construído um sistema que se transforma permanentemente e constitui a matriz sobre a qual as novas ações substituem as ações passadas (SANTOS, 2006). Tomar esses espaços para análise da promoção da saúde permitiu evidenciar conflitos e interesses, frutos das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem entre indivíduos e grupos sociais. É, portanto, cenário de disputas de projetos e poderes, nos quais há embates de concepções e de modos de operar a vida. Nesses espaços, os sentidos e

⁶ Agradeço a Professora Mary Jane Paris Spink pelas valiosas contribuições na Banca de Qualificação que permitiram adotar neste estudo o conceito que se aproxima de *Behaviour setting*.

significados das práticas em saúde carregam uma representação científica de poder, autonomia e responsabilização que permite analisá-las como estratégias que reproduzem as concepções e relações hegemônicas e que, concomitantemente, abrem espaços para a criação de novos hábitos cotidianos.

McQueen (2000) aponta que a promoção da saúde é apresentada em uma diversidade de iniciativas complexas em seus objetivos, conteúdos e estratégias de implementação. A abordagem do tema tem admitido três enfoques. O primeiro e mais comum relaciona-se a um tema em particular que se refere aos indivíduos ou comunidades, tais como álcool e drogas, segurança, obesidade. O segundo refere-se a abordagens populacionais que tomam grupos específicos como objeto de intervenção (exemplificam-se as ações de promoção da saúde na juventude, em grupos de idosos, etc). O terceiro enfoque, mais recentemente utilizado, assenta-se na discussão da promoção da saúde a partir de certos “lugares” tais como as escolas, os locais de trabalho, o domicílio, as organizações comunitárias, etc. O que se coloca em evidência é o caráter coletivo das ações de promoção da saúde que reflete o quanto os fatores organizacionais são potentes para determinar o comportamento individual e dos grupos, visto que podem ser ajustados a cada contexto específico. A análise desses espaços revela o poder disciplinar atuando, constante e transversalmente, nos corpos individuais e coletivos.

Foram espaços para análise da promoção da saúde no estudo: duas Escolas, o Serviço local de saúde, um Grupo de Convivência da Terceira Idade, o Clube recreativo, a Avenida onde são realizadas caminhadas, o campo de futebol e o grupo de Unibiótica. Nesses espaços, foi possível identificar várias práticas que contribuem para o incremento de saúde da população e que, se tomadas com esse enfoque, podem ser entendidas como práticas de promoção da saúde. Entretanto, a promoção da saúde constitui-se como um campo institucional próprio que reivindica para si um conjunto mais ou menos específico de ações (FLEURY-TEIXEIRA et al, 2008) que se ancoram em referenciais teóricos e metodológicos que garantem sua sustentabilidade.

Assim, diante do universo de práticas identificadas nos espaços, selecionei, para análise em profundidade, aquelas que se aproximam de uma matriz categorial que compõe a promoção da saúde e contribui para o desenvolvimento teórico e prático do campo. Dessa forma, embora a escolha tenha sido intencional, as práticas foram

selecionadas por conter elementos que permitissem a análise da institucionalidade e dos processos participativos, dos atores sociais e de seu protagonismo nas práticas, do potencial para a integração social, da articulação intersetorial e da expressão dos componentes autonomia e responsabilização.

A construção dos dados empíricos resultou de observações, entrevistas e conversas nos espaços definidos para o estudo e permitiu a constituição do plano das práticas cotidianas de promoção da saúde, conforme está demonstrado no Quadro 4.

Espaço	Prática de Promoção da Saúde
Escola	Caminhada contra a Dengue
	Escola integral
Centro de Saúde	Passeio de um grupo de pacientes hipertensos ao Zoológico
	Oficina pela Cultura de Paz e Não-violência
Grupo de Terceira Idade	Oficina de vivências e Vida ativa – atividades físicas na terceira idade
Avenida do Canal	Caminhadas
Clube Esportivo e Recreativo	Aulas de Hidroginástica e Escola de Futebol
Associação de Moradores	Atividades de esporte e lazer
Grupo de Unibiótica	Atividade de ginástica e meditação

Quadro 4: Espaços de análise da promoção da saúde no cenário do estudo. Belo Horizonte, 2009.

Fonte: Dados da pesquisa.

O diário de campo foi um instrumento imprescindível no relato das observações das práticas nos diferentes espaços. No diário, foram reproduzidos cuidadosamente todos os momentos vivenciados na captação da realidade, registrando as características, interações e aspectos individuais e coletivos das práticas observadas, bem como os sentimentos do pesquisador nas experiências vivenciadas e as interpretações acerca das mesmas. Os registros compõem o quadro das representações sociais, ou seja, as categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a (MINAYO, 2007).

2.3 Análise dos dados

Diante da complexidade e da abrangência dos dados obtidos, foram construídos eixos comuns que remetessem ao problema de investigação, pois a riqueza das informações obtidas ia além do foco do trabalho. Para tanto, tomei o conceito de totalidade que não se identifica meramente com o todo, mas implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação a outros fenômenos. A totalidade só é apreensível por meio das partes e das relações entre elas (EGRY, 2000).

A análise foi, então, orientada para permitir a compreensão dos dois planos constitutivos da realidade: o das práticas cotidianas e do modo de vida. Tomei como referência a Hermenêutica-Dialética, na perspectiva expressa por Minayo (2002b; 2007), para apreender a prática social dos indivíduos em seu movimento contraditório considerando a realidade vivida e condicionados à historicidade, possibilitando a existência simultânea "(...) de interesses coletivos que os unem e interesses específicos que os distinguem e os contrapõem" (MINAYO, 2002b, p. 101).

A hermenêutica consiste na explicação e interpretação de um pensamento e busca a compreensão do sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos, tendo como pressuposto que o ser humano, como ser histórico, é finito e se complementa na comunicação (MINAYO, 2007). A compreensão hermenêutica apóia-se na gênese da consciência histórica, ou seja, na capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo como unidade temporal o presente, no qual se marca o encontro entre o passado e o futuro (MINAYO, 2002b). A autora expõe que a pesquisa hermenêutica também analisa os dados da realidade tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação (MINAYO, 2007).

A Hermenêutica-Dialética busca compreender, ao mesmo tempo, os consensos e as contradições do fenômeno estudado, que poderão ser explorados para a mudança; a unidade entre análise e síntese; as causalidades múltiplas, as interdependências e as relações entre quantidade e qualidade acerca do fenômeno. Nesse caminho, com a utilização dessa abordagem, é possível compreender:

- a consciência e as atitudes fundamentais dos sujeitos e dos grupos em análise, em face dos valores da comunidade e do universo;
- as transformações dos sujeitos da ação dialética ser humano-natureza-sociedade, numa busca de síntese entre passado, presente e projeção para o futuro;
- as ações humanas de todos os tipos e dos diferentes lugares e dos acontecimentos inevitáveis ligados a elas, sejam quais forem as intenções dos atores sociais e os significados que atribuem aos eventos e a seu próprio comportamento;
- as estruturas que condicionam os seres humanos em seu processo individual ou coletivo como construções humanas objetivadas.

Assim, a escolha da Hermenêutica-Dialética para a análise dos dados foi um processo, ao mesmo tempo compreensivo e crítico, de análise da realidade social, possibilitando uma reflexão que se funda na práxis. Ademais, a hermenêutica e a dialética são caminhos por meio dos quais ocorre uma reflexão sobre a questão do método, transcendendo a fragmentação dos procedimentos científicos em geral (SILVA, 2005).

Na operacionalização deste estudo, o processo de análise se deu em três momentos: análise vertical de cada plano constitutivo da realidade permitindo a constituição dos corpus de análise; análise horizontal dos corpus constituídos buscando o entrecruzamento entre os planos e análise interpretativa a partir dos analisadores que emergiram da reflexão sobre o material empírico, buscando produzir uma inteligibilidade sobre os sentidos e significados das práticas de promoção da saúde nos espaços sociais estudados.

- Primeiro momento: construção do plano analítico: modo de vida. Esse momento foi caracterizado pelo movimento de leituras sucessivas dos registros sobre a vivência do cotidiano no território de estudo e relatos das entrevistas e notas de observação, permitindo a construção do corpus descritivo do estudo. No plano analítico do modo de vida, a análise dos registros permitiu identificar sujeitos, instituições, políticas e fatos que definem o contexto do cenário de estudo. A caracterização do modo de vida se expressa pelas condições de vida e saúde da população, pelas redes sociais e comunitárias que atuam no território, pela definição e influência das políticas públicas, pela distribuição dos espaços e equipamentos

sociais. Esses elementos e os aspectos simbólicos e subjetivos expressos pela população determinam a promoção da saúde no cenário de estudo.

- Segundo momento: construção do plano analítico da promoção da saúde no cotidiano a partir da análise das práticas apreendidas nos espaços definidos no estudo. A caracterização das práticas cotidianas revelou os sujeitos envolvidos, os processos participativos, os mecanismos de integração social e a articulação intersectorial. Na análise desse plano constitutivo da realidade, busquei apreender as estruturas de significados das práticas de promoção da saúde, a partir de dispositivos que revelam a disciplinarização e medicalização social ou a criação de novos hábitos a partir da responsabilização dos sujeitos e da valorização dos componentes autonomia e liberdade no cotidiano.
- Terceiro momento: consistiu numa análise articulada e triangulada dos corpora constituídos, procurando-se estabelecer relações entre eles. Nessa etapa, foi construído o movimento de aproximação micro e macrossocial, ao estabelecer as relações entre as dimensões da realidade estudada pareando as situações encontradas nos diferentes espaços sociais com os significados expressos pelas práticas de promoção da saúde na vida cotidiana.

2.4 Aspectos éticos

A realização do estudo considerou a observância sistemática dos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais e aprovado nas duas instâncias, respectivamente, sob o Parecer número 034/2006 de 19 de setembro de 2006 e o Parecer 0464/06 de 13 de dezembro de 2006 (ANEXOS 1 e 2)

Assumi, neste estudo, com os aportes de May (2004), que a relação entre ética e pesquisa social é sempre complexa, especialmente quando se trata de abordagens em que a informalidade e a espontaneidade dos sujeitos são condições *sine qua non* para o alcance dos objetivos. Assim, na medida em que não seria possível justificar

a minha presença como pesquisador e obter o consentimento livre e esclarecido em situações da vida cotidiana que são inusitadas, fugazes e de caráter eminentemente público, justifico a não obtenção do consentimento prévio para coleta de dados com algumas das observações, fonte de material empírico do estudo⁷. Nos casos em que foi possível a abordagem dos sujeitos posteriormente à captação das informações, foi informado o objetivo e a finalidade do estudo e solicitada a anuência na utilização das informações por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1).

Oliveira (2000) discute a problemática da pesquisa com seres humanos nos casos em que a negociação da pesquisa, a entrada do pesquisador no campo, o reconhecimento do objeto são partes constitutivas do processo da pesquisa. O autor ressalta que, nesses casos, parece o pesquisador se defrontar com questões de ordem ético-moral não necessariamente na coleta de dados, momento em que também é um ator social em cena, mas

na medida em que tem que estabelecer uma relação dialógica com os sujeitos da pesquisa, e, portanto procurar ouvi-los de fato, não só para que a interação transcorra de maneira adequada, mas também para que compreenda bem o que está estudando. *E (...) no momento da divulgação dos resultados da pesquisa, quando não pode se abster da responsabilidade sobre o conteúdo do material publicado, assim como sobre as implicações previsíveis de sua divulgação* (OLIVEIRA, 2000, p. 5).

Dessa forma, em sua totalidade, os procedimentos para a coleta dos dados neste estudo não foram invasivos sob o aspecto físico e se fizeram respeitando a dignidade da pessoa humana. Da mesma forma, cuidou-se para que o anonimato, a confidencialidade, a redução de quaisquer desconfortos ou riscos com a realização da pesquisa fossem premissas do estudo.

Para a realização das entrevistas, em que há uma interação direcionada, individual e privada foi assegurado o cumprimento das exigências da Resolução 196/96, no que se refere ao Consentimento Livre e Esclarecido. Os sujeitos foram informados sobre objetivos e finalidades da entrevista e foi solicitada autorização para uso do gravador.

⁷ A Resolução 196/96, no artigo IV, prevê casos em que o mérito da pesquisa depende da restrição de informações aos sujeitos ou esclarecimentos necessários para o adequado consentimento pré-informado (BRASIL, 1996).

CAPÍTULO 4 -

MODO DE VIDA NO TERRITÓRIO SÃO JOSÉ:

REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO

1 MODO DE VIDA NO TERRITÓRIO SÃO JOSÉ: REALIDADE EM TRANSFORMAÇÃO

O cenário do estudo é composto pelo território referenciado ao Centro de Saúde São José na divisão territorial da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Abrange o Bairro São José, parte do Bairro Inconfidência e parte do Bairro Alípio de Melo, na Administração Regional Noroeste do município. Moram, nesse território, aproximadamente 4500 famílias, em torno de 18.900 pessoas.

Convive-se, no território, com grandes disparidades: áreas de baixo risco social e à saúde, com excelentes indicadores de qualidade de vida urbana, habitadas por população de classe média e áreas de extrema pobreza habitada pela população em extrema vulnerabilidade social. Convive-se, ainda, com áreas consideradas de médio risco que, embora apresentem indicadores de qualidade de vida urbana e à saúde mais favoráveis, estão expostas a vulnerabilidade como a violência e o narcotráfico.

Embora não fosse objetivo do estudo realizar uma análise sócio-econômica do território, apreender como se expressam, em medidas, as condições objetivas de vida foi fundamental para caracterizar a realidade do São José. Reconhece-se a parcialidade dos dados que se apresentam e o fato de refletirem certos indicadores construídos numa perspectiva normativa, a partir de aspectos quantitativos, e que não retratam a potencialidade das pessoas (KOGA, 2003) para interferir na realidade, o que realmente importa neste estudo. Mas foi a consideração dessas medidas que permitiu, nos caminhos de Certeau (2005), estabelecer uma abordagem do território que evidencia as imposições materiais e administrativas na definição do Bairro, ao mesmo tempo em que se traça uma análise sócio-etnográfica da vida cotidiana.

1.1 Condições de vida e saúde no território: do velho ao novo

Desde as primeiras aproximações ao cenário do estudo, a preocupação em entender o modo de vida local compôs minhas indagações e direcionou as buscas

por relatos que compusessem um quadro geral da história do Bairro. Nessa construção, deparei-me com um contexto peculiar que se reflete diretamente em meu objeto de estudo: o reassentamento das famílias da Vila São José que representa a área de muita elevada vulnerabilidade social no cenário do estudo. O tema é recorrente entre os moradores da região e objeto das políticas públicas com forte presença do Estado e de organizações não-governamentais discutindo essa temática no território.

O Bairro São José nasceu, na década de 1960, do loteamento da fazenda São José cujo proprietário era o Coronel Alípio de Melo. Desde seu início, foi constituído por loteamentos irregulares configurando o processo de sub-urbanização da capital (COELHO, 2004). Com a abertura dos loteamentos pelos familiares do Coronel Alípio de Melo, já se tinha conhecimento da formatação de um projeto pela Prefeitura de dar continuidade à avenida Pedro II, iniciada em 1930 e cuja extensão àquela época era de 3.300 metros. A avenida foi se alongando no sentido centro-bairro com o crescimento da cidade e favoreceu a ocupação dos bairros Padre Eustáquio, Caiçara, Minas Brasil na Regional Noroeste do município. O Bairro São José cresceu em uma região de forte especulação imobiliária face à atrativa concretização da obra (completa) da avenida Pedro II, considerada importante via sanitária, de interligação do Centro da cidade às Regionais Pampulha e Noroeste.

O crescimento do Bairro confrontava-se com a escassez de equipamentos públicos (escolas, serviços de saúde, praças) bem como de serviços coletivos (água, energia elétrica, transporte). Por outro lado, desde seu surgimento, Coelho (2004) relata a existência de uma rede social constituída pela união de moradores e vizinhos, associações religiosas, clubes e associações de moradores como estratégia para reivindicar e enfrentar os problemas locais.

Na década de 1970, a ocupação espacial do Bairro ganha outra configuração: a Vila São José. Os moradores mais antigos explicam que a Vila surgiu da remoção dos moradores de uma outra Vila da cidade, a Vila dos Marmiteiros, pela necessidade de se construir a Via Expressa, em pleno movimento de expansão do município. O surgimento foi repentino e o crescimento vertiginoso. A Vila surgiu nas áreas desocupadas do Bairro, ao longo dos córregos, justamente por onde já estava prevista a continuação da avenida Pedro II (COELHO, 2004).

A realidade objetiva do Bairro e da Vila São José é marcada por precárias condições de vida. O Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU)⁸ da Unidade de Planejamento Jardim Montanhês, que contém o Bairro e Vila São José, coloca a região entre as dez piores do município em termos de qualidade de vida urbana. O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS)⁹ também aponta para uma área de grande exclusão social no município (BELO HORIZONTE, 2005b).

É importante destacar que dados apurados no IQVU e no IVS retratam o modo de vida no território ao expressarem a oferta e o acesso a serviços de saúde, educação, condições de moradia, esporte e lazer, etc. Entretanto, é preciso considerar que o território é um lugar de diversos. A realidade do São José ilustra essa afirmação. Ao mesmo tempo em que há áreas como a Vila com precárias condições de vida, há áreas consideradas de baixo risco social e à saúde composta por famílias de melhor acesso ao consumo de bens. A diversidade no território nem sempre é tomada em seu valor positivo; pelo contrario, em diversas situações vivenciadas no cotidiano, a diferença em ser morador da Vila ou ser morador do Bairro é conflituosa e marca o direcionamento das intervenções sociais. Cito, como exemplo, a conversa entre duas integrantes do grupo de Unibiótica em que discutiam a isenção da taxa de contribuição para participação no grupo concedida às moradoras da Vila, pactuada entre a coordenadora do grupo e a gerente do serviço de saúde (*Notas de observação, 26/01/07*).

Também foi possível evidenciar esse conflito na manifestação organizada pela Associação de Moradores do Bairro Alípio de Melo quanto ao local de reassentamento das famílias no qual o que se revelou foi um sentimento de medo da população residente da área de baixo risco em conviver tão proximamente com aqueles advindos da “favela” (*Notas de observação, 08/09/07*). Em outras situações, também foi possível identificar ruídos na convivência dos diferentes, entre as quais destaco os olhares receosos e murmúrios dos grupos que não se interagem nas

⁸ O IQVU é composto por 75 indicadores que buscam dimensionar a oferta local de equipamentos e serviços dos setores de: Abastecimento Alimentar, Assistência Social, Cultura, Educação, Esportes, Habitação, Infra-estrutura, Saúde, Segurança Urbana e Serviços Urbanos. Retrata o acesso espacial aos bens de cidadania - ou, a possibilidade espacial de acesso.

⁹ O IVS é composto por 11 indicadores que enfocam a população do lugar, buscando quantificar seu acesso a 5(cinco) “Dimensões de Cidadania”: Ambiental (Acesso à Habitação e Acesso à Infra-estrutura básica); Cultural (Acesso à Escolaridade); Econômica (Acesso à Renda e Acesso ao Trabalho), Jurídica (Acesso à Assistência Jurídica) e Segurança de Sobrevivência (Acesso à Saúde, à Segurança alimentar e à Previdência social). Configura-se como medida de acesso social e determina o quanto a população está vulnerável à exclusão do conjunto das Dimensões de Cidadania.

atividades vivenciadas no Clube recreativo (*Notas de observação, 30/09/07 e 27/04/08*). Quanto a esse último achado, os dirigentes do Clube associam a queda no número de sócios efetivos, composta principalmente pelos moradores das áreas de baixo risco, com a frequência, mesmo que pontual por meio da compra de convites, dos moradores da Vila.

Essa análise reafirma a necessidade de desagregação de dados capazes de identificar a expressão das desigualdades em cada aglomerado, ou bairro, revelando a dinâmica do micro-espaço. Nessa compreensão, a cidade é um espaço de diversos, que se organizam segundo as condições que se estabelecem nos territórios. A estrutura urbana releva e reproduz as desigualdades no que concerne à distribuição do poder na sociedade, entendido como a capacidade diferenciada dos grupos e classes em desencadear ações que lhes permitam disputar os recursos urbanos (SENA; SILVA, 2007).

As condições de saúde do território São José revelam um perfil demográfico e epidemiológico que reflete o quadro sanitário brasileiro com elevada prevalência de agravos crônico-transmissíveis. Destaca-se no território, a mortalidade de jovens por causas externas.

O perfil de mortalidade do cenário de estudo é resultado da violência sistêmica que ocorre no território e que determina o modo de vida e o processo saúde-doença. Além da violência estrutural, que se manifesta pelas condições adversas e injustas da comunidade expressa pelo quadro de miséria, falta de condições mínimas para a vida digna com acesso a moradia, saneamento básico, lazer, além da violação dos direitos humanos, a vivência no cotidiano revelou que não são as condições sócio-econômicas *per se* as responsáveis pela mortalidade de jovens por homicídios no território. Deve-se, sobretudo, ao fato de a região estar associada ao tráfico e ao comércio de drogas. Não somente a Vila, mas também outras áreas do Bairro São José, especialmente as partes altas do Bairro, consideradas de elevado e médio risco, enfrentam a disputa de grupos pelo domínio do comércio de drogas.

Os achados do estudo permitem afirmar que o modo de vida no território São José é marcado por privações e enfrentamentos. O fato de a Vila São José ser um dos maiores assentamentos informais urbanos, em área insalubre e de risco do município de Belo Horizonte, é determinante do modo de vida no cenário. A Vila caracteriza-se como uma área altamente adensada com aproximadamente 2500

famílias morando em péssimas condições sanitárias e ambientais (FORMOSO, 2007). Noventa e nove por cento dos esgotos correm a céu aberto ou por canalizações improvisadas, lançado-se diretamente no córrego São José que corta a Vila e que se torna uma verdadeira “vala negra”, com acúmulo de lixo pela dificuldade de realização da coleta, constituindo ameaça à saúde da comunidade (BELO HORIZONTE, 2005b).

A pobreza, a violência, as precárias condições de moradia conformam o conjunto de determinantes das condições de vida na Vila. Também as outras áreas do Bairro estão submetidas a vulnerabilidades que se expressam pela baixa oferta de equipamentos públicos e influência do narcotráfico. É importante destacar que há uma relação de “discriminação” da população do Bairro em relação à população da Vila, identificada nas conversas com a população e nas percepções dos dirigentes das instituições sociais do território.

“O que a gente tem percebido na Vila São José, por exemplo, devido as condições primitivas de sobrevivência dessas famílias de longa data, das condições de uma Vila que não tem a mínima organização, as condições de higiene são comprometedoras. Parece uma tribo, a grosso modo, só fazendo uma comparação, é de como se tivesse uma tribo dentro da metrópole vivendo em condições primitivas e essa tribo tem que acessar tudo que a metrópole oferece, mas cheio de preconceito da sociedade que está a seu entorno. Então até para acessar serviço é difícil, para você sair para trabalhar em um lugar lá na cidade e você tem que passar por um tanto de bairro e ficar com o pé todo atolado para pegar ônibus, esse é um exemplo grosseiro de como é diferente o modo de vida... Quando eu comparo com outras vilas como a Pedreira Prado Lopes, porque tem o NAF/CRAS que a gente conhece e são vilas totalmente urbanizadas. Situação de risco e vulnerabilidade dos familiares e da própria comunidade, como qualquer outro, como da Vila São José além desses problemas, há o agravante da questão primitiva do modo de viver.” (Entrevista E7)

“(...) as condições de quem só entrou na Vila pode descrever, ou é de lona, ou é de papelão, ou é de resto de ferro, de alvenaria e é aquela alvenaria mais mal feita, então as condições da Vila hoje são precaríssimas. Eu estou para apostar com você que não existe em Belo Horizonte nenhuma Vila com a infra-estrutura de São José. Então é uma Vila que não tem nenhum projeto de urbanização, se você entrar na Vila e vê os becos, como é que os barracos estão colocados com o outro, a forma de como aquelas pessoas vivem é assustador... Tudo lá é gato, que fala, a luz é gato, tudo é gato, então as condições de armazenamento da água é muito ruim (...) a questão da violência que hoje quem comanda na Vila não é o poder público, não é autoridade legal, quem manda é o tráfico”. (Entrevista E2)

Os relatos são significativos no retrato das condições de vida, pois destaca as situações de vulnerabilidade na região. Minayo (1994) contribui nessa análise, ao

afirmar que a criminalidade ocupa um lugar especial no universo simbólico em comunidades expostas ao narcotráfico que, com características de uma organização totalitária, impõe seu poder pelo terror, impedindo a organização social da população. De modo geral, o que se observa, nessas comunidades, são pessoas privadas de direitos básicos, de cidadania moral e sem expectativa de cidadania política (MINAYO, 1994).

Assim, as condições de vida expressas no território do São José colocam-no como uma “inquietude político-sanitária” (FOUCAULT, 2004, p. 87), sobre a qual é preciso operar mecanismos de regulação, controle e disciplinarização. Há uma postura implícita de medo da desordem e do caos e a intenção de intervir a fim de reordenar o que seria “anormal” (VALLA, 1985).

Ao mesmo tempo, os relatos dos entrevistados remetem ao reconhecimento da influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença afirmando a concepção de produção e desgaste social da saúde e resgatando o debate em torno de investimentos sociais que determinam mudanças no modo de viver e de ter saúde. Neste sentido, há um entendimento de que a situação de vulnerabilidade do território direciona para a emergência de ações públicas no território e induzem a reflexão sobre a relação condições sociais vs promoção da saúde.

Os achados do estudo evidenciam que a vulnerabilidade social, expressa no cenário do estudo, demanda ações emergenciais de “cura” dos males físicos e espirituais e resolução de carências (*Conversa com representante da igreja católica, 13/07/07*), postergando as ações de prevenção e, principalmente de promoção. Assim, os participantes revelam o baixo investimento em ações de promoção da saúde justificado pela necessidade cotidiana de atender as demandas de “cura”.

“Além de ter o tráfico de drogas, além de ter essas questões que são mesmas do ambiente, a gente percebe a vulnerabilidade nos grupos, famílias que advêm do meio social, principalmente vulnerabilidade das questões que vem do comprometimento mental, depressão, apatia, sabe. Isso você percebe que vem muito da ausência de um olhar para essas pessoas, entendeu? À medida que você começa a ver isso, a saúde faz um trabalho brilhante no centro de saúde, mas é um trabalho curativo, não é a prevenção, porque infelizmente as pessoas estão doentes e é lá que procuram... Então eu vejo que é uma luta para o centro de saúde de estar fazendo um trabalho nesse sentido, mas o curativo o tempo inteiro predominando...” (Entrevista E7).

“(...) é difícil você pensar em promoção quando você não tem um serviço organizado, organizado eu digo não só como o processo de trabalho, mas

organizado dentro da intersectoriedade que garante a promoção nesse sentido... A gente não está organizado porque o nosso tempo é todo consumido para o povo com o finalidade de atender as demandas no centro de saúde, nas atividades essenciais... É difícil a gente conseguir está articulando, participando..." (Entrevista E3)

Os achados indicam ainda que, no cenário do estudo, as diferenças territoriais determinam a oferta pública de ações priorizando certos segmentos da população vulnerabilizada, incorporando a definição de ações estratégicas na redução dos níveis de pobreza e privação das comunidades. Em última instância, essa direcionalidade assume valor positivo pois sinaliza a busca de equidade de oportunidades em direção a uma comunidade mais inclusiva. Como os recursos são escassos, a focalização de práticas torna-se um meio necessário para que a distribuição de bens na sociedade se faça pautada pela equidade. Entretanto, o "privilegio" de acesso de certos grupos vulneráveis explicita as facetas do biopoder. Esse achado contribui na compreensão das situações de vulnerabilidade do território como alvo de biopolítica na qual a vida reduzida à sua precariedade cria as condições para inclusão na gestão do biopoder (JUNGES, 2009).

Cohen et al (2004, p. 35) salientam que, dado o *risco social* em comunidades de áreas de favelas, o processo de busca de soluções de melhorias enfrenta desafios de diversas ordens: lentidão no processo burocrático de tomada de decisão e falta de interesse político; falta de recursos financeiros e necessidade de adequação dos projetos habitacionais a interesses dos órgãos financiadores e a exigências burocráticas; perpetuação das dificuldades de acesso de infra-estrutura e de um sistema fossilizado; dificuldade de remanejamento de pessoal pela exigüidade de espaços vagos e pela exigência de um processo de entendimento muito sensível e complicado por parte dos moradores; especulação imobiliária devido à realização de melhorias substanciais. Todos esses aspectos, relativos às políticas públicas, foram observados no território.

1.2 Políticas públicas e o desafio da intersectorialidade no território São José

A análise dos dados permitiu identificar a existência de políticas públicas com expressiva visibilidade no território e que se constituem vetores no plano do modo de

vida. É importante considerar que as políticas públicas estão diretamente relacionadas a aspectos da cidadania e incluem o direito à satisfação de necessidades sociais básicas, como educação, saúde, habitação, entre outros. Entende-se que as ações de promoção devem ser incluídas como políticas públicas e devem direcionar a gestão e as práticas cotidianas das diferentes instituições sociais. Dessa forma, foi fundamental identificar como a promoção da saúde se materializa em práticas que revelam o território como objeto de ação.

Os resultados permitiram construir uma representação esquemática, demonstrada na Figura 3, que ilustra a convergência das políticas públicas como instrumento do poder público para promover a qualidade de vida no território, sob o olhar vigilante e a ação política do Estado.

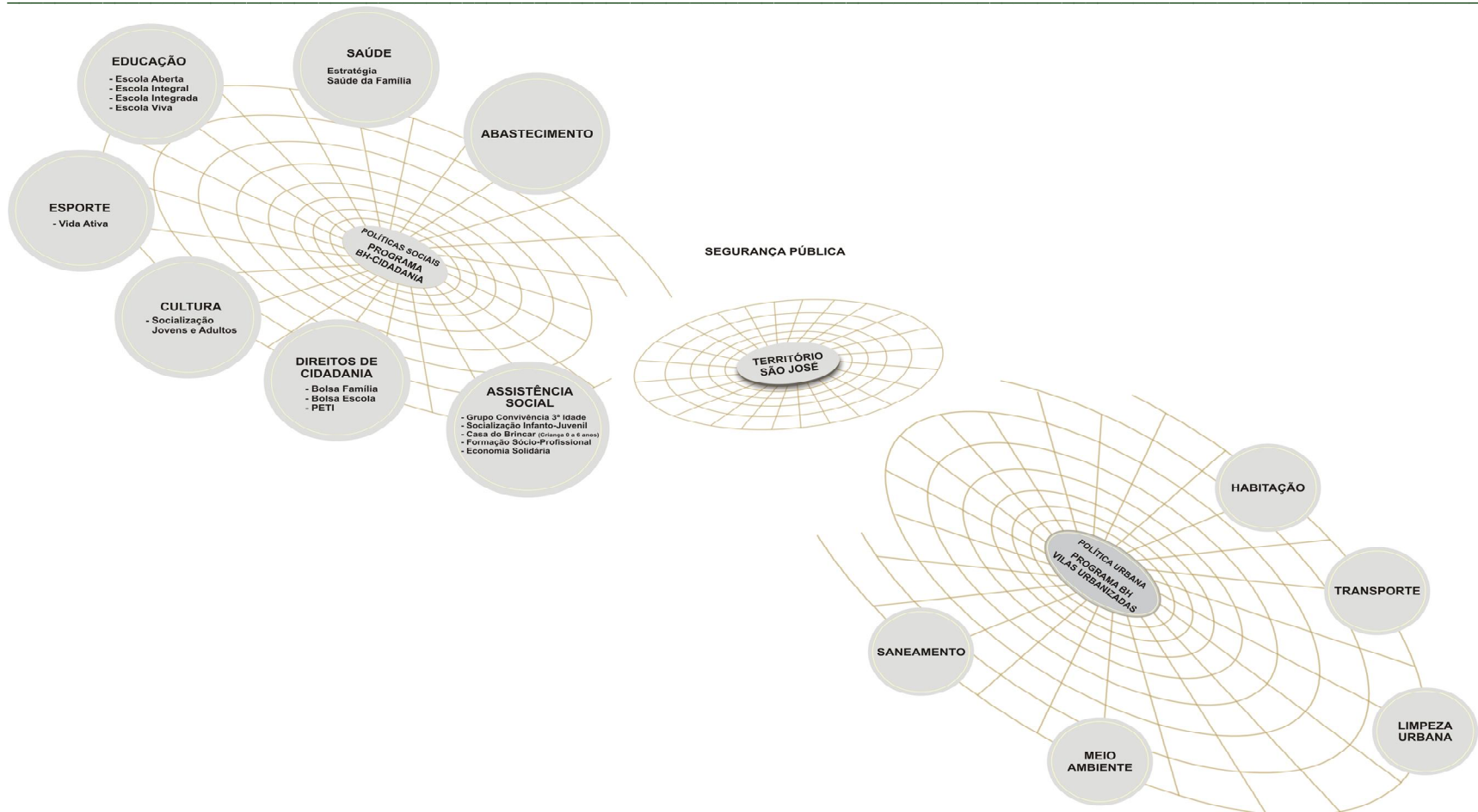


Figura 3: Políticas públicas mais expressivas no cenário do estudo.

Fonte: dados da pesquisa

A vivência no cotidiano revelou as políticas públicas como instrumentos para reduzir as vulnerabilidades presentes no território e evitar que o fenômeno da exclusão continue se consumando.

“(...) mas tem um esboço de definição bastante próprio, acompanhamento das famílias, um investimento prioritário em áreas mais vulneráveis, porque a gente atende aqui classe média, e é um programa de inclusão social, não interessa se o menino é de classe média, então é claro que a nossa prioridade é, a gente vive nessa realidade, são as famílias mais vulneráveis” (Entrevista E9).

Zaluar (1997, p. 10) contribui para a análise, ao afirmar que as políticas públicas “dever-se-iam ocupar de prevenir a exclusão mais do que reinserir os excluídos, de criar uma sociabilidade positiva mais do que de remediar a sociabilidade negativa”. Porém, no quadro social do cenário do estudo, as políticas materializam-se em dispositivos de governo, de regulamentação do território, constituindo uma intervenção sobre sujeitos e espaços.

No contexto de reassentamento das famílias da Vila São José, destacam-se, entre as políticas com forte incidência no território, aquelas essencialmente intersetoriais: o Programa Vilas Urbanizadas – Vila Viva São José e o Programa BH Cidadania. Nesses dois Programas, há certos elementos que precisam ser considerados como condicionantes da promoção da saúde e que também se configuram como mecanismos de controle social: a depender do modo como são construídas e materializadas as políticas públicas, elas podem representar um dispositivo de medicalização com medidas de higiene pública na busca de uma salubridade, ou seja, de uma base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível.

O Programa BH Vilas Urbanizadas pressupõe a promoção de profundas transformações em núcleos habitacionais favelizados no município de Belo Horizonte. As intervenções consistem na implantação de infra-estrutura sanitário-ambiental, com especial destaque para as intervenções de saneamento, drenagem e eliminação de riscos de inundações e geológicos; reestruturação do sistema habitacional local; regularização fundiária, além de propiciar acesso integrado às políticas sociais, pelo Programa BH Cidadania (BELO HORIZONTE, 2005b).

O reassentamento das famílias da Vila São José é componente do Programa BH Vilas Urbanizadas e tem sido objeto de políticas públicas. A proposta inclui o Projeto Pedro II, um plano de intervenção no sistema viário municipal com ações de

recuperação ambiental e renovação urbana que prevê o prolongamento da Avenida e sua ligação com as Avenidas João XXIII e Tancredo Neves, importantes vias das regiões Noroeste e Pampulha (Anexo 5). Prevê, ainda, a canalização dos córregos São José e Davi Rabelo que compõem a Bacia da Pampulha, o que resultará em melhoria das condições sanitárias na região e da Lagoa da Pampulha (BELO HORIZONTE, 2005b).

O Projeto é discutido desde 1985 e a obra sempre foi considerada de valor elevado e de difícil execução por envolver não só custos econômicos como, também, a retirada de um número expressivo de famílias (FORMOSO, 2007). Por conviver durante anos com a iminência de sua saída, a Vila deixou de receber intencionalmente investimentos de urbanização pelo poder público contribuindo para que se transformasse em uma das áreas de maior insalubridade e risco do município.

No período de 1989 a 2000, o Projeto Pedro II foi objeto de discussões envolvendo diferentes atores da esfera da administração municipal, parlamentares, imobiliárias, associação de moradores e organizações não-governamentais que tinham projetos distintos em disputa sobre o local de reassentamento das famílias. Em função da interrupção da Avenida Pedro II, provocada pela presença da Vila e da capacidade reduzida das outras vias existentes na área, houve um refreamento no desenvolvimento da região que ainda apresenta vazios urbanos dotados de infraestrutura ociosa e que conforma área de potencial investimento econômico com grande atração imobiliária (FORMOSO, 2007). Esse fato provocou disputas entre atores quanto ao reassentamento das famílias; de um lado, o setor imobiliário e os moradores da área “nobre” dos Bairros Castelo e Manacá que temem a vizinhança proveniente da Vila e, do outro, a grande massa de moradores, alvo de ações de organizações governamentais e não-governamentais, em busca de melhores condições de habitação.

Em 1997, a proposição de permanência das famílias na região é assumida e estabelece-se um arranjo político-institucional para a consolidação do Projeto, que concluiu sua primeira etapa em 2004, com a inauguração do Residencial São José, com 13 blocos de apartamentos, num total de 208 famílias reassentadas no entorno imediato da Vila. Para o reassentamento das famílias, a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) implementou a construção do conjunto habitacional em área

desapropriada, próxima à Vila, com apartamentos avaliados na faixa de R\$23.000,00 (vinte e três mil reais). Os apartamentos projetados foram: apartamentos de um quarto com 35 m², apartamentos de dois quartos com 44 m² e apartamentos de três quartos com 53 m² (Anexo 6).

Em 2007, com recursos do Programa de Aceleração do Crescimento do Governo federal, as obras são reiniciadas. Na segunda etapa, prevê-se o reassentamento de mais 2.400 famílias em uma área vizinha à Vila, que pertence ao município, com a construção de apartamentos de dois e três quartos, nos mesmos modelos da primeira etapa. A maior parte das famílias (1408 famílias) será reassentada nos prédios residenciais em construção na área próxima. Outras mil famílias serão indenizadas por meio do Programa de Reassentamento por Obras Públicas (PROAS) que estabelece um subsídio na avaliação das moradias de mais baixo padrão e o Reassentamento Monitorado em outras áreas da cidade.

O plano inclui obras de saneamento básico, conclusão dos trabalhos de canalização dos córregos São José e Davi Rabelo e implantação de área de lazer e convivência num prédio em que se concentram ações públicas do Projeto BH Cidadania.

É impossível vivenciar o cotidiano no território São José sem deparar-se com as discussões sobre o reassentamento. O cotidiano apresenta-se marcado pela movimentação de máquinas, homens, instituições. Também por expectativas, dúvidas e desejos com relação às obras. O contexto de extinção da Vila traz uma grande expectativa para a população e mobiliza os órgãos políticos para formularem estratégias que garantam a mudança de forma planejada. Na vivência do trabalho de campo, o processo de mudança das famílias foi revelado, por alguns, com receio mas, em sua grande maioria, os atores sociais consideram o reassentamento como a efetivação da “tão esperada” obra no território. Alguns são céticos em relação ao projeto e afirmam que, embora as obras representem uma melhoria nas condições habitacionais, por si só, não são capazes de resolver os problemas sociais da região que tomarão outras dimensões:

“eu vejo o seguinte, a Vila vai embora, vai embora o canal da Vila, mas como as pessoas vão ser movidas para os residenciais próprios, o residencial vai existir e vai aflorar na hora que as pessoas saem do convívio das vilas, casas próximas para uma socialização vertical, os conflitos vão ser maiores, as ansiedades vão ser maiores, porque antigamente mesmo você vivendo em um cômodo dois por dois, mas você tinha um quintal, uma vila inteira, um campo de futebol, você vai para um edifício que você não sabe quem é o seu vizinho do lado, a nível de

convivência vai aflorar todo esse processo e então eu acho que a gente vai ter uma demanda maior, a gente vai ter que desenvolver projetos para poder descarregar os anseios, as dificuldades que vão existir nesse convívio vertical, porque a vila vai mudar de local, mas o nível moral, social e cultural dessas pessoas continuam o mesmo...” (Entrevista O1)

“Então para mim eu vejo o futuro da Vila o seguinte, vai ter uma avenida, vai melhorar a urbanização, as pessoas vão ter acesso a saneamento básico e outros problemas vão surgir, porque elas vão ter que ser responsáveis para manter-se e elas vão ter que pagar luz, pagar água e isso vai gerar um outro problema que a gente vai ter que ver como vai ficar, porque ter a avenida não significa ter emprego, a questão social na verdade não muda, o que muda é a questão ambiental que já tinha que ter mudado há vinte anos atrás para que se pudesse fazer um projeto social e tirar a vila não é um projeto social, é um projeto ambiental e o que esta influenciado o projeto de expansão de uma avenida com o projeto social que dê para essas famílias um lar e continuar nessa região dando conta porque muitos que vão para os prédios acabam saindo porque eles não tem condições de pagar luz, água. (Entrevista E3)

“eu acho que a Vila não vai acabar, ela vai ser deslocada do caminho da Pedro II, em meu modesto modo de ver, porque por exemplo foram tirados muitos e muitos, centenas de barracões retirados e os meninos estão aqui comigo, eles mudam de casa, mas ele não muda de ser e a escola próxima é que os aceita com naturalidade, mantém um laço que quer vê-lo, e eu acho que vai arredar, então eles estão dentro de prédios em outros lugares e eu não sei agora o que te falar qual vai ser a clientela da escola daqui a três anos e eu acho que é essa clientela, porque o bairro vai demorar muito para estender depois, não sei se as pessoas vão sair daqui não. (Entrevista E10)

O investimento em política habitacional e urbana prevista para o território São José é potente para melhorar a qualidade de vida da população e, tomado sob esta perspectiva, representa uma estratégia para a promoção da saúde. Esta afirmação sustenta-se no fato de que a obra proporcionará ao contingente populacional condições sanitárias e de habitabilidade mais adequadas às suas necessidades; reduzirá a incidência de doenças de veiculação hídrica e os focos de propagação de moléstias transmissíveis por insetos e roedores, além de proporcionar à população alternativas para o desenvolvimento de atividades de lazer e recreação (BELO HORIZONTE, 2005b). Nesse sentido, Cohen et al (2004) discutem que a precariedade e o *déficit* habitacional, a deterioração da qualidade de vida e o impacto na saúde de ambientes insalubres – tal como observamos na Vila São José - ressaltam a necessidade de aumentar a eficácia e eficiência das políticas promotoras de saúde. Dentre muitos componentes da vida social, a questão da habitação contribui para a qualidade de vida uma vez que o *déficit* ou a inadequação

habitacional resulta em uma vida com qualidade inferior e, conseqüentemente, em um perfil inferior de saúde dos indivíduos e das populações.

Reforça-se a idéia de que não basta investir em urbanização; é preciso avançar em estratégias que melhorem a qualidade de vida com geração de trabalho e renda, enfrentamento da violência, superação das desigualdades. A imagem-objeto na perspectiva da promoção da saúde é um projeto que sinalize para a construção da cidadania e contribua para o desenvolvimento humano, a partir de iniciativas que dão sustentabilidade aos moradores em nível local (OLIVEIRA, et al, 2007). Nessa perspectiva, a formulação de políticas públicas intersetoriais apresenta-se como resposta ao enfrentamento de um cotidiano marcado por vulnerabilidades.

Sem negar a importância dos investimentos em urbanização e melhorias das condições de habitabilidade, é possível analisar o Projeto Vilas Urbanizadas numa perspectiva foucaultiana de intervenção sanitária sobre a cidade. Nesse sentido, os aglomerados (de pobres, doentes, desocupados, etc) passam a ser tomados como objetos da sanidade urbana e da ordem pública sobre a qual incidem estratégias de esquadramento e disciplinamento tendo os alicerces de poder no Estado na regulação do espaço urbano (FOUCAULT, 2004; 2005).

Essa concepção pode ser evidenciada na proposição do Programa Vilas Urbanizadas no qual há uma associação da *“qualidade de vida dos moradores que serão reassentados em razão das intervenções do projeto, sobretudo proporcionando a esse contingente populacional condições sanitárias e de habitabilidade mais adequadas às suas necessidades”* (Notas de análise, Programa Vilas Urbanizadas, p. 8). Cabe questionar a sobrevalorização do lugar que as condições sanitárias ocupam como determinantes da qualidade de vida e que nem sempre atendem as necessidades expressas pela população.

Sem negar a importância da habitabilidade no conjunto de determinantes do modo de vida com qualidade, há que se considerar o valor atribuído, pelas pessoas, às diferentes formas de habitabilidade e sua relação com qualidade de vida. O discurso a seguir é emblemático e revela que nem sempre ter boa moradia significa bem viver mas, com certeza, significa uma vida mais saudável, ou seja, livre de “vermes” no padrão de normatividade biomédica.

“ (...) o apartamento é mais para a pessoa rica que tem mais condição, pobre tem que morar é em casa mesmo, ter um quintalzinho, uma

varandinha... Então rico tem condição de morar em apartamento e vai lá e aluga um sitiozinho e vai lá e faz a festa dele e beleza, e o pobre não tem condição de fazer isso. Mas numa parte eu acho bom o que eles vão fazer aí, porque pelo menos para a saúde é bom, porque esse rio aí só de você andar dá pra ver o mau cheiro forte, pelo menos a saúde para as crianças que estão aí vai ser muito bom, você acaba com muitos vermes...” (Entrevista S10 e S11)

Assim, os achados do estudo indicam que as políticas nem sempre correspondem àquilo que a população valoriza como práticas de promoção. Isso leva a um descompasso entre oferta (de políticas, ações e práticas delineadas incorporando as concepções vigentes na relação entre qualidade de vida e saúde e esta, por sua vez dependente de boas condições de moradia) e necessidade (de satisfazer a seu modo as condições de vida). Com isso, diminui-se o potencial de responsabilização da população para com a definição das políticas que interferem no seu modo de vida.

A cidadania é uma categoria política que passa pela condição de responsabilização da população na definição das políticas públicas que atendam a suas necessidades e que incorpora a noção de território não somente como espaço de habitação, mas também de vivência e convivência. A fala a seguir expressa essa concepção:

“nós temos uma grande responsabilidade da promoção da saúde no território e na medida que você traz informação. Porque a perspectiva é formar, informar e transformar. Se você forma, as pessoas tem melhores condições de buscar melhores formas de se viver, muitas vezes não é só o benefício, a transferência de renda, a posição de um benefício eventual emergencial que vai promover aquela família. A promoção daquela família é muito de caráter sócio-educativo, de um processo de acompanhamento, de um pertencimento social mesmo à medida que as famílias estão fazendo a sua cidadania” (Entrevista E7)

No componente Integração Vilas Urbanizadas prevê-se a participação da população no compartilhamento das decisões sobre o projeto. Há o reconhecimento de que a condução do processo participativo a partir das entidades representativas da região é importante, mas não se faz suficiente para o exercício da cidadania em seu sentido pleno, pois as organizações expressam uma participação limitada. Assim, há um movimento importante no território para se “motivar” a participação autônoma da população. Entretanto, nos diferentes fóruns realizados para a discussão do Projeto Pedro II, o que se observa é uma postura receptiva da população. Em alguns casos há uma tendência ao questionamento e o caráter reclamatório sem, contudo,

representar uma atitude propositiva. Também em outros setores do território observa-se esse achado:

“Então hoje você vê que a motivação de algumas pessoas chega a ser assim, para mim, mas para algumas pessoas você vê até um problema, porque a motivação é hoje a reclamação que na maioria das vezes é uma reclamação injusta em relação ao serviço, ela é indevida, mas o que fazem algumas pessoas falarem alguma coisa de forma agressiva e adequada é o que elas sentem e não gostam, elas querem chegar e serem atendidas ou esperar pelo acolhimento duas três horas que a gente entende que é um incomodo esperar, mas não existe uma outra forma e você acelera o seu trabalho nessa forma, você tem que esperar porque não tem profissional para atender e isso é um furo e é um para trinta pessoa na manhã por equipe ou dois para trinta, trinta e cinco pessoas e ai tem que contar com enfermeiro , então o que motiva hoje as pessoas na maioria das vezes são as reclamações e isso é muito ruim, porque na verdade isso não motiva a mudança e muito pelo contrario, isso é motivo até para agravamento de situações.” (Entrevista E3)

O acompanhamento das reuniões de discussão do Projeto Pedro II com a população (Notas de observação, 10/10/07, 08/03/08, 26/04/08, 17/05/08) permitiu reconhecer que a presença da população nos diferentes movimentos não é suficiente criar novas rotas na configuração de poder. Nesse contra-movimento, haveria participação com poder decisão. Entretanto, o que se observou foi a tendência de manutenção de coesão social reproduzindo práticas que agem de modo a estabilizar continuamente os mecanismos de poder individualizantes organizadas pelo Estado ou pelos movimentos organizados da sociedade civil.

Akerman (2005) afirma que as experiências de desenvolvimento local têm apresentado, entre outros desafios, a sustentação de processos participativos com a ampliação do foco para além do envolvimento da população somente na definição de prioridades. Essa realidade foi também observada no cenário do estudo e tornou-se emblemática nas reuniões realizadas pela empresa Assessoria e Pesquisa (ASP) responsável pela condução do plano de desenvolvimento social do reassentamento das famílias. Na definição do eixo capacitação profissional e geração de trabalho e renda do Projeto Pedro II, revelou-se a importância do componente social para influenciar positivamente os determinantes sociais, pois *“vai gerar emprego e deve ter uns quatro mil trabalhadores ai que mexem nesse processo e porque não os próprios moradores serem protagonistas desse projeto que é uma demanda dessa comunidade”* (Conversa Assistente social, 08/05/08).

Entretanto, ele não reflete a capacidade da população nos processos de decisão sobre o futuro das obras e de suas vidas. Esse achado foi evidenciado no

levantamento dos empreendedores no território que revelou a existência de cerca de 40 comerciantes e dois produtores, sendo um proprietário de panificadora e um atravessador de recicláveis que compra de aproximadamente 100 catadores da região. Além disso, foram identificados investimentos em cursos de panificação e um projeto de recicláveis desenvolvidos por uma Fundação que atua no território. Ainda assim, optou-se por implantar, no território, uma unidade produtiva de costura e silk, nos mesmos moldes da unidade implantada em outro aglomerado de Belo Horizonte que também foi reestruturado no Programa Vilas Urbanizadas (*Notas de observação, 05/05/08 e 07/05/08*). O que se evidencia é o direcionamento das decisões para dar condições estruturais à Política de Habitação sem, contudo, representar de fato o potencial empreendedor do território. Assim, pode-se afirmar que o componente social cria um padrão de ofertas que não leva em conta os ativos sociais e humanos já existentes com forte dependência das definições institucionais (AKERMAN, 2005).

Confrontar a perspectiva do exercício externo do poder, exige a construção de possibilidades de fomento dos processos emancipatórios da população capaz de fazer escolhas e, assim, de praticar a cidadania. Nessa perspectiva, o Programa BH Cidadania é uma das políticas de grande magnitude e visibilidade de ações no cenário do estudo.

O Programa BH Cidadania foi criado em 2002 pela PBH como uma iniciativa que propõe ação integrada e maciça, focada no território vulnerável, com atuação articulada das políticas sociais, a fim de conseguir mudanças concretas na realidade de vida de pessoas vulnerabilizadas. O conceito de público vulnerabilizado, para o BH Cidadania, está relacionado com o fenômeno da exclusão social e, para atender a esse fenômeno, o Programa se ergueu sobre os conceitos de descentralização, intersetorialidade, territorialidade e participação cidadã e atua em cinco linhas: Transferência de renda, Inclusão Produtiva, Educação, Saúde e Sociabilidade com foco referenciado no grupo familiar (BELO HORIZONTE, 2003).

Os objetivos do Programa BH Cidadania são: garantir a acessibilidade aos bens e serviços de saúde, Educação, Cultura, Esportes, Abastecimento, Assistência Social, Direitos da Cidadania e de Inclusão Produtiva, articulados às políticas urbanas; reduzir fatores de risco e vulnerabilidade social das famílias e promover relações de solidariedade entre os membros da comunidade.

Os trabalhos nos territórios iniciam-se com o cadastramento das famílias pelos Núcleos de Apoio à Família (NAF), serviço de base local da Assistência Social que conta com um equipamento físico específico para desenvolver suas atividades. No cenário do estudo, o NAF ocupa um andar do Centro de Apoio Comunitário Jardim Montanhês numa relação de cooperação entre Estado e sociedade civil.

Os NAF funcionam como a “porta de entrada” das famílias beneficiárias do Programa. É onde são cadastradas e encaminhadas para a rede de serviços sociais disposta no território e no entorno. Propõe-se que as áreas temáticas (saúde, educação, cultura, esportes, abastecimento, assistência social, direitos da cidadania, entre outras), bem como as organizações não governamentais que pertencem à rede de atendimento social do Município, discutam e decidam as atividades, conforme os mecanismos do modelo gestor, num Fórum local do BH Cidadania.

O território do BH Cidadania Vila São José contempla um universo de 5000 famílias que inclui toda a Vila e parte dos Bairros Jardim Montanhês e Jardim Alvorada. O grupo técnico do BH Cidadania Vila São José – nível local - reúne-se mensalmente, desde novembro de 2006 e é composto por representantes dos setores de Assistência Social (NAF/CRAS), Saúde (C.S. São José, Jardim Montanhês e Jardim Alvorada), Educação (as três escolas municipais do território pois as escolas estaduais são sempre convidadas mas nunca participaram), Abastecimento, Cultura, Esportes e Direitos de Cidadania (Bolsa Família).

Embora o enfoque do Programa BH Cidadania seja a família, as atividades se organizam de acordo com a faixa etária e efetivamente os grupos beneficiados são as crianças, adolescentes e idosos das famílias mais vulneráveis no território, conforme demonstrado no Quadro 5. Há propostas de atividades para o público adulto mas, por uma série de razões circunstanciais, não se desenvolvem.

Ação	Objetivo
Casa do Brincar	Serviço que atende crianças acompanhadas por um familiar. Seu objetivo é o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários através do resgate do brincar, da cultura local e da convivência. A Casa do Brincar possui acervo de brinquedos, jogos, CDs e livros para esta faixa etária.
Socialização infanto-juvenil (6 a 14 anos)	Realiza atividades de promoção, proteção, desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes, no horário alternado ao da escola. Nesses espaços são realizadas atividades de apoio social, atividades de esporte e lazer, arte e cultura além da alimentação e encaminhamento à saúde.
Programa para Jovens (15 a 18 anos)	Objetiva estimular os jovens na elaboração de projetos de vida pessoal e comunitária. Os jovens são acompanhados por educadores sociais do programa. Os adolescentes recebem, ainda, um benefício financeiro mensal
Grupo de convivência para idosos	Oferece atendimento à pessoas acima de 60 anos. É destinado à promoção e prevenção, contribuindo para o envelhecimento saudável através de atividades de lazer, esporte, arte e cultura.

Quadro 5: Ações por faixa etária no Núcleo de Apoio à Família/Centro de Referência em Assistência Social.

Fonte: Relatório - Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social.

A análise do conjunto de ações desenvolvidas no Programa BH Cidadania revela a presença de um Estado indutor, articulador e agregador de condições estruturantes para a promoção da saúde no território, reforçando os achados de Carvalho (2007) ao expressar o movimento importante de retomada da força do Estado como inteligentista do fazer público sem, contudo assumir a execução direta dos serviços públicos em sua totalidade.

O Fórum local do BH Cidadania representa uma proposta de intersectorialidade que pressupõe integração e articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Também considera a articulação entre as políticas públicas para subsidiar o enfrentamento de situações complexas tais como as que se apresentam no território São José:

“eu tenho convicção pessoal e profissional dessa área que a gente só vai conseguir todos se a gente se juntar, porque o menino não aprende, mas muitas vezes é porque ele apanha em casa e se a assistente social não for

lá para falar com a família, não vai adiantar; porque muitas vezes ele não aprende porque ele não escuta direito e a família tem hipertenso porque o filho dela, enfim...” (Entrevista E9)

No escopo do BH Cidadania, toma-se o território, em seu caráter histórico e social, como espaço que revela as condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território. Representa, pois, uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais e em saúde (PAIM, 1997).

É preciso também considerar a delimitação do território como uma estratégia biopolítica de organização e controle dos espaços urbanos e da pobreza urbana que coloca em evidência o “lugar” como objeto de intervenção. Ao mesmo tempo, é preciso analisar o Programa BH Cidadania como um mecanismo de controle do público mais vulnerável no território, reforçando a afirmativa de Adorno (1999) que, para além das coisas e lugares, na cidade como construção moderna, as pessoas são outro campo de intervenção que tem, na institucionalização, o mecanismo de controle e disciplinarização. Institucionalização no sentido amplo de submissão a regras e normas de condutas tais como as que se desenvolvem nos grupos de socialização infanto-juvenil e nos grupos de convivência da Terceira Idade.

“Então eu acho que a gente tem um desafio, eu acredito que a assistente social se depara quase que o tempo inteiro com uma situação de degradação, violação de direitos, dos idosos, de pessoas com necessidades especiais, das crianças e dos adolescentes, e daqueles membros mais frágeis dos núcleos familiares, muitas vezes em função de uma série de outras questões, que não seja exatamente a negligência pela negligência, a negligência por falta de acesso, a negligência por comprometimento mental, por dependência química, e aí como essas ações da assistência social vai dar conta da comunidade” (Entrevista E7)

É importante reconhecer que, apesar das limitações e dos desafios presentes em uma prática que procura romper com a visão individualista e setorializada dos problemas sociais de saúde, o Programa BH Cidadania materializa uma prática política, de gestão, de assistência, de controle e participação social na construção da cidadania local e mundial. Ao propor a redução dos níveis de pobreza e de privação das comunidades, o que busca é a equidade de oportunidades em direção a uma cidade mais inclusiva o que, em última instância, promove a saúde das populações (SENA; SILVA, 2007).

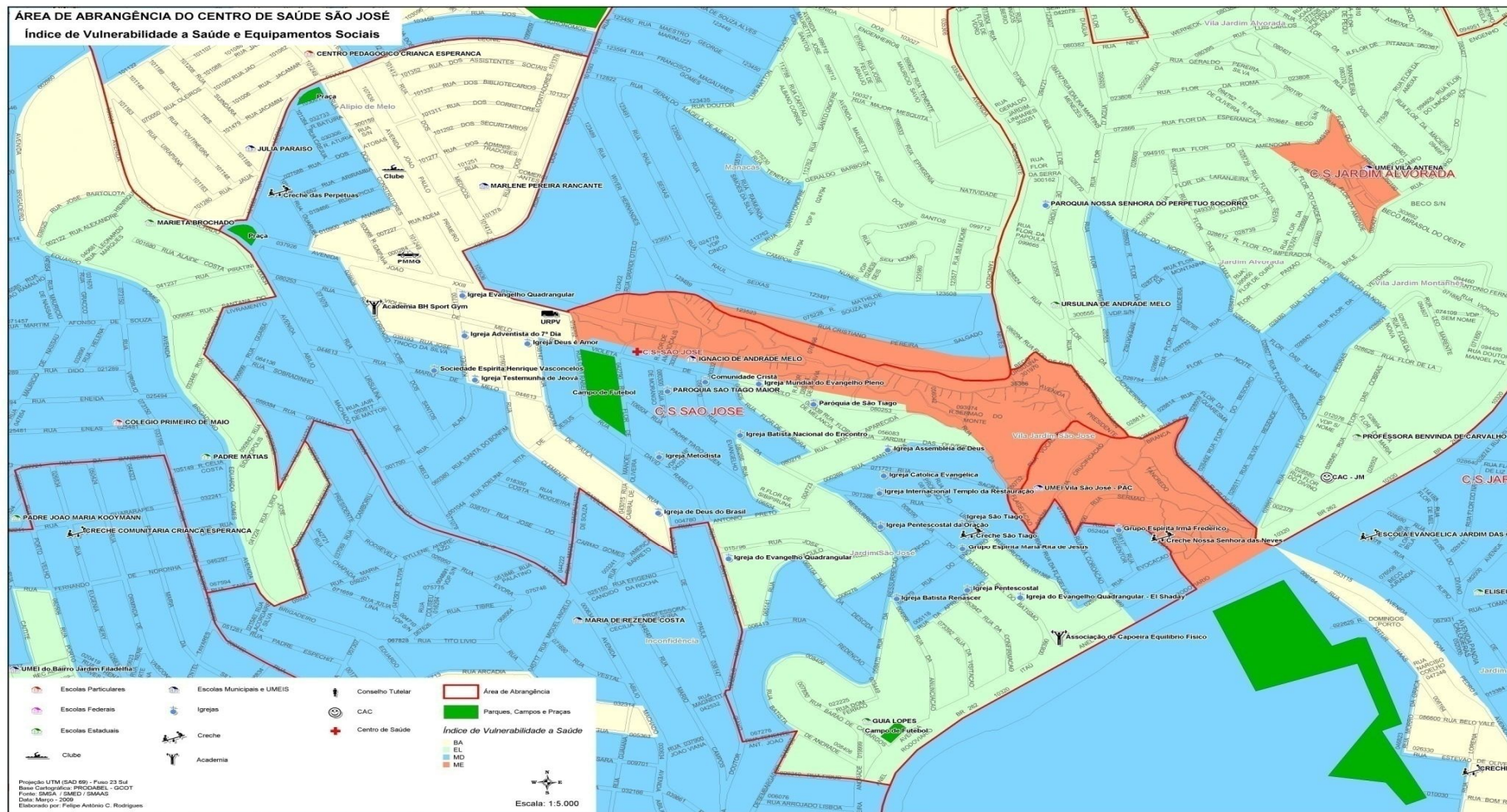
Para isso, é colocada em ação uma série de dispositivos de vigilância e controle. O fato de no Fórum serem discutidos os rumos das políticas sociais do território sem, contudo, ter a presença de representantes das organizações não-governamentais – que atuam num movimento paralelo com a mesma finalidade – e, sobretudo, da população, situa-o como uma estratégia de gestão que se propõe intersetorial. É preciso rediscutir os processos participativos dos diferentes setores para de fato constituir-se uma perspectiva intersetorial uma vez que, no cenário estudado, assistência social, educação e saúde têm forte presença no Fórum e, marginalmente, situam-se direitos de cidadania, abastecimento, esporte, cultura. Também, na perspectiva da intersetorialidade, o Fórum local do BH Cidadania precisa incorporar a participação dos vários movimentos e grupos sociais presentes no território, por meio da construção de parcerias.

Os achados do estudo permitem afirmar que o Programa BH Cidadania configura-se como um mecanismo que agrega elementos no processo de emancipação da população ao ampliar a oferta de ações que contribuem para se estabelecer um novo *modus vivendi*. Aqui, a noção de oferta pública estende-se às práticas de lazer, esporte, convivência que, mesmo focadas em certos segmentos da população vulnerabilizada, sinaliza o cumprimento de direitos de cidadania. Não se pode negar, também que o intuito do Programa em “informar, formar, transformar” fundamenta as bases para a responsabilização e a ampliação da capacidade da população em modificar os modos de vida e, por isso, configura-se como uma estratégia estruturante para a promoção da saúde.

1.3 Espaços e redes sociais mediando a promoção da saúde no território

O mapeamento sistemático do cenário de estudo revelou a existência de diferentes espaços sociais importantes para promover a qualidade de vida e de saúde da população. Ao referir-me a espaços sociais, falo dos equipamentos e movimentos sociais que conformam o cotidiano no território. O registro da localização dos equipamentos e movimentos revela assimetrias na disponibilidade e distribuição dos recursos, conforme demonstrado na Figura 4.

Figura 4: Espaços sociais mapeados no território.



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise do mapeamento revela áreas de maior e de menor privação de espaços sociais no território. Na Vila, constata-se a ausência de espaços sociais. Mas seu entorno é marcado pela presença de instituições religiosas e organizações governamentais ou ligadas ao aparato do Estado, demarcando uma fronteira entre o Bairro e a Vila.

Os achados do estudo permitem considerar que a estrutura urbana expressa, com efeito, as desigualdades existentes em uma cidade quanto ao acesso aos recursos materializados no espaço urbano, em razão da localização residencial e da distribuição desigual dos equipamentos, dos serviços urbanos, da renda e do bem-estar social. (RIBEIRO; SANTOS Jr, 2003)

Sobre o uso dos espaços públicos, Leite (2006) salienta que certos setores da população tendem a desenvolver modos próprios de interagir com os espaços, independente dos usos oficialmente esperados, o que, de certa forma, representa uma subversão prática e simbólica com forte ressonância nas práticas cotidianas de usos dos espaços da cidade. Com esse entendimento, foi possível refletir sobre a sub-utilização dos espaços existentes no cenário: não há atividade nos campos de futebol durante a semana, só campeonatos aos sábados. Nas praças, o fluxo de pessoas é pequeno restringindo-se àquelas que as utilizam como percurso da vida diária para o trabalho e para as atividades cotidianas como compras. No clube, o movimento só é intenso nos finais de semana ensolarados.

Esses achados parecem importantes frente à associação da localização de espaços com a prática de exercícios físicos que, mesmo adotando um enfoque behaviorista da promoção da saúde, não pode ser desconsiderada como um incentivo à um hábito saudável. Ferreira e Najjar (2005) apontam que a riqueza na oferta de instalações para a prática do exercício, além de servir de estímulo visual, chamando a atenção das pessoas para a prática do exercício, reduz barreiras físicas e psicológicas associadas ao exercício, uma vez que a proximidade do local de exercitação diminui o tempo de deslocamento da pessoa. Há que se considerar também que os espaços ao ar livre contribuem, de modo potencial, para uma vida ativa, além de constituírem parte significativa da identidade comunitária. Sugerem, portanto, que intervenções ambientais e, no âmbito de políticas públicas, podem influenciar grupos populacionais. Ademais, a análise do conteúdo geográfico do cotidiano contribui para o entendimento da relação entre espaço e movimentos

sociais, enxergando, na materialidade, uma condição para a ação; uma estrutura de controle, um limite à ação; um convite à ação, conforme discutido por Santos (2006).

Consideramos que o lazer é um direito social defendido na Constituição brasileira, como direito de cidadania, sendo necessário analisar a oferta pública desses espaços para garantir o acesso a toda população. Para além dos espaços físicos, as ações do Programa BH Cidadania desenvolvidas no território propõem o lazer como atividade de intervenção nos grupos de crianças, adolescentes e idosos. Também no serviço local de saúde, há uma iniciativa de desenvolver atividades de lazer uma vez por semana envolvendo a população e os trabalhadores da unidade.

Um aspecto do modo de vida que se destaca na distribuição dos espaços sociais no território é o expressivo número de instituições religiosas no entorno da Vila. Foram identificadas 24 organizações religiosas, representadas na Figura 5, de diferentes orientações, concentradas nas áreas de elevada vulnerabilidade social.

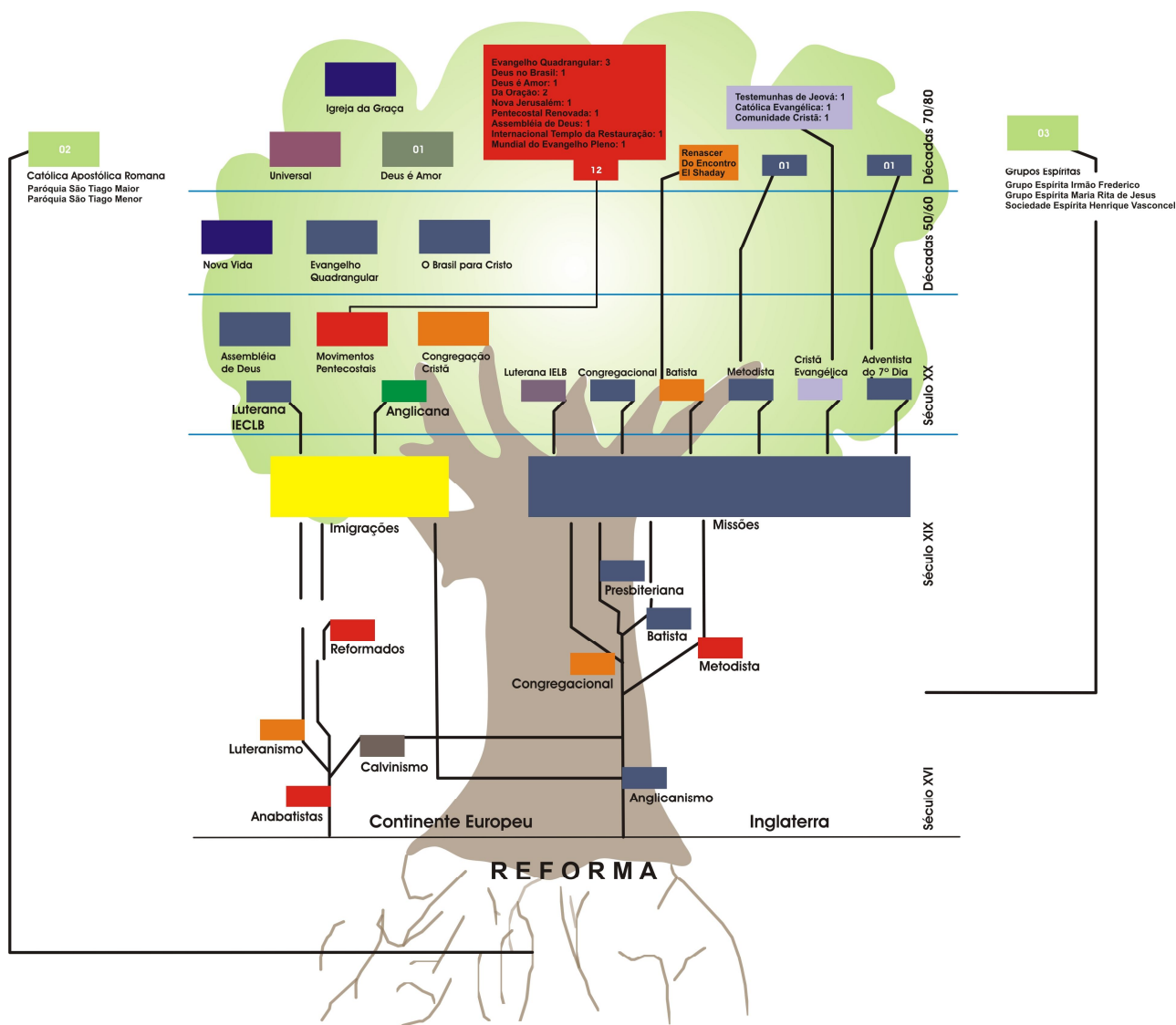


Figura 5: Instituições religiosas no território do estudo.

Fonte: dados da pesquisa

Em conversa com um representante religioso no cenário do estudo, ele ressalta a expansão das instituições religiosas como resposta às demandas geradas pela carência econômica, cultural e social, afirmando “o consumo do sagrado, que é a busca de solução para os problemas da vida que levam as pessoas às igrejas na busca do cartático [termo grego que pode ser traduzido como lavar a alma] e não para elevar a alma, que é o verdadeiro papel da fé e da religião” (Conversa com representante da igreja católica, 13/07/07).

Mendonça (1989) contribui nessa análise, ao apresentar um panorama do protestantismo no Brasil e afirma haver um movimento de cura divina que exerce um papel social importante, promovendo a catarse dos conflitos do cotidiano que desabam sobre as classes pobres e periféricas dos grandes centros urbanos. Nesse movimento, representado, sobretudo, pelas igrejas pentecostais, a busca de bens mínimos para a vida, como saúde e emprego, torna-se objeto de cura, numa relação muitas vezes contratual e descompromissada. A realidade, no cenário do estudo, aproxima-se desse panorama.

Por outro lado, essa identificação permite discutir a expansão do número de instituições religiosas como uma resistência difusa à medicalização autoritária dos corpos e doenças, como argumentado por Foucault (2004, p. 97), *“não serão elas [as práticas religiosas] uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, a socialização da medicina, o controle médico que se abate essencialmente sobre a população pobre?”*

Nesse sentido, Valla (2001) contribui para a análise, ao discutir a procura das camadas populares pelas igrejas que oferecem grupos de suporte alternativo e criam motivação para resistir à pobreza, fazendo com que essas igrejas ofereçam um potencial racionalizador, isto é, um sentido para a vida, numa tentativa de viver a vida o mais plenamente possível. Sob essa lógica, a busca pela religião é uma estratégia de resistência e reforça a constituição de autonomias. Ao mesmo tempo, os achados permitem a compreensão de que é preciso considerar as igrejas e práticas religiosas na penetração capilar que apresentam em muitos ambientes nos quais a população, especialmente a mais pobre, procura atuar em defesa de si mesma (ANTONIAZZI, 1989). Portanto, representam um espaço social e político com potencial para ser explorado como espaço para a promoção da saúde.

Outro aspecto que se revela, na compreensão da realidade empírica, é a existência e a incidência de um expressivo número de organizações e iniciativas de ação social e comunitária no território (associações, fundações, institutos, conselhos). Existem aproximadamente 29 organizações não-governamentais mapeadas no cenário. Há também aquelas que, mesmo situadas em outras áreas de abrangência, executam ações importantes no território. Entre as organizações de iniciativa comunitária, há quatro associações comunitárias, a Associação de Moradores da Vila São José, a Associação Pró-Melhoramentos do Bairro São José, a Associação de Moradores do

Bairro Alípio de Melo e a Associação de Moradores do Residencial São José. As duas primeiras têm pouca atuação social. Entre as associações de bem-estar social, prevalecem aquelas que têm como público-alvo crianças de zero a seis anos (cinco creches) e organizações de assistência a crianças de seis a 14 anos (três instituições). Há um grupo de atendimento à terceira idade com sede no território mas com pouca atuação e um grupo de convivência que, mesmo com sede em outro território, é muito atuante e tem seu público composto unicamente por moradores da Vila. Em cada um desses espaços sociais, a promoção da saúde revela-se de diferentes formas e com diferente intensidade.

A Figura 6 representa as organizações da sociedade civil que desenvolvem ações no território e que foram reconhecidas no trabalho de campo. Supõe-se que há outras organizações que não estão representadas neste estudo.



Figura 6: Organizações da Sociedade civil com atuação no território.

Fonte: Dados da pesquisa.

A distribuição dos movimentos sociais no cenário do estudo revela aspectos das redes sociais e comunitárias e do estilo de vida da população. As redes sociais têm como objetivo ampliar e aprofundar os espaços de reflexão-ação que permitem a aprendizagem de lições positivas para a construção de realidades que coloquem os

seres humanos como sujeitos do desenvolvimento (BALDERAS, 2004). É importante destacar que, para uma rede social ser legítima, deve haver participação voluntária e autônoma dos envolvidos, respeito às diferenças, isonomia entre os participantes e horizontalidade em suas relações.

Os achados permitem evidenciar que a vulnerabilidade e o risco social no território demandam ações da sociedade civil organizada para o enfrentamento das questões sociais complexas. Essa situação coloca as redes de solidariedade como instrumentos importantes no enfrentamento de situações adversas, principalmente em contextos de insegurança econômica e falência dos serviços públicos (FONTES, 2008). Os relatos a seguir ilustram essa concepção:

“a Vila tem uma rede de solidariedade, tem moradores, pastores, pessoas ligadas à rede católica, pessoas ligadas às entidades espíritas, moradores mesmo que formam uma rede de solidariedade de grande importância para a Vila, que são lideranças informais, não tem liderança formal na Vila (...) eu acho que o mais importante é que existe uma mobilização nessa região e eu não saberia te dizer se isso é comum em outras regiões da cidade, mas eu vejo que aqui tem uma mobilização muito importante do poder público, tanto o poder público mesmo as ONGs, e eu acho que as zonas de vulnerabilidade que essa comunidade tem mobiliza as pessoas para isso, não dá para você ficar parado vendo...” (Entrevista E7)

“existe uma demanda crescente e um poder público não atuante. Então as ONG e as organizações, associações e sociedade civil organizada estava tentando dar uma cobertura na grande fatia que não é apropriada para os serviços públicos, o governo federal, estadual e municipal (...). Então a instituição cresceu e criou horizontes e abriu espaço para as parcerias e sem eles a gente não faz nada, a instituição é uma instituição de base local que já atendeu a regional Noroeste da Prefeitura de Belo Horizonte com parceria de inclusão produtiva, socialização de criança, portador de necessidades especiais, o pessoal da terceira idade, a inclusão para pessoas atendidas com problemas sociais como bolsa escola, bolsa família, plantão social. Então o nosso foco são as pessoas que estão no patamar de vulnerabilidade de risco então são pessoas que estão abaixo de um nível de sobrevivência, um nível sustentável” (Entrevista O1)

O número de organizações da sociedade civil indica o grau de organização e de atividade dessa sociedade, uma vez que essas organizações, com diferentes objetivos e graus de formalização, representam um contraponto à atomização dos indivíduos e à desintegração social nas sociedades modernas. (ANDRADE; VAISTMAN, 2002). É finalidade da rede social ampliar o capital social, ou seja, as relações de solidariedade e de confiabilidade entre indivíduos, grupos e coletivos, inclusive a capacidade de mobilização e de organização comunitária, traduzindo um senso de responsabilidade da própria população sobre seus rumos e sobre a

inserção de cada um no todo, o que, em última instância, representa um campo de ação da promoção da saúde. Ademais a rede social deve ter propósito e deliberação. Entretanto, a ampliação das redes comunitárias e das organizações não-governamentais leva-nos a refletir sobre a relação Estado-Sociedade Civil, questionando a tendência de uma intenção progressista revelada por trás da expansão do Terceiro Setor: menos Estado, mais sociedade civil (MONTAÑO, 2007).

Os achados do estudo revelam uma rede social com caráter fortemente assistencialista e de inserção no contexto de privação. A existência da rede, *per se*, não garante o alcance da cidadania. Nessa direção, a importância da rede social local não pode significar que somente a solidariedade comunitária seja potencialmente capaz no enfrentamento das situações de exclusão social vividas pelos moradores. Deve significar justamente o reconhecimento pelo Estado das particularidades enraizadas na própria sociedade brasileira, que precisam ser consideradas no processo de desenvolvimento (KOGA, 2003) e devem ser tomadas como dispositivos que agreguem valor às propostas de promoção da saúde por meio do empoderamento comunitário.

A análise da relação entre as organizações da sociedade civil presentes no território e o Estado indica um pluralismo de práticas e de valores defendidos. Há desde iniciativas que propõem a execução de ações (como a Ação Social São Tiago), colaboração (como o Centro de Apoio Comunitário Jardim Montanhês), controle das ações estatais (como os conselhos locais), co-gestão de políticas (como o Fórum de Rede das organizações não-governamentais) até a substituição do Estado (como as pastorais e as creches). Esse achado ressalta o que Landim (1998) apresenta como um campo em que prevalecem relativizações de fronteiras entre segmentos variados e fenômenos muitas vezes pouco visíveis, de sentidos ambíguos e contraditórios, de definição situacional e, sobretudo, em transformação.

Os resultados indicam que, no cenário do estudo, a capacidade de mobilização e de organização comunitária para participação das ações em sociedade é marcada pela institucionalidade dos processos participativos. Há diferentes espaços para participação e que poderiam ser tomados para o aumento das habilidades pessoais e empoderamento comunitário. Mas esses espaços não se configuram como dispositivos que agregam novas forças sociais na contramão da regulação social,

pois não se trata da população atuando de forma independente e autônoma, mas de movimentos sociais que estão sujeitos a uma série de normas e regras que são extensivas ao modo de vida e à promoção da saúde.

Nesses espaços, também prevalece a dependência do aparelho estatal, à medida que são financiados por entidades governamentais para desempenhar as funções estatais de forma terceirizada, caracterizando, assim, a falta de autonomia em relação ao Estado. Corrobora com essa afirmação o fato de que, das 29 ONG's do território, 12 são conveniadas com a PBH. Entre elas, destacam-se as creches que são subsidiadas em torno de 85% de seu orçamento com recursos da Secretaria Municipal de Educação (*“as creches são hoje instituições públicas não-estatais”* Notas de observação, Reunião do Fórum Local do BH-Cidadania, 23/08/07). Também é preciso citar a Ação Social São Tiago, uma das instituições de maior atuação no território com ações de educação infantil, socialização de jovens, inclusão social e produtiva e que recebe recursos das Secretarias Municipais de Educação e de Assistência Social, além de contribuições de organismos nacionais e internacionais.

Para além da atuação isolada de cada organização não-governamental no território, a vivência no campo permitiu identificar e analisar o Fórum de Redes das organizações não-governamentais. O Fórum de Redes é um encontro de discussão das entidades não-governamentais que atuam no território. Reúne representantes dos Conselhos Locais de Saúde, Assistência Social e Segurança Pública, Associação de Moradores dos Bairros São José, Jardim Montanhês e Jardim Alvorada, Ação Social São Tiago (ASST), Fundação Esmeralda Campelo, representantes das Paróquias São Tiago e Santa Margarida Maria Alacoque, Associação Franciscana de Educação e Ação Social (EDUCAFRO), Pastoral da Criança, Conselho da Sociedade São Vicente de Paulo, Educandário Infantil Presbiteriano (EPRE), Oficina Pedagógica Padre Tadeu Gabrielli, Instituto Humanitário Gente Feliz.

Particpei de onze encontros do Fórum, de julho de 2007 a novembro de 2008. O Fórum se reúne ordinariamente uma vez por mês e tem como pauta a discussão dos problemas do território com a finalidade de compartilhar formas de enfrentamento. Sua organização pode sinalizar o movimento de empoderamento comunitário para a

promoção da saúde e explicita a busca pela construção de ações conjuntas para enfrentar os desafios de um território marcado pela vulnerabilidade social.

No contexto do reassentamento das famílias da Vila, a discussão do Projeto Pedro II e suas implicações sociais estiveram presentes nas discussões do Fórum com participação de representantes das Secretarias de Políticas Urbanas, de Habitação e da Administração Regional Noroeste para exposição das ações a serem desenvolvidas no território. O Fórum de Rede teve um papel essencial na definição do componente social do projeto Vila Viva São José organizado em três eixos: mobilização e organização comunitária, educação sanitária e ambiental e geração de trabalho e renda. A empresa responsável pelo desenvolvimento do projeto social (Assessoria Social e Pesquisa – ASP) passou a ter assento nas discussões do Fórum.

O Fórum discute também outras demandas da região como o enfrentamento da violência, que contou com a participação de representantes do Batalhão de Polícia Militar responsável pelo território; mobilização para votação das obras regionais do Orçamento Participativo; divulgação dos grupos organizados da região (como os Escoteiros, Pastorais, grupos de Terceira Idade).

Um dos elementos que se destaca na análise do Fórum de Redes, e que deve ser tomado como revelador do modo de vida no cenário, é a ausência da população “autônoma” no Fórum que se faz acompanhar de um discurso de intervenção sobre as camadas mais vulneráveis, o que pode indicar um papel passivo da população. Há, por parte das instituições, a necessidade de “fazer alguma coisa”, expressa numa postura de atividade, planejamento e iniciativa, que é a das instituições, e uma postura de passividade, que é a dos moradores (VALLA, 1985).

Em um dos encontros do Fórum, essa questão foi explicitada como *“a apatia da população, que não vê às atividades que nós ofertamos. O imediatismo para garantir a sobrevivência faz com que as entidades trabalhem com capacidade ociosa”* (Notas de observação, Fórum de Rede, 18/10/08). Também se destacou, em umas das reuniões, a discussão do grupo sobre a elaboração de um documento reivindicatório endereçado à Administração Noroeste denunciando o caráter político-eleitoral da exoneração da coordenadora do Centro de Referência em Assistência Social, uma vez que *“a sociedade civil é desorganizada e incapaz de reivindicar”* (Notas de observação, Fórum de Rede, 24/11/08). Revela-se, nesse discurso, a contradição

evidenciada no cenário do estudo em que as organizações não-governamentais atuam em caráter ora de extensão, ora de substituição das funções do Estado, incorporando, como expresso na fala, a posição de exterioridade e superioridade em relação à população.

Numa perspectiva foucaultiana, é preciso considerar o Fórum de Rede como um dispositivo que reproduz uma relação de poder em direção à população num território marcado pela vulnerabilidade. Há a organização de uma trama de instituições em constante vigilância sobre o território e sua população, uma vez que essa população tem características que a distinguem do “normal” pela apatia e falta de participação. Sob essa lógica, pode-se tomar o Fórum como uma estratégia biopolítica de manejo da população e do espaço, uma forma concreta de manutenção da coesão social e, por isso, da destituição das autonomias.

O elemento mais expressivo, entre os que subsidiam a análise do Fórum de Rede como um mecanismo institucional de regulamentação, foi a decisão tomada na reunião de avaliação, em 2008, de se formar um grupo de trabalho e providenciar “a institucionalização legal do Fórum, inclusive para podermos concorrer nos editais públicos” (*Notas de observação, Fórum de Rede, 24/11/08*). Essa decisão pode representar a construção de uma institucionalidade que, segundo Carvalho (2007), amplia a gestão social pública para que dê conta do tecido social fazendo-o integrar-se a objetivos e lutas pela efetividade da política. Assim, não se pode permitir que iniciativas privadas, fundações empresariais, ONGs façam projetos pontuais sem clara articulação com as prioridades da política pública. Por outro lado, essa cooptação pela lógica do instituído, de certa forma, diminui o potencial do Fórum de Rede em configurar-se como um dispositivo que rompe com a regulação dos modos de vida.

As falas dos dirigentes das organizações não-governamentais reforçam a evidência de um discurso hegemônico que sustenta a necessidade de “empoderar” a população para reivindicar seus direitos. Nesse sentido, Carvalho e Gastaldo (2008) advertem sobre os limites dos programas de empoderamento (da verdade e o discurso que a sustenta) que, dirigidos aos pobres, especialmente às mulheres nessa condição, não necessariamente representam uma solução para os problemas de exclusão. Ao contrário, podem representar uma estratégia que busca ampliar a

capacidade de auto-governo dos indivíduos que permitem certos modos de manejo da população. Portanto, uma estratégia biopolítica sofisticada.

A análise dos dados permite afirmar que a ausência da população pode significar outro modo de constituir a resistência: desenhar linhas de fratura (LUCAS; HOFF, 2007) ou linhas de fuga nas quais o silêncio (ou a não-participação) é a maior evidência do resgate da autonomia simbólica implicando na constituição de novas linhas de força nos dispositivos de poder. Essa análise estende-se ao enfraquecimento das Associações Comunitárias no cenário do estudo e à suspensão temporária, por ausência de representantes da população, das reuniões do Conselho Local de Saúde que, mesmo sendo uma prática institucionalizada e muitas vezes burocratizada e submetida á agenda estatal, representa um espaço público de responsabilização pelo controle social.

1.4 Vulnerabilidade como condição que provoca intervenção: promoção da saúde como biopolítica

O plano do modo de vida no cenário do estudo revelou a vulnerabilidade como uma condição que, para além de direcionar as ações sociais esperadas numa perspectiva de equidade, provoca intervenções no território. A noção de território apresenta-se como categoria conceitual e operacional na organização das ações e políticas observadas no cenário do estudo, reforçando a defesa de Koga (2003) de que, em contextos de desigualdades sociais e de tendências à focalização das políticas, o território representa uma forma de fazer valer as diferenças sociais e culturais que também devem ser consideradas nos desenhos das políticas públicas locais.

No território, a vulnerabilidade é ao mesmo tempo geradora e consumidora de novas relações sociais. No contexto de vulnerabilidade, a promoção da saúde se faz necessária por materializar políticas intersetoriais, integração social e participação na vida social. Assim, reforça a relação de que, nos territórios vulneráveis, resultados de iniquidades, demanda-se maior conjugação de forças para justamente superar as desigualdades. Nesse sentido, as políticas públicas devem ser de natureza participativa, convertendo vulnerabilidade em possibilidade por meio da responsabilização dos sujeitos em processos horizontais nas redes sociais, nos

espaços de participação comunitária e nos lugares da cotidianidade, com reforço das autonomias individuais.

No tocante à participação comunitária, coloca-se o desafio de valorização do potencial local, explorando a vivência solidária e dos ativos humanos para o fortalecimento da cidadania. Essa consideração revela-se, no cenário do estudo, especialmente na necessidade de ampliar o papel propositivo e deliberativo da população na organização das políticas e da rede social. O que se observou foi a focalização de ações e políticas tendo como alvo o público mais vulnerável (crianças e idosos) cuja lógica não atinge a universalidade do direito à promoção da saúde.

Nesse sentido, a principal característica de vulnerabilidade, expressa nos achados do estudo, traduz-se como liberdade ou potencial limitado dos sujeitos vulneráveis, negando a relação dialética entre vulnerabilidade e capacidade como lados de um mesmo processo, uma vez que a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar (SÁNCHEZ; BERTOLLOZI, 2007). Como resultado, o contexto de vulnerabilidade atrai para si uma trama complexa de políticas e redes sociais, na tentativa de empoderar as pessoas, como se fossem destituídas de cidadania. Prevalece o discurso de ausência, no qual “favela” é aquele lugar que não tem regras, não tem leis, não tem cidadania (SOUZA E SILVA, 2003).

Também a vulnerabilidade e o risco social presentes no cenário da pesquisa contribuem para a desresponsabilização e destituição das autonomias uma vez que há sempre alguma instituição (governamental ou não) que responde pela população. Esse achado corrobora com a compreensão da promoção da saúde, no cenário do estudo, como um dispositivo biopolítico de controle e intervenção, regulador da população e do território.

A perspectiva de biopolítica, expressa por Foucault (2005) como um conjunto de técnicas disciplinares para a gestão dos corpos individuais e coletivos, apresenta-se, na realidade empírica, pelos diferentes mecanismos de gestão da pobreza e manejo da população vulnerável, colocada em prática pelo Estado e pela sociedade civil organizada. Nesse sentido, o olhar vigilante do Estado - representado pelo aparato das escolas, creches, serviços de saúde, centro de apoio comunitário - soma-se aos mecanismos de esquadramento do espaço - representados pelas intervenções do Programa BH Vilas Urbanizadas - e aos de controle dos corpos vulneráveis –

representado pelo Programa BH Cidadania. Também, as regulamentações “impostas”, nas diferentes ações assistenciais que as organizações não-governamentais desenvolvem, colocam o modo de vida no território São José como alvo de luta biopolítica, tendo o território e os grupos vulneráveis como objetos a disciplinar.

Diante das condições de vulnerabilidade da realidade estudada, pensar a superação da disciplinarização de comportamentos e normalização de condutas que ressignifiquem a promoção da saúde no exercício da cidadania é um desafio. Isso porque há, nessas comunidades, uma expectativa de que o Estado assuma a responsabilidade por garantir e proteger a saúde da população configurando uma tentativa de exercício soberano e unidirecional do poder. Entretanto, foi possível identificar linhas de fuga nos vetores de poder descendente, representados pelo Estado e os padrões ditados nos seus aparatos, fazendo valer a busca de sentido para a vida cotidiana nos espaços das instituições religiosas. Mesmo sabendo que há uma tendência, nesses espaços, de “desresponsabilizar” o indivíduo pela gestão de sua vida, e aí incluem-se todas as suas carências e necessidades, deve-se considerar o significado que as práticas religiosas assumem no cotidiano. Ademais, devem-se criar mecanismos que explorem a capilaridade e o discurso de verdade que sustentam as práticas religiosas, especialmente em contextos de vulnerabilidade, para potencializá-las como espaço para promoção da saúde.

Também no contexto de enfrentamentos, as ações intersetoriais apresentam-se como dispositivos *sine qua non* para a modificação estrutural das condições de vida. Elas propiciam um campo fértil para a promoção da saúde, ao conjugar esforços que superam os limites de uma atuação setorializada, no enfrentamento das situações de vulnerabilidade e que contribuem para a promoção da saúde na perspectiva da qualidade de vida com acesso a seus determinantes e condicionantes – trabalho, renda, habitação, educação, lazer.

CAPÍTULO 5 -

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO

1 SAÚDE COMO QUALIDADE DE VIDA: A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO COTIDIANO

As práticas de promoção da saúde são determinadas pelo universo simbólico e subjetivo dos sistemas de valores que a população atribui à saúde e as formas de obtê-la. Com esse entendimento, busquei compreender os sentidos e significados que a promoção da saúde assume no cotidiano. Os resultados indicam uma concepção de promoção da saúde associada à qualidade de vida. Qualidade de vida é um conceito amplo e se revela no discurso da população como conceito que incorpora os fatores sócio-econômicos, culturais e biológicos, estabelecendo os nexos entre os modos de se ter saúde e as condições materiais de vida (alimentação, moradia, salário, educação, saneamento, lazer, etc.).

“E: se eu perguntasse para a senhora o que é saúde, o que é saúde para você? O que a senhora entende por saúde?”

T: bem entendo por saúde é a gente trabalhar, ter alegria, porque sem saúde não tem.

E: qualidade de vida, o que a senhora entenei por qualidade de vida?

T: menina, no meu entender é eu ter o alimento suficiente está bom, tendo um lugar para morar, ter moradia né e ter saúde também, porque moradia sem saúde não adianta.”

(Entrevista Senhora T, S9)

“E: o quê você acha que as pessoas devem fazer para ter qualidade de vida?”

C: pra mim eu acho que é trabalhar, conversar, andar, eu acho que tudo isso melhora a vida, e às vezes quando eu estou conversando com as pessoas aqui, minha menina fala assim: a senhora não é doente não, a senhora procura doença com o pensamento, fica pensando na doença. No quê que eu vou pensar, tem que pensar na doença eu estou sentindo, né”.

(Entrevista C, S12)

Seidl e Zannon (2004) explicitam que há dois aspectos relevantes no conceito de qualidade de vida: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida. Em outras palavras, como o indivíduo avalia sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Quanto à multidimensionalidade, refere-se ao reconhecimento de que a qualidade de vida é composta por diferentes dimensões (física, psicológica, social e ambiental) que expressam o contexto cultural e dos sistemas de valores nos quais se vive e em relação aos objetivos, expectativas,

padrões e regras da sociedade. Frente à polissemia do termo, definir qualidade de vida se reveste de grande complexidade (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000).

No cenário do estudo, as condições objetivas são determinantes do valor atribuído à saúde e à qualidade de vida. O fato de termos, no cenário do estudo, cerca de 53% de chefes de domicílio desempregados, com predomínio de baixo grau de escolaridade (74% da população tem o primeiro grau incompleto), com cerca de dois terços da população (67%) sobrevivendo com menos de um salário mínimo em famílias de cinco membros em média (79%), contribui para que a saúde e a qualidade de vida sejam relacionadas às necessidades de subsistência. Assim, saúde e qualidade de vida são vistas de forma mais focalizada, com centralidade na capacidade de viver (ou sobreviver) não atingindo seu sentido mais ampliado de relação com os macro-determinantes estruturais. Como afirmam Seidl e Zannon (2004), a qualidade de vida de um povo é influenciada pela história, pela cultura e, sobretudo, pelas condições sociais e econômicas para resolver suas necessidades básicas de subsistência.

A alimentação é uma dimensão humana inalienável e, nesse sentido, a não-satisfação nesse âmbito da vida é sempre considerada como expressão gritante da pobreza. Ademais, significa garantia de sobrevivência e a conquista do primeiro direito de cidadania. Neste sentido, os entrevistados revelam que, em um cenário marcado por grandes privações, a garantia da alimentação é definidor de saúde:

“K: O. o que é para você ter saúde?”

O: ter saúde é ter uma boa alimentação, é tomar cuidados de higiene, é ter cuidados no dia a dia.”

(Entrevista O, S3)

Ao se referir à saúde como acesso à alimentação o que a população coloca em evidência é a necessidade de suprir o corpo individual numa tentativa de mantê-lo apto para a cotidianidade. Nesse cotidiano, o trabalho aparece na base da determinação da modo de vida, contribuindo para a compreensão de que todas as atividades da vida cotidiana ordenam-se com base no trabalho, considerado por Heller (1977) parte orgânica da vida cotidiana, sem o qual não é possível viver.

“K: se eu perguntasse assim: o que é saúde para o senhor?”

P: a gente tem o máximo de saúde pra gente fazer o que a gente tem que fazer né, a gente tem que trabalhar e se a gente não tiver saúde não vai ter como trabalhar, a gente tem que preservar a saúde.”

(Entrevista L, S4)

“E: O que você acha que é saúde? Fala pra mim, se você puder falar o que é saúde para você?”

J: é ser saudável, as pessoas saudáveis, mais ou menos isso, porque é uma coisa meio difícil de falar o que é que é.

E: ser saudável? O que é ser saudável?

J: deixa eu ver, essas perguntas são muito difíceis de responder.

E: não, pode falar o que você quiser, não precisa de ser a resposta certa não, o que você acha mesmo.

J: trabalhar, ter condição para estudar, para cuidar dos filhos, para tudo, e se você não for saudável você não tem disposição para nada não é.”

(Entrevista M, S16)

Ao mesmo tempo, os discursos reforçam o paradigma biomédico ao associar a alimentação no seu papel fatorial de suprir o corpo individual.

“K: o que o senhor acha que as pessoas de modo geral devem fazer para ter mais saúde?”

V: hoje no meu ponto de vista seria, primeiro alimentação, segundo caminhada, atividade física, eu acho que é isso.”

(Entrevista Senhor V, S2)

Os achados revelam o enfoque preventivista dos estilos de vida, que remete a uma concepção positiva de saúde, tendo o alimento como o fator a ser “comido” para a promoção da saúde. Supõe-se a responsabilização individual e evoca as pessoas a cuidarem “primeiro” da sua alimentação como condição para uma vida saudável. Sob esse aspecto, Camargo Jr (2007) contribui na análise dos dados ao explicitar as armadilhas de uma concepção positiva de saúde, não tomada apenas como negação da doença, mas como uma expansão ilimitada das intervenções sobre os hábitos dos indivíduos e coletivos em favor da saúde:

é esse o risco que percebo na ênfase excessiva numa suposta “definição positiva” da saúde como orientadora da atuação dos serviços de saúde: se é de fato desejável que todos os indivíduos possam estender ao máximo suas aspirações, sem limitá-las à mera evitação de doenças, por outro lado é igualmente indesejável supor que é lícito estender a esfera de atuação do chamado “setor saúde” à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas. (CAMARGO JR, 2007, p. 71)

Os discursos revelam também a noção de medicalização social, ao relacionarem a definição de saúde com o consumo de bens e serviços, seja pela busca de cuidados médicos, da disponibilidade de medicamentos ou da procura por atendimento em hospitais e prontos-socorros:

“O: ter saúde é ter uma boa alimentação, é tomar cuidados de higiene, é ter cuidados no dia a dia.

K: uma boa alimentação, uma higiene?

O: uma prevenção, fazer exames, ter um controle efetivo da saúde, basicamente é isso, é ter hábitos saudáveis.”

(Entrevista O, S3)

“K: o que é para você ter saúde?

R: saúde para mim é você ser saudável, sempre ir no posto, fazer a revisão, fazer exame para saber se a gente está bom e saúde para mim é isso.”

(Entrevista R, S11)

“K: por que as pessoas não tem saúde hoje em dia?

G: por muita coisa.

K: o que falta para essas pessoas se cuidarem?

G: procurar o hospital para se cuidar, fazer os exames direitinhos.”

(Entrevista Senhora G, S6)

“K: e o que você acha que precisa para melhorar a saúde das pessoas?

A: mais ambulâncias, mais médicos, mais medicação, mais condição financeira que está terrível.”

(Entrevista A, S14)

A negatividade está presente como uma noção que revela a concepção de saúde: ter saúde significa não estar doente, não precisar de remédio, não se submeter a fatores de risco. Esses discursos reforçam o paradigma biomédico que orienta a concepção de saúde ao associá-la com fatores que determinam a multicausalidade da doença. Essa compreensão revela a extensão da normatividade biomédica aos diferentes planos do modo de vida no cenário, evidenciado pela associação da saúde com as intervenções sobre o corpo individual e tendo como imagem-objeto a negação da doença, seja pela inevitabilidade de seus fatores de risco ou pelo comedimento dos excessos que geram desequilíbrio. Os enunciados a seguir retratam esta concepção:

“K: o que a senhora faz para a senhora ter mais saúde?

D: eu durmo bem, eu me alimento bem, não faço muito extravagância, não perco noite de sono, não fico bebendo, não fumo.”

(Entrevista Dona D, S5)

“L: eu acho que é comer coisas mais natural né, coisa natural, evitar gordura, exercícios físicos.

K: e as pessoas tem feito isso?

L: eu vejo muitas pessoas idosas fazendo corrida, caminhada e os que não tão muito bem é os novo que não quer fazer caminhada e fora isso.”

(Entrevista L, S8)

Os achados remetem ao entendimento do comedimento como uma das representações fundamentais da saúde, conforme Luz (2005), no qual todo excesso é visto como risco à saúde porque desequilibra, e o desequilíbrio gera adoecimento. Assim, entende-se, como medida de saúde, a contenção dos excessos no comer, no beber e em outros hábitos revelando estratégias de auto-governo ou tecnologias do eu, incidindo de maneira uniforme, constante e moderada sobre os comportamentos, numa tentativa de disciplinarização da vida.

Esses achados compõem um discurso normalizador sobre saúde, expresso pela população, no qual há uma forma correta e única de se administrar a saúde. Nessa concepção, sedimentada no discurso do Estado e da mídia, tende-se a negar as possibilidades de os sujeitos criarem alternativas para buscar saúde que não seja pelo enfoque positivista. Assim, há uma uniformização dos discursos que reiteram as rotinas de manutenção do corpo, como evitar fumar, fazer dieta, abster-se de beber como sendo essenciais à boa saúde (LUPTON, 2000).

São poucos os discursos nos quais a saúde é revelada numa perspectiva vitalista, do bem- viver. Nesses discursos, é possível compreender a saúde em seu sentido mais amplo, ou seja, em sua dimensão social, resultante da forma de vida, isto é, das relações do homem consigo mesmo, dos homens entre si, com a sociedade e com a natureza.

“K: o que falta para as pessoas terem saúde?

J: eu acho que seria ter uma relação social mais ampla, porque aqui não existe isso no sentido de consciência, de solidariedade, de comunidade, o espaço de lazer, o espaço de lazer também, mas também uma possibilidade dela ter uma formação, dela ter um incentivo, como é que eu posso te explicar isso, é, se especializar em alguma coisa, porque ela tendo uma coisa para fazer, uma coisa que a torna útil ela já aumenta o senso de consciência e aí vai um ciclo.

K: e aí você dizendo isso, você acha que as pessoas tendo emprego, tendo escola elas têm mais saúde?

J: eu acho que é uma relação que de certa forma está correta, mas isso não é o principal, quando ela mesmo se conscientiza e previne, de querer viver em uma comunidade mais justa ela não tem nem saúde e nem emprego bom.”

(Entrevista J, S13)

Ao mesmo tempo, é possível analisar a responsabilização individual que é apontada no discurso como critério para se ter ou manter a saúde. Nesse sentido, evoca-se um processo de individualização, racionalização e responsabilização que não se dá exclusivamente sobre o indivíduo, mas comprometendo as redes sociais diretamente ligadas a ele como maneira de responsabilizá-lo. Esse achado corrobora com o papel desempenhado pelas redes sociais no território e reforça a tendência de preservar, consolidar, manter e intensificar

processos de individualização na população por meio de uma estratégia paradoxal: responsabilizando indivíduos e vizinhança por parte de um projeto cidadanizador. Procura-se que indivíduos tornem-se responsáveis, encarregando aqueles que o cercam por parte da intervenção estatal (SILVA, 2009, p. 151).

Nas entrevistas, a população revela a prática de atividades físicas como um pressuposto para se obter saúde. Entre as opções, a caminhada aparece como primeira alternativa. Citam-se também as ginásticas e outras atividades corporais:

“K: o que a senhora faz para ter mais saúde?”

C: eu faço caminhada, hidroginástica.

K: e essas caminhadas e hidroginástica a senhora começou por conta própria?

C: o médico indicou.”

(Entrevista C, S12)

“ K: o que o senhor acha que as pessoas de modo geral devem fazer para ter mais saúde?”

V: hoje no meu ponto de vista seria, primeiro alimentação, segundo caminhada, atividade física, eu acho que é isso.

K: isso é para ter promoção, mais saúde?

V: é.

K: o senhor acha que as pessoas têm feito isso?

V: eu acho que a maioria não.

K: por quê?

V: porque o povo está muito acomodado, a gente, até mesmo eu, não estou fazendo ultimamente. Eu acho que nesse sentido o pessoal fica acomodado e não está muito na promoção, nos cuidados que deveria ter.

K: o senhor acha que as pessoas acham importante e não fazem, ou as pessoas não sabem da importância por exemplo da alimentação, da atividade física?

V: saber, sabe, a maioria é porque não dedica, todos estão orientados.”

(Entrevista Senhor V, S2)

“K: você falou que acha que hoje para as pessoas é difícil ter saúde, o que você acha que falta para essas pessoas?”

L: falta eu acho que é coragem para elas irem a frente, ter atitude e ir atrás da vida, porque a saúde nossa é tudo que nós temos.

K: no dia- a- dia as condições de vida contribuem para as pessoas terem mais saúde, como é que você vê o dia- -a dia das pessoas?”

L: tem muitas delas que tem condições mas ocorre atrás, faz caminhada. Mas tem muitas delas que tem preguiça de andar, por exemplo, ai não tem saúde.”

(Entrevista L, S4)

“E: aqui na comunidade, aqui no bairro tem alguma atividade que faz bem para a saúde, alguma coisa que exista aqui e que contribui para a saúde?

T: oh menina, no posto tem, me convidaram para participar de ginástica, caminhada, dança, mas eu não interessei não.”

(Entrevista Senhora T, S9)

O componente atividade física, no campo da promoção da saúde, guarda uma relação com a regulação do corpo e está associada à construção de subjetividades. Há um padrão normalizador da saúde que se sustenta em formações discursivas e relações sociais que têm o gerenciamento corporal como modelador da construção da subjetividade e das práticas da vida cotidiana (LUPTON, 2000).

Há que se considerar também a influência da mídia na representação que a população tem sobre as formas de se obter saúde, o que, funciona como uma tecnologia de poder ao fazer circular o saber dominante na sociedade e cria uma cultura de consenso. Nesse sentido, os discursos oficiais de atividade física para a promoção da saúde se revelam nas entrevistas dos participantes do estudo. Assim, a caminhada prevalece como atividade de destaque nas campanhas realizadas para o incentivo à prática de atividades físicas (SALLES-COSTA et al, 2003). Representa também uma das poucas opções, de oferta dos serviços públicos, de realização de atividades físicas no cenário do estudo.

Entretanto, também nas entrevistas, os participantes revelam componentes de autonomia e liberdade nos modos de vida cotidiano ao “não aceitar os conselhos de saúde”, representado pela não-incorporação do discurso de verdade na sua vida cotidiana. Assim, embora reconheçam espaços e práticas de promoção da saúde, a população afirma não buscar essas práticas. Entre os principais motivos, está a dificuldade de acessar as ofertas disponíveis especialmente pelas condições econômicas e, em alguns casos, pela ausência de “motivação”.

“O: a gente falta condição mesmo, condição financeira, porque a gente tem que trabalhar muito, tem que fazer várias atividades, então não tem tempo... [falta] um pouco de conhecimento também, a educação também para ter uma saúde melhor.”

(Entrevista O, S3)

“K: e o quê que a senhora acha que precisaria para as pessoas terem mais saúde?”

N: isso que eu falei, boa alimentação, a alimentação é precária, o dinheiro nosso não dá para comprar essas coisas, fica mostrando essas coisas gostosas na televisão e o dinheiro nosso não dá para comprar, como que compra? O dinheiro não dá para comprar essas coisas... E aí fico comendo regrado... O salário ser melhor, as pessoas caminhar mais, fazer ginástica, massagem e essas coisas tudo.”

(Entrevista Senhora N, S1)

“E: o que você acha que as pessoas fazem para ter saúde, qualidade de vida?”

J: fazer não faz quase nada, porque não tem tempo, coisa ruim aí, poluição...”

(Entrevista K, S15)

Os achados indicam que a não-aceitação da norma correta do estilo de vida considerado saudável (representado pela prática de atividade física) pode dever-se a uma escolha consciente de práticas alternativas do eu (LUPTON, 2000), na qual os indivíduos reconhecem as alternativas de escolha e optam por não acessá-las, materializando a responsabilização pela sua vida e saúde. Entretanto, pode significar justamente a des-responsabilização quando os indivíduos privados de oportunidades não atribuem significado às práticas. Nesse último, a prática esporádica e assistemática de atividades, é uma forma dos indivíduos exprimirem a sua capacidade de autonomia e de cuidado de si. A ênfase na autonomia individual pode estar ligada à desmontagem do Estado, des-responsabilizando este pela saúde como direito de cidadania (ORTEGA, 2004).

A análise dos dados direciona à discussão sobre a relação entre oferta, demanda e necessidade evidenciando que há um descompasso entre as opções de práticas de promoção da saúde que são ofertadas, e que muitas vezes não são acessadas seja porque não correspondem à necessidade social e de saúde ou porque não atingem um formato capaz de responsabilizar os indivíduos pela sua saúde. Assim, quando tomo como foco, por exemplo, a caminhada, poderia ser formatada como dispositivo que garantisse a motivação e a adesão da população para acessá-la como prática de atividade física e lazer o que implica, necessariamente, desenvolver estratégias para que as pessoas queiram praticá-las.

Os achados do estudo permitem afirmar a necessidade de ampliar as possibilidades de utilizar o cotidiano como espaço para o desenvolvimento de responsabilização pelas escolhas nos seus modos de vida. É no cotidiano que as pessoas constroem

seus hábitos de vida, num exercício de mediação entre seus interesses e valores e as estruturas disponíveis. O hábito é fruto de uma decisão pessoal, mas não somente dela. Corresponde à forma de construção individual e diferenciada na aquisição, manutenção e expansão do repertório de opções da vida cotidiana e, nesse sentido, responde ao jogo de forças que é colocado em ação pelas instituições sociais: a mídia, a família, a escola, o serviço de saúde, o trabalho, a religião (LUPTON, 2000).

Com essa compreensão, diferentes espaços do território revelam potencialidades para se efetivarem como espaço para a promoção da saúde pois mostram as forças que traduzem uma concepção ampliada de saúde, resultado da intervenção em macrodeterminantes estruturais, e, ao mesmo tempo constituem-se como espaços potenciais para a construção de novas relações sociais que superam as tradicionais normatizações presentes nos serviços de saúde. A opção por analisar as práticas cotidianas de promoção da saúde, nos diferentes espaços sociais do território, buscou justamente evidenciar o valor que a saúde assume nesses espaços procurando confrontar a tese de que realmente a saúde se apresenta como necessidade social reforçando (ou re-significando) as práticas na mesma lógica de organização daquelas dos serviços de saúde.

2 PRÁTICAS COTIDIANAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS ESPAÇOS SOCIAIS

As práticas de promoção da saúde foram reveladas no cotidiano das pessoas nos diferentes espaços sociais. Algumas se revelaram por serem reconhecidas entre a população como uma prática “para se ter saúde” como a caminhada e a hidroginástica. Outras foram reveladas pelos profissionais de saúde como as ações com o Grupo de Hipertensos, a Unibiótica e as atividades de esporte e lazer do Residencial São José. Outras, ainda, foram reveladas ao se analisarem os espaços definidos para estudo: as práticas nas Escolas e no Grupo de Terceira Idade.

As fontes para a análise das práticas foram diversas e contribuíram para se entender como as práticas se organizam no cotidiano, conferindo significado ao modo de vida, ao materializarem as diversas apropriações das concepções de saúde e das maneiras de agir para se ter saúde, mediatizadas pelos vetores das políticas públicas que determinam e/ou condicionam sua produção. Essas relações é que determinam o potencial autonomizador de cada prática conforme se organizem intersetorialmente agregando forças para a modificação do macrocontexto, contribuam para a integração social ao possibilitar acessar certos bens e produtos, sustentem-se no protagonismo e participação social e abram espaço para as formas de criação e modos de subjetivação de cada indivíduo na relação consigo mesmo e com os outros.

I) A Escola como espaço de promoção da saúde

A inclusão da Escola como espaço de análise da promoção da saúde deveu-se ao fato de entendê-la como espaço para a (re)produção de práticas de promoção da saúde. Estudos recentes têm demonstrado seu potencial para incutir nos estudantes novos hábitos e estilos de vida saudáveis. Parcel, Kelder e Basen-Engquist (2000) destacam o quanto a escola representa um espaço potencial para o desenvolvimento da promoção da saúde: a maioria das crianças passa grande parte do tempo na escola (pelo menos um turno, ou naquelas de proposta de escola

integral, turno e contra-turno); as diferentes atividades que as crianças e adolescentes desenvolvem na escola- aprendizagem, entretenimento, alimentação, socialização - criam um campo diverso de controle de comportamentos onde podem aprender, praticar e reforçar as escolhas saudáveis.

No cenário do estudo, existem três escolas públicas: duas municipais e uma estadual. O reconhecimento das escolas foi acompanhado de vivências em intensidades diferentes nas três escolas. A vivência de maior intensidade ocorreu na Escola Municipal 1 na qual pude acompanhar as aulas, as atividades recreativas dos estudantes, reuniões de professores, conversas dos funcionários, enfim, atividades do cotidiano das crianças e professoras.

A Escola Municipal 2 está integrada à Comissão Local do BH Cidadania e tem representante no Fórum de Rede de Organizações Não-governamentais do território. Realizei neste espaço entrevistas com professores e coordenadores pedagógicos.

Na Escola Estadual tive maior dificuldade de acesso por não conseguir contactar as dirigentes para programar a vivência no campo e pelo fato de a rede estadual de ensino ter iniciado um movimento de greve durante o período destinado à observação de campo. Nesse espaço, os elementos tomados para a análise referem-se às entrevistas com professores, funcionários e ao acompanhamento por dois dias das atividades do projeto Escola Integral.

Tradicionalmente, a Escola é tomada como um espaço de reprodução da supra-estrutura estatal com engendramento de relações e práticas que fazem emergir, no cotidiano escolar, as situações concretas de ordem, disciplina e hierarquia que estruturam as relações sociais. Em sua função de formar, a Escola, bem como outras instituições, não reprime, molda; em seu papel de controle, exerce vigilância sobre a normalização de seus membros; em sua função repressiva, exerce punições sobre o desviante institucional (LUZ, 1979). A fala a seguir retrata essa concepção:

“a escola compõe a sociedade, então todos os problemas que estão de noite nos jornais, eles estão aqui dentro da escola, ou então seja, a questão sócio- econômica, sócio- cultural, a questão da saúde, a questão da família, características muito próximas de toda a ordem... Se você pegar qualquer núcleo da cidade, o problema daquele núcleo eu tenho representação aqui através do filho. Se você for à penitenciária, eu tenho aqui dentro, se você for aos hospitais, eu tenho aqui dentro representação deles, se você for na Praça Sete que é assalto, eu tenho aqui dentro, e deve ter três por cento de alunos que só padecem de pobreza e os demais

todos eu encontrarei, o abuso sexual, alcoolismo, tráfico, uso da droga, violência, revólver muito cedo na mão, ameaça, medo durante todo o período de trabalho...(Entrevista E10)

Os achados do estudo indicam que, no espaço da escola, as concepções de promoção da saúde circulantes são as hegemônicas na sociedade centradas na modificação de hábitos e estilos de vida com ações individuais. Sobressaem, como ações de promoção da saúde indicadas pelos atores sociais nas escolas, as atividades de educação física (cujo enfoque é o corpo individual) e o investimento em alimentação saudável (“A PBH tem enviado frutas, com isso cria um hábito, né.” *Conversa na Escola Municipal 1, 08/08/07*). Há também a associação de promoção da saúde com educação em saúde (especialmente com educação sexual) e prevenção de agravos, incluindo-se a gravidez na adolescência. A fala a seguir é emblemática dessas concepções:

“E assim, você fala em relação com os projetos de promoção da saúde, eu acho que eles estão muito voltados mesmo para os professores e no que a educação desenvolve, eu sei que eles trabalharam uma época em um projetinho falando da dengue e tal, e esse ano a gente até recebeu uma proposta que é um programa de prevenção, educação sexual que é bem interessante que a gente tem que escrever e depois eles escolhem lá uns e tem uma verba até do governo federal que eu vou até olhar para você ali, então vem uma verba que eu acho que seria bem interessante, eu acho que é muita falta de disciplina na questão da educação sexual, eu acho que teria que ter, porque na oitava série nós tivemos quatro grávidas e aqui nós só temos uma...” (Entrevista E12).

Em alguns discursos, é possível apreender o movimento da Escola para incorporar discussões que remetem ao campo ampliado da saúde ao relacioná-la com os direitos de cidadania e meio ambiente.

““O que a escola faz como promoção da saúde? Na questão pedagógica, em questão de prevenir e questão de reeducar. Em questão de prevenir realmente nós trabalhamos inicialmente trabalhamos com controle de cidadania, porque primeiramente vamos ver esse conteúdo porque esse educando e essa família tem que entender que eles são sujeitos de deveres e sujeitos de direitos, que ele pode ir no PSF, no posto de saúde que eles tem prioridade de atendimento porque eles estão dentro do que a gente chama de prioridade da saúde que são as crianças e os idosos. Então nós trabalhamos primeiro com o eixo da cidadania para estar fazendo com que esse aluno reconheça e a quem referendar quando necessidade (...) porque primeiro nós entendemos o que é cidadania e depois o que eu sou em questão de saúde e depois o meu meio, o que eu posso fazer em questão de cidadania e saúde no meu meio ambiente” (Entrevista E11)

O discurso de uma professora é emblemático ao revelar a extensão da normatividade biomédica reproduzindo categorias que tematizam o saber sobre a doença como se ali, na escola, fosse o espaço de produção desse saber:

“Então os meus meninos todos de problema de otorrino em geral provido de situação gravíssima, e eu tenho problemas dermatológicos plurais: eu tenho muita peladeira, eu tenho muita mancha, eu tenho muita brotoeja na pele dos meninos, eu tenho muita sarda, eu tenho muito piolho, verme. Então o primeiro trabalho que a gente faz é de observação, a gente fica ligado o tempo inteiro nessa questão, eu tenho que observar os meninos mais novos, os meninos mais miúdos, eu tenho AIDS na escola, eu tenho tuberculose, lepra” (Entrevista E4).

A articulação intersetorial é apresentada pelos entrevistados nas Escolas como uma necessidade de responder às demandas de saúde (ou de doença) que se revelam nesse espaço.

“Em questão de saúde mental nós temos parcerias com o NAF que a gente encaminha também com um acompanhamento mais específico. Agora quando é um acompanhamento já de comprometimento mesmo, a gente encaminha à clínica especializada, e aqui no bairro a gente não tem nenhuma clínica conveniada que atenda esse tipo de clientela e este tipo de ligação. Quando é questão física mesmo, ferimento, questão de prevenção da parte física mesmo do menino, um ferimento de uma questão mesmo de encaminhamento com o eixo familiar dele mesmo, onde denota algumas situações que a gente possa dizer mesmo de comprometimento de nível grave na questão de higienização básica, a gente passa para os PSFs, os PSFs fazem o acompanhamento. E quando é um caso mais grave que a gente tem que fazer uma intervenção mais avulsado, nós passamos para o conselho tutelar e o conselho tutelar encaminha para os NAF, para a saúde e tal, porque no conselho tutelar, porque faz parte da atenção básica da criança segundo o estatuto da criança e do adolescente, ele rege pra gente claramente que é direito a saúde” (Entrevista E11)

Ai esse contato com o posto e outros setores, igual a PUC que me atende com odontologia, a tenda oftalmológica da Avenida Brasil que já me atendeu muito e como o sistema já está funcionando direito, eu tenho dado paciência a eles, a Isabela Hendrix eu já tive parceria com fonoaudióloga, eu estou com dificuldade de arrumar estágio de fono para vim para cá, eu tenho problema oftalmológico aqui brutal que me atrapalha completamente na alfabetização. (Entrevista E10)

Os achados direcionam para o entendimento da escola como um espaço de reprodução do poder disciplinar, reforçando o enfoque tradicional sobre danos à saúde e causas de doenças e, portanto, espaço de extensão da normatividade biomédica e exercício da medicalização social. Veiga (2002) corrobora com essa discussão ao afirmar que a monopolização do saber pelo Estado e a universalização

da instrução ampliou para toda a população os modelos de auto-coerção, o domínio das emoções, os sentidos de vergonha e pudor, disseminando outra configuração de sociedade ao inventar a educação escolarizada como categoria da atividade social.

Por outro lado, a análise dos dados permitiu entender também que a Escola é um espaço de criação de um novo *modus vivendi*, e, portanto, espaço em que se revela a autonomia nos modos de levar a vida. Esse potencial revela-se, por exemplo, na conversa assistida entre as funcionárias da Escola Municipal 1 que, ao prepararem o lanche especial do Dia do Estudante, discutem a determinação do Diretor em não oferecer refrigerante para “*não acostumar os meninos com isso...*” (*Notas de observação, 08/08/07*). O “*não acostumar*” pressupõe-se romper com um padrão de consumo estabelecido na sociedade, mesmo que tenha sido originada de uma normalização. Reitera-se o argumento de que as relações de poder existentes e a forma de circulação desse poder não são somente negativas, mas também criativas, apresentam-se de forma heterogênea e em constante transformação. Portanto, não é uma categoria unitária e totalizadora, ao contrário, é difusa e concretiza-se na relação entre forças que tecem uma complexa trama de micro e macro-poderes. (FOUCAULT, 2004)

As práticas analisadas no espaço das Escolas foi a Caminhada contra a Dengue, realizada como atividade de educação em saúde em maio de 2008 na Escola Municipal 1 e o Projeto Escola Integral da Escola Estadual 2.

A primeira prática destacou-se como uma atividade que mobilizou toda a Escola (e todo o município) para a iminência de epidemia de dengue no município. Toda a sociedade foi mobilizada para criar estratégias de divulgação das formas de prevenção da doença. No contexto da Escola, os professores foram orientados a abordar a temática nas diferentes atividades realizadas: aulas, construção de murais e passeatas educativas, entre elas, a Caminhada contra a Dengue.

Os atores sociais envolvidos foram os professores, alunos, funcionários da Escola e dois soldados da Polícia Militar mobilizados para conter o tráfego de carros durante a passeata. Todos os alunos de todas as séries deviam participar. Para isso houve uma mobilização e todos os professores deveriam solicitar trabalhos relacionados ao tema. O mural da escola estava repleto de cartazes sobre a Dengue. Entretanto, nem todos os atores participavam com a mesma motivação. Percebia-se, nos alunos, a apatia. Muitos estavam ali por obrigatoriedade e muitos aproveitaram o

momento para namorar, azarar, enfim, “deixar de fazer” o proposto. Revela-se aí a direção do exercício do poder como estratégia de enfrentar a normalização.

Embora a Caminhada contra a dengue fosse potente para promover a integração social e a articulação intersetorial, estas não aconteceram. Foi um movimento isolado da Escola que não agregou a população nem outros setores. O próprio serviço de saúde, que fica a poucos metros da Escola, não soube do evento. A passeata saiu da escola, percorreu as ruas do entorno até a entrada da Vila. No percurso de volta, passou pela rua movimentada de comércio. Foi acompanhada pela Polícia Militar que bloqueou o trânsito de carros para a passagem dos alunos.

A análise da prática revelou a conformação de tecnologias de vigilância constante que é evocada na população: *“Vigiar sua casa e a casa dos vizinhos para não deixar água parada”* (Conversas entre os alunos, 08/05/08). Fica evidente o caráter disciplinador e o papel da escola em reproduzir os olhos do Estado, funcionando, assim, como um dispositivo de regulação social. Ao mesmo tempo, a análise da prática suscita a discussão sobre a restrição das liberdades em conduzir o modo de viver. Essa discussão ancora-se no fundamento de que, embora as práticas de saúde, nos diferentes espaços sociais, convoquem para uma autonomia das pessoas, essa autonomia é regulada nos modos do viver cotidiano, no qual o limite entre o público e o privado delimita a construção dos direitos de cidadania.

A Escola Integral foi revelada como uma prática de promoção da saúde na Escola Estadual por possibilitar, na compreensão dos entrevistados nesse espaço, o acesso a ações amplas de alimentação, higiene e atividades físicas. O fato de a Escola Integral ser destinada a um grupo restrito de alunos, especialmente àqueles com dificuldade de aprendizagem ou que estão em situação de risco social (família com uso de álcool e drogas, violência doméstica e sexual) coloca essa prática como um dispositivo de classificação dos sujeitos, uma vez que diferencia um grupo de alunos dos outros. Ao mesmo tempo, estabelece limites que definem o “aluno” diferente. Como tal, é um dispositivo no funcionamento das relações de poder:

“(...) são vulneráveis socialmente também em questão de risco social, esse menino fica no horário integral na escola com o objetivo inicial de estar trabalhando tudo aquilo que eu já te coloquei, reeducando, inserindo ele na sociedade como um sujeito de direitos e deveres, e ele tem direito também aqui a alimentação, almoço, café da tarde, porque a maioria deles não tem essa condição em casa” (Entrevista E11)

“quase a metade dos nossos alunos [do Projeto Escola Integral] são da vila São Jose, então você já sabe mais ou menos o perfil dos meninos lá e os alunos aqui da região são mais pobres, são de baixa renda, tem alguns que tem problemas sérios na família com drogas” (Entrevista E12)

Os achados indicam a necessidade de se analisar também a Escola Integral como uma prática que tem um componente higienista-eugenista visando o controle e disciplinamento dos alunos “problemas” com vistas a corrigir os desvios de comportamento. A fala a seguir revela essa concepção:

“Nós temos uma aluna aqui da sétima série [que participa do projeto Escola Integral] que a mãe é gari e alcoólatra e a filha não é alcoólatra, ela é uma gracinha e isso pra gente é uma coisa positiva.” (Entrevista E11)

“o horário integral era a minha necessidade hoje, imagina que eu tiro esse menino do céu aberto, do esgoto aberto, da rua, do revólver, da parte da manhã que ele poderia estar aqui comendo, se lavando e fazendo o para casa, seria excelente” (Entrevista E4)

Por outro lado, os dados permitem considerar o componente de emancipação presente na Escola Integral como possibilidade de acesso a bens (cultura, esporte, lazer) e enfrentamento das dificuldades sociais e, portanto, de criação de novos hábitos. *“Neste sentido se quer um tempo integral que contenha o conjunto de oportunidades de aprendizagem que se encontram dispersas nas várias políticas ditas sociais: cultura, esportes, assistência social, meio ambiente...”* (CARVALHO, 2007). Na verdade, a proposta da Escola integral é justamente promover a integração por meio de atividades esportivas e de reforço escolar tendo a escola como sustentáculo para o enfrentamento das questões sociais. Não possuo dados suficientes para avaliar se, no cenário do estudo, essa prática permite uma efetiva integração social.

Os dados empíricos, em seu conjunto, revelaram a Escola Integral como uma ação isolada do setor educação e que, no cenário do estudo, não concretiza uma articulação intersetorial em seu desenvolvimento. Os monitores das atividades desenvolvidas no contra-turno são contratados pela Secretaria de Educação e desagregam o potencial que essa prática poderia ter em produzir respostas assertivas, flexíveis e combinadas, de direito do cidadão e de direito ao desenvolvimento sustentável do território, ao materializar uma ação pública sinérgica que assegure efetividade e equidade social em seus resultados, uma vez que uma

política pública setorial não produz sozinha efetividade nos resultados (CARVALHO, 2007).

A análise dos dados indica que a Escola Integral reitera o caráter focalista das ações de promoção da saúde no território: como o acesso à Escola Integral não é universal, mas direcionado ao grupo de alunos “problemas”, acaba por ser um dispositivo de classificação e reprodução daqueles considerados fora do padrão de normalidade. Contribuem, para essa reflexão, as indicações de Valla (1999) sobre a tendência de aplicação de políticas compensatórias que não revelam intencionalidade de inclusão, mas são reprodutoras de exclusão.

Os resultados indicam o espaço das escolas como reprodutor de relações de poder na sociedade que se estende ao campo da promoção da saúde. Há um forte indicativo de que esse espaço, por sua característica de aparelho do Estado, contribui como mecanismo de regulação e coesão social. Outro elemento que merece ser destacado, na análise da escola como espaço de promoção da saúde, é seu duplo papel de reprodução. Ao mesmo tempo em que, pelas características de acessibilidade - mesmo nos territórios vulneráveis como o do cenário de estudo é cumprimento de constitucionalidade ter todas as crianças na Escola – e capilaridade – o envolvimento da família, ou de pelo menos parte dela nas atividades escolares – a Escola torna abrangente a circulação dos discursos disciplinares ali produzidos; também na Escola se refletem as concepções sobre saúde dominantes na sociedade. Assim, ao visualizar os murais de trabalhos “Esporte é Saúde” na Escola Estadual (*Notas de observação, 09/08/07*), e “A Dengue é um problema de todos nós. Cada um deve fazer sua parte para evitar” (*Notas de observação, 06/05/08*) e ao ouvir, da maioria dos alunos, que suas mães e seus irmãos, ajudaram-nos na tarefa, o que se entende é um discurso de ordenação, presente na vida cotidiana dos estudantes, das famílias e da comunidade.

Os resultados evidenciam o potencial da Escola como espaço para construir modos de vida emancipatórios, a partir de opções viáveis e atraentes de ações que promovem saúde no cotidiano. Essa potencialidade é reconhecida na medida em que as pessoas que nela convivem acessam os códigos importantes para a cidadania e a vida social e, com isso, constroem um novo *modus vivendi*. Com isso, reiteram-se os achados de Valadão (2004), ao revelar que os componentes que fazem da escola um espaço-chave para a promoção da saúde são o fato de ser

cenário onde a saúde se expressa, é determinada e produzida; espaço educativo no qual a saúde é componente curricular e que pode ser tomado como espaço de atuação cooperada e complementar ao sistema de saúde.

A análise dos dados indica a necessidade de a Escola avançar na perspectiva intersetorial superando a atuação endógena, limitada no curricular, e “aproveitar” as possibilidades de articulação intersetorial que se apresentam no cotidiano. A Caminhada contra a Dengue representou uma dessas possibilidades. Também no que se refere ao componente de integração social, são várias as possibilidades identificadas no cotidiano escolar, especialmente com a prática Escola Integral que carecem de maior aprofundamento como formas de enfrentamento das vulnerabilidades presentes no território. A vulnerabilidade, nesse espaço, é tomada amplamente como geradora de demanda e não como subsídio para a construção de práticas emancipatórias e de responsabilização.

II) Serviço local de saúde: que lugar ocupa a promoção da saúde?

O serviço local de saúde está organizado, para o atendimento da população do território, em cinco Equipes de Saúde da Família, com um cardápio de ofertas que atende as diretrizes para a atenção básica do município de Belo Horizonte (BELO HORIZONTE, 2006).

A inclusão desse espaço no estudo considerou que o Programa Saúde da Família se organiza tendo como um dos seus eixos básicos a promoção da saúde como direcionalidade política e técnica no rompimento com o modelo médico-curativista. A análise dos dados aponta que é preciso considerar a possibilidade de a promoção da saúde ser incorporada como um conceito transversal nas atividades ofertadas pelos serviços de saúde. Assim, a promoção da saúde

“aparece em tudo que a gente faz. A gente não pode começar a promoção com a situação particular ou com data e hora ou local definido, promoção está em tudo que a gente faz na unidade, nos mínimos detalhes na sala que eu estiver com o usuário eu estou fazendo promoção. O nosso objetivo é trabalhar para o auto- cuidado, então a gente tem esse pensamento e eu acredito que os profissionais estão partindo dessa idéia da promoção. Quando eu estou atendendo coletivamente e na hora que eu estou atendendo individualmente, na hora que eu estou dentro da unidade e na hora que eu estou fora da unidade.” (Entrevista E2)

Revela-se a imprecisão conceitual que a promoção da saúde assume nos discursos dos atores sociais deste espaço. Destaca-se também a possibilidade de realizar ações que vão desde abordagem individual no consultório a ações coletivas intra ou extra-muros da unidade de saúde.

A intersetorialidade é entendida pelos entrevistados como um potencializador das ações da saúde frente aos problemas sócio-econômicos e culturais que afetam a produção da saúde pelos diferentes sujeitos:

“Se a gente falar de promoção, a gente tem que falar de políticas públicas, porque o centro de saúde sozinho não consegue fazer promoção... Nós temos dois desafios, que o primeiro é viver com a população de baixa renda, que a dez minutos do centro da cidade, você convive com dez mil habitantes que não tem saneamento básico e se você pensar em promoção, você tem uma demanda de cura efetivamente, e é difícil você pensar em promoção quando você não tem um serviço organizado, organizado eu digo não só como o processo de trabalho, mas organizado dentro da intersetorialidade que garante a promoção. Nesse sentido, a gente não está organizado porque o nosso tempo é todo consumido para o povo com a finalidade do centro de saúde, nas atividades essenciais são difíceis da gente conseguir estar articulando, participando. (Entrevista E3)

É importante destacar o potencial que o serviço de saúde apresenta como articulador das ações de promoção da saúde desenvolvidas em outros espaços sociais do território, ao revelar o reconhecimento destes espaços para a promoção da saúde:

“o acesso é meio difícil porque garante a participação e então isso é difícil e para aqueles que podem pagar é uma atividade importante. Nós temos ações de promoção que são feitas pelo grupo da Unibiótica aqui na Vila que a gente percebe que é uma ação importante de promoção. De convivência, tem a Pastoral do Menor que é uma ação da paróquia e da Associação que é uma ação de promoção. As creches tem uma ação importante, tem escolas, então a gente tem muitos serviços que não são ligados a saúde mas que faz ação de promoção. (Entrevista E2)

Os achados contribuem para o entendimento de que os representantes do serviço de saúde têm uma visão parcial dos equipamentos e organizações sociais e comunitárias que atuam junto à comunidade, desenvolvendo projetos destinados à promoção da saúde. Essa evidência remete à fragilidade ou inexistência de vínculo entre as equipes que atuam na atenção primária e os equipamentos sociais, o que, por sua vez, inviabiliza a efetivação da intersetorialidade.

No que se refere à participação social, pressuposto para a promoção da saúde, o serviço local de saúde enfrenta desafios para “motivar” as pessoas a exercerem sua cidadania, como explicitado no enunciado:

“O conselho local de saúde foi se esvaziando completamente. (...) então não é uma comunidade que se organiza, não é uma comunidade que tem representante, você tinha alguns representantes na vila depois do falecimento do M, você tem umas pessoas tentando se firmar, uma rádio local tentando vê se consegue um pouco, mas ainda pouca coisa, não é muito e alguns que tem não são tão reconhecidos. Eu acho que o que leva as pessoas a buscarem ações de promoção é quando ela exerce a sua cidadania e trabalha com ela para desenvolver a reflexão de onde ela esta inserida, o desejo de mudança de onde ela esta inserida, quando as pessoas não se ocupam em pensar a forma que elas vivem, elas não tem motivação para elas, elas não tem motivo para mudar nada, então isso está produzindo ações que ajudem as pessoas a fazerem reflexão do seu meio e isso certamente motivariam. (Entrevista E3)

Sob a abordagem da promoção da saúde supõe-se a responsabilização dos cidadãos para que possam decidir sobre sua saúde de forma autônoma. Entretanto, os discursos apontam uma tendência de “empoderar” os indivíduos, numa perspectiva de fazer o outro compreender (ou seja, utiliza-se o saber como dispositivo externo de poder) seu papel individual pelo processo saúde-doença:

“precisa é da participação da comunidade na solução dos problemas, porque o hipertenso, mesmo que esteja garantindo o remédio, a consulta, o controle e o acompanhamento, se você não aderir ao tratamento nada feito. Então é um cenário preocupante, porque a maioria da nossa população é semi-analfabeta, a maioria da nossa população não assume os cuidados, não se responsabiliza e é difícil porque a comunidade hoje entende que a unidade tem que resolver sozinha os seus problemas de saúde e isso tudo dificulta.” (Entrevista E3)

Poder-se-iam considerar a promoção da saúde e os referenciais teóricos e metodológicos que a sustentam - responsabilização, intersectorialidade, participação popular, políticas públicas saudáveis – como solução para as questões de exclusão social. Paradoxalmente, o atendimento às necessidades de um território marcado por iniquidades coloca a promoção da saúde em uma posição secundária nas prioridades de ação do serviço, uma vez que *“a gente não dá conta de atender à demanda que está na nossa porta” (Conversa profissionais do serviço local de saúde, 17/01/07).*

Grande parte da demanda do serviço é direcionada ao atendimento das diferentes formas de violência (*“muita demanda, uma demanda enorme de famílias, pessoas vítimas da violência que ai desencadeia algum processo mental complicado (...) que*

é um desafio para todos nós de como trabalhar essa demanda, hoje ela sufoca, ela estrangula ela é enorme” [Entrevista E2]) o que em si expressa a defasagem ou o fosso entre as demandas subjetivas de pessoas ou grupos, e a oferta política, econômica, institucional ou simbólica (MINAYO-GÓMEZ; THEDIM-COSTA, 1999). O fato também de estar o território em uma região tomada pelo tráfico coloca os profissionais sob constante vigilância e repercute na organização do trabalho.

A vivência no espaço do serviço de saúde foi uma das mais intensas entre todas as ocorridas no estudo, seja por minha aproximação com a lógica de organização do serviço e seu objeto de atuação ou pela disponibilidade dos profissionais em me receberem e inteirar-me dos acontecimentos relacionados ao objeto de estudo. A riqueza da vivência, por outro lado, colocou como desafio a escolha das práticas para análise em profundidade diante das inúmeras possibilidades identificadas como emblemáticas para a promoção da saúde: atividades em grupos de portadores de hipertensão e diabetes, atividades de fisioterapia desenvolvidas pelos estagiários da PUC Minas, grupo de discussão e lazer para mulheres em parceria com o Núcleo de Apoio à Família; ações desenvolvidas pelos agentes de zoonoses em parceria com o Serviço de Limpeza Urbana para recolhimento de inservíveis.

Optei por analisar o Passeio dos pacientes hipertensos no Zoológico, de agosto de 2007 e o Encontro Cultura de Paz e Não-Violência de setembro de 2008. O critério considerado para a escolha dessas duas práticas foi o fato de ambas acontecerem fora do local físico da unidade de saúde, o que já representa, em si, uma possibilidade de romper com certos padrões e normatizações.

Os dados empíricos indicam que a hipertensão arterial é um dos agravos de maior incidência na população do cenário do estudo e que, assim como outros agravos crônicos, exige criatividade em sua abordagem, uma vez que as tradicionais metodologias de trabalho não apresentam resolutividade. Procura-se ampliar a abordagem nos grupos de portadores de hipertensão para além dos processos terapêuticos assumindo a promoção da saúde e qualidade de vida como foco. O Passeio no Zoológico foi assumido com esse fim.

Os pacientes de um grupo de hipertensos moradores da Vila (29 homens e mulheres, na faixa etária de 50 anos e mais) foram convidados a participar do passeio organizado pela Equipe de Saúde da Família. Considerando o número limite de assentos no ônibus disponibilizado, a resposta da população foi bastante positiva

(esperavam-se 32 moradores). Cada participante foi convidado também a levar um lanche para compartilhar com os demais. Nem todos levaram, mas houve uma troca muito interessante entre eles.

A prática propôs a integração social dos pacientes ao ampliar a possibilidade de acessar um equipamento de lazer que muitos dos participantes não conheciam, apesar de residirem em uma região muito próxima a ele. No final da atividade, houve um momento de relaxamento e confraternização. A prática demandou articulação intersetorial, uma vez que mobilizou agentes da Fundação Zoobotânica para franquear a entrada no Zoológico; o Núcleo de Apoio à Família que financiou o transporte e uma voluntária da Paróquia que ajudou na condução do grupo.

É importante ressaltar o caráter coletivo de uma prática que busca romper com as formas tradicionais de intervenção sobre grupos específicos populacionais portadores de doenças crônicas.

A segunda prática analisada foi o Encontro pela Cultura de Paz e Não-Violência, movimento que está intrinsecamente relacionado à prevenção e à resolução não-violenta dos conflitos. É uma cultura baseada em tolerância, solidariedade e compartilhamento em base cotidiana que respeita todos os direitos individuais, assegura e sustenta a liberdade de opinião. A Cultura de Paz procura resolver os problemas por meio do diálogo, da negociação e da mediação, de forma a tornar a guerra e a violência inviáveis (UNESCO, 2009)¹⁰.

A realidade de vulnerabilidade a que está submetido o território do São José reforça a Cultura de Paz e Não-Violência como um eixo estruturante da promoção da saúde com forte aderência nesse cenário. Assim, por iniciativa da gerente da Unidade os trabalhadores foram convidados a participar do Encontro. A iniciativa de promover a atividade foi da gerente frente à necessidade de discutir com os profissionais o enfrentamento da violência constante na Unidade. Foram envolvidos 30 trabalhadores em sua maioria Auxiliares de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde; duas voluntárias da Ação Social Paroquiana. As atividades foram desenvolvidas em um município próximo à Belo Horizonte e contou com a parceria de quatro instrutores de um Instituto que tem como missão buscar o aperfeiçoamento do ser humano, através de seu desenvolvimento espiritual,

¹⁰ Disponível em: <http://www.unesco.org.br/programas/index.html>. Acesso em 07 abr 2009.

corporal, mental e emocional. Também houve parceria com a Secretaria de Transportes para o traslado dos trabalhadores.

O conjunto de atividades da Oficina revelou uma tendência de desenvolvimento de certas tecnologias dirigidas ao eu, através de técnicas que procuravam ampliar a consciência e discutir o verdadeiro sentido da vida, valorizando sentimentos como simplicidade, harmonia, e respeito por si, pelo outro e pelo ambiente. Assim, os achados indicam que a prática pode representar uma tentativa de regulamentação e manutenção da coesão social na qual há uma tendência de responsabilização unilateral (no caso dos trabalhadores) em enfrentar os resultados da distribuição não-democrática dos serviços ou a ausência de políticas que tornam vulneráveis a população ante as ofertas do tráfico, da prostituição e de outras atividades geradoras de violência.

Por outro lado, os achados evidenciam o potencial da iniciativa em traduzir a necessidade premente de medidas que dêem conta da complexidade de que se reveste o enfrentamento da violência e que se materializem em ações cotidianas que configurem novas formas de sociabilidade e, portanto, novas relações sociais. Nessa perspectiva, se os trabalhadores da saúde pretendem trabalhar com a prevenção da violência e com a construção de uma cultura da paz, terão que aprender a lidar com a resolução de conflitos e ampliar sua capacidade de comunicação e diálogo lidando com a diferença, manifestando solidariedade, tolerância e respeito (GALHEIGO, 2008). Nesse sentido, visualiza-se que a iniciativa poderia ser tomada como possibilidade de ampliar os espaços de interlocução com a comunidade, construindo mecanismos de co-responsabilização entre trabalhadores, gestores e população no enfrentamento das questões cotidianas de violência que atingem o território.

O conjunto de práticas identificadas e analisadas no serviço de saúde revela as possibilidades de se buscar novas formas de intervenção sobre as demandas de saúde da população. Embora se reconheça o potencial das práticas analisadas em romper com as formas tradicionais institucionalizadoras de abordagem das demandas em saúde, é preciso destacar seu caráter pontual e esporádico não se podendo afirmar que elas se constituam como direcionalidade técnica. Prevalece, no espaço, o atendimento às demandas expressas de tratamento e reabilitação. Não se visualiza a promoção da saúde como conceito que perpassa as práticas cotidianas.

Os desafios na construção de novas práticas que incorporem o referencial da promoção da saúde são evidentes e estão relacionados às condições individuais e subjetivas dos usuários e das equipes, da organização do processo de trabalho, e de questões estruturais que refletem na busca pelo serviço de saúde. Percebe-se uma dificuldade de re-significação da promoção como prática efetiva nos serviços.

Deve-se avançar, também, na compreensão de que as ações de promoção da saúde devem ultrapassar os limites da atenção básica e do setor saúde, podendo ocorrer em qualquer “lugar de vida” com estratégias de intervenção individual ou coletiva. Esse entendimento é um desafio a ser enfrentado na organização dos serviços que, de modo geral, atribuem à promoção da saúde um caráter secundário e vinculado a atividades coletivas organizadas por demandas das equipes de saúde e não em resposta às demandas de saúde da população. Sob essa lógica, mesmo as experiências mais “inovadoras” reproduzem modelos de intervenção sobre o adoecimento e os efeitos do adoecer com pouca capacidade de imprimir uma nova racionalidade no campo da saúde.

Os achados indicam que os grupos de usuários, apresentados pelos profissionais do serviço local de saúde como experiências bem sucedidas de promoção da saúde, ganham significado como dispositivo racionalizador do processo de trabalho. Essa estratégia de intervenção coletiva acontece, quase sempre, com atravessamento de tecnologias de poder massificantes que opera em processos de objetivação dos sujeitos. Nesses, prevalece o discurso ordenador da saúde, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos, tais como a dieta, a prática de atividades físicas e a norma correta do modo de viver a vida, que se tornam marcas na construção das identidades pessoais. “Trata-se da formação de um sujeito que se auto-controla, auto-vigia e auto-governa” (ORTEGA, 2004, p. 15).

Ademais, a análise das práticas, no espaço do serviço de saúde, permitiu evidenciar que os processos participativos não se dão por iniciativa de todos os atores sociais envolvidos nas práticas, mas sempre acontecem como resposta a uma demanda unilateral, o que contribui para que a perspectiva de “empoderar” o outro e “motivar” a participação estejam presentes no discurso hegemônico do serviço de saúde. Sobre esses aspectos, é mister refletir se não se configuram como tecnologias dirigidas ao “eu” que moldam certos *modus vivendi* da população e representam

uma estratégia de biopoder. Observa-se a defesa do empoderamento (assim como de redes sociais e comunitárias) como justificativa ideológica para a privatização e des-regularização dos serviços de saúde (CARVALHO E GASTALDO, 2008).

Mesmo aceitando os limites e os desafios que se apresentam, é possível tomar as práticas do serviço local de saúde como possibilidades de enfrentamento das formas estandardizadas, rígidas e estagnadas de ação.

III) Grupo de Convivência da Terceira Idade

A inclusão do Grupo de Terceira Idade como espaço para a promoção da saúde deveu-se à visibilidade que apresenta na participação social. O Grupo foi fundado em 1997, no Centro de Apoio Comunitário (CAC) Jardim Montanhês, com o objetivo de reunir pessoas da terceira idade para entrelaçar as amizades, ampliar os conhecimentos e fortalecer os relacionamentos com as famílias dos idosos. Desenvolve várias atividades de lazer tais como passeios, teatros, festas, palestras informativas sobre saúde, prevenção de acidentes, alimentação adequada (*Nota de análise, cartilha comemorativa 10 anos do Grupo Reflorescer*).

A vivência no grupo permitiu reconhecer que é conduzido por uma senhora ativista nos movimentos da igreja católica local, no conselho de saúde e de assistência social, associação comunitária, pastoral da saúde, além de apresentar um programa aos domingos em uma Rádio. Entretanto o grupo não tem uma identidade. Parece sustentar-se no apoio governamental (pelo NAF/CRAS) e no desejo individual da líder que também atua em outros espaços de controle social. No escopo do Programa BH Cidadania, o Grupo Reflorescer conta com a parceria das Secretarias Municipais de Assistência Social e de Cultura nas atividades de convivência que contribuem para o envelhecimento saudável por meio dos cursos de Alfabetização, Oficinas de convivência, Oficinas de assistência alimentar e aproveitamento de alimentos, atividades de esporte e lazer.

O Grupo Reflorescer constituiu-se como Organização não-governamental o que possibilitou a participação em editais públicos como os das Secretarias Municipais de Assistência Social e de Cultura que financiam algumas de suas atividades. Às quintas-feiras o grupo tem a atividade Vida Ativa que consiste em práticas esportivas

para a terceira idade em parceria com a Secretaria Municipal de Esportes, por meio do Programa BH Cidadania. O número de participantes nos encontros é variável, em torno de 30 pessoas, a maioria de mulheres provenientes da parte de cima da Vila São José e do Bairro Jardim Montanhês.

Nas Oficinas de convivência, vivenciam, de uma forma geral, atividades manuais, como pintura, bordado, canto, dança, brincadeira, alongamento, palestras informativas sobre assuntos sugeridos pelo próprio grupo e passeios. Diante da dificuldade de muitas pessoas da parte baixa da Vila participarem das atividades, o NAF/CRAS São José disponibiliza um ônibus para traslado dos participantes dessa parte da Vila. Como o número de assentos no ônibus é restrito (22 lugares) foram estabelecidos alguns critérios para a oferta do transporte. O Centro de Saúde é também parceiro nas atividades e atuou na indicação das pessoas que seriam contempladas com o transporte. Esse achado reforça o caráter focalista das práticas de promoção da saúde neste espaço, bem como em outro do território.

A vivência nas atividades do Grupo Reflorescer concentrou-se no acompanhamento das atividades do Vida Ativa e do grupo de convivência com Oficinas de costura e bordado. Nesse último, destaco o Encontro Intergeracional Avós e Netos (crianças de zero a seis anos que são atendidas em outras atividades do Programa BH Cidadania no território), em outubro de 2008. Os participantes, em sua maioria mulheres (havia quatro homens) envolveram-se nas diferentes atividades do dia proporcionadas pelas técnicas do Centro de Referência em Assistência Social e pelos monitores do projeto Vida Ativa.

O envelhecimento adquire novos conceitos na sociedade contemporânea. Na busca constante de longevidade e manutenção do seu papel social, o conceito de envelhecimento ativo converge para os referenciais da promoção da saúde e representa uma estratégia que se dirige à modificação dos estilos de vida incentivando e transformando o idoso em grande consumidor de tecnologias que lhe permitam ser jovem, saudável, longo e atento à forma física. Com isso, constroem-se novas regras e discursos de verdade nos quais a juventude passa de um estágio a um valor, um bem a ser conquistado por meio de estilos de vida adequados. Nos novos valores sociais, a busca por um corpo jovial e disciplinado é preceito (MENDONÇA, et al, 2008). Nessa sociedade, há o desenvolvimento de estratégias que prevêm a informação como parte de um conjunto abrangente de

medidas necessárias à longevidade com qualidade de vida. Os grupos de convivência da Terceira Idade cumprem esse papel.

Os achados do estudo permitem considerar que a institucionalização do envelhecimento, por meio dos grupos de convivência, representa uma estratégia biopolítica de controle dos grupos populacionais vulneráveis, expressa nos discursos de que os idosos são frágeis, incapazes, deprimidos e doentes e, portanto, sobre eles é preciso que se faça a intervenção estatal.

Nesse sentido, as diversas atividades de convivência propostas pelo NAF/CRAS apresentam-se como estratégia de constante vigilância que *“reúne a população idosa do território fazendo com que os idosos deixem suas casas, saiam da depressão, trazendo pessoas que façam palestras informativas sobre saúde, prevenção sobre acidentes e alimentação adequada”* (Entrevista O2). Revela-se, assim, o espaço do grupo de convivência da Terceira Idade como estratégia biopolítica que emprega intervenções reguladoras para o manejo da população e o controle social.

Também neste espaço, há o incentivo às habilidades para cuidar de si que contribui para a formação de bioidentidades sociais, com tendência à uniformização, sustentadas no conceito de deficiência – dos idosos frente aos jovens - a serem compensadas. Assim, os grupos de idosos se constituem como uma tentativa biopolítica de resistir a uma imposição Ideológica da juventude eterna. *“Às vezes, esses grupos de idosos se constituem para realizar trabalhos sociais, recuperar e propor práticas de solidariedade e formas de sociabilidade alternativas e não só para viver os ideais de longevidade”* (ORTEGA, 2004, p. 17)

A participação da população nas práticas do Grupo foi revelada como um aspecto que merece ser destacado, uma vez que há uma oferta de ações que nem sempre atingem o público definido. Essa também é a realidade de outras ONG's que atuam no território e podem representar uma estratégia de resistência difusa às tradicionais propostas tutelares conservadoras. Nas várias atividades desenvolvidas pelo Grupo Reflorescer, percebe-se um esforço enorme para a captação das pessoas. Um exemplo é a atividade de Dança de Salão que conta com instrutor remunerado pelo CRAS, espaço físico no Centro de Apoio Comunitário, porém os encontros contam com, no máximo, 10 pessoas. Parece haver incompatibilidade entre oferta e demanda.

A análise dos dados indica a institucionalidade como um elemento que marca o espaço do Grupo de Convivência da Terceira Idade que, embora não-governamental, tem, como principal fonte de recursos, o Estado, por meio do Centro de Referência em Assistência Social/Núcleo de Apoio à Família. Essa característica pode sinalizar a destituição da autonomia do grupo que passa a ser um instrumento de poder que reproduz as normas e padrões ditados pelo aparelho do Estado.

Por outro lado, há que se considerar o componente de integração social que as atividades do Grupo proporcionam ao possibilitar a seus participantes acessarem certos bens (passeios, teatros, visitas a museus, acesso à informação sobre saúde, alimentação, direitos de cidadania) e a compartilharem novas sociabilidades. Assim, há evidências de que o Grupo Reflorescer tem potencial para constituição do componente de autonomia e liberdade na promoção da saúde.

IV) Caminhadas na avenida do Canal e atividades no Clube Esportivo e Recreativo das Acácias (CERA): o corpo em evidência na promoção da saúde

O estímulo à atividade física é um dos eixos estruturantes da promoção da saúde no cotidiano e, por isso, as práticas no território que consideram essa abordagem foram tomadas para análise.

A Avenida do Canal (avenida João Paulo I) constitui um espaço eleito pela população para a realização de caminhadas, no cenário do estudo. Todos os dias cerca de 30 pessoas fazem caminhadas na avenida; geralmente senhoras, moradoras das áreas de baixa vulnerabilidade. Minha vivência nesse espaço consistiu na observação participante das caminhadas, geralmente no período da manhã. Os processos interativos foram escassos uma vez que essa prática se caracteriza no cenário por ser autônoma e independente. Assim, as pessoas fazem caminhadas sozinhas ou em companhia de outras. Não identifiquei grupos orientados de caminhada o que atribui à prática um caráter de independência e não-institucionalidade.

Nos relatos da população, a caminhada aparece como uma prática supervalorizada na relação com a promoção da saúde, revelando o dispositivo de normalização, ou seja, definindo que o normal-esperado no gerenciamento do corpo é fazer

caminhadas. Ao mesmo tempo, representa um mecanismo de disciplinarização dos corpos, ao lançar mão de dispositivos de tempo (estabelecimento de duração, exigência de repetição) e individualização.

O Clube Recreativo é uma instituição privada de realização de atividades físicas no cenário do estudo. Localiza-se na área de baixo risco, é um espaço amplo, com duas quadras, um campo de futebol, duas piscinas, salão de festas. Oferece aulas de natação e hidroginástica (às terças e quintas à tarde e às quartas e sextas pela manhã); mantém parceria com a Prefeitura para o Projeto Cidadania em Rede com atividades de socialização infanto-juvenil, executado pela Ação Social São Tiago. O Centro de Saúde mantinha parceria com o Clube para encaminhamento de pessoas para as aulas de hidroginástica mas, com o término do financiamento do Projeto, os encaminhamentos foram suspensos.

Minha vivência no Clube Recreativo compreendeu dois meses de observação participante nas aulas de hidroginástica (abril e maio de 2008). Essa vivência permite afirmar a sub-utilização do espaço do Clube pela população. As pessoas que o freqüentam são moradoras da área de baixa vulnerabilidade do Bairro Alípio de Melo e procuram o Clube com mais intensidade nos finais de semana ensolarados. Nos demais dias, o público se resume aos poucos alunos da hidroginástica (no período que acompanhei éramos quatro alunas), alunos da natação (seis garotos com idades entre 14 e 18 anos) e os alunos do Projeto Cidadania em Rede com escolinha de futebol. Nas aulas de natação e hidroginástica, a participação é voluntária, independente, auto-financiada. Nas aulas de futebol, há uma seleção dos garotos a serem contemplados pelo projeto.

O projeto de Futebol pode ser tomado como um exemplo de prática que oferece ações complementares às crianças e aos adolescentes em situação de pobreza e vulnerabilidade social: possibilita o acesso ao lazer, ao esporte e à cultura. O bom rendimento escolar é uma condição para a inserção e continuidade dos meninos no projeto que acontece no contra-turno da escola numa tentativa de socialização infanto-juvenil. Carvalho (2007) vislumbra que esse tipo de projeto representa um bem público comunitário, constituindo-se em capital social das próprias populações vulnerabilizadas.

Não apresentam um currículo e uma programação pedagógica padrão, como a escola oferece. Sua eficácia educacional está apoiada num currículo-projeto que nasce nas comunidades, a partir de suas demandas e

interesses, particularidades, potencialidades e por seu próprio protagonismo.

Entretanto, a vivência no espaço permitiu evidenciar que há um desgaste do potencial de emancipação dessa prática revelado pela expressão do poder disciplinar sustentado em normatizações e regras que reproduzem os modelos escolares com dispositivos tais como listas de chamada, filas para lanche, etc. É preciso considerar também que se caracteriza como uma prática focalista.

A análise das práticas no Clube Recreativo e Avenida do Canal revelam seu potencial de independência e não-institucionalização. Essa característica parece fundamental para a constituição de autonomias. O fato dos dois espaços diferirem quanto ao acesso (o primeiro, espaço privado e a Avenida, espaço público) poderia representar uma variável determinante na participação e responsabilização dos atores nas práticas. Entretanto, o que se observa é que as duas práticas são restritas a uma pequena parcela da população com características e condições sociais e econômicas que não retratam a maioria. Mesmo nos espaços de caminhada, onde o acesso é livre e gratuito, a maioria da população da Vila não se faz presente. Esse achado reforça a análise da necessidade de se construir estratégias que ampliem a capacidade das pessoas para opções acessíveis e oportunas de práticas de atividades físicas, responsabilizando-as na criação de novos hábitos que concorrem para a saúde. Os grupos orientados de caminhada podem representar uma alternativa nesse sentido.

Tanto a caminhada quanto as atividades no Clube Recreativo revelam um padrão de circulação do poder na sociedade que tem as informações, propagandas, mídia, discurso médico como centro de evocação do saber e, por isso mesmo, de distribuição do poder. Esse poder incide sobre os corpos individuais e os coloca em evidência como objeto a disciplinar em função de determinadas normas e padrões a serem seguidos.

Nesse movimento, as tecnologias do eu são potentes dispositivos de exercício de poder e se revelam, sobretudo, na expressão dos esforços realizados pelos participantes da hidroginástica para se superarem nas atividades “(...) o corpo é o principal alvo de preocupações. Funciona como uma marca identitária, tendendo a expressar um único eu, como se este fosse exclusivo a cada um e sem ligação nenhuma com o campo social.” (COELHO E FONSECA, 2007, p. 66)

Destaca-se, também, nesses espaços, a predominância do público feminino confirmando a convergência dos discursos de saúde e estética, representando uma forma de desejo de domínio sobre o próprio corpo, em busca da construção de um corpo saudável, representando controle e disciplina, apontada por Castro (2003).

Assim, a contradição se expressa: nas práticas em que se esperava maior autonomia/liberdade, o que se revela é a maior incisão do poder disciplinar atuando transversalmente sobre os corpos individuais no processo constante de medicalização.

V) Associação Esportiva e de eventos do Residencial São José

A vivência no campo colocou-me em contato com o grupo de moradores do Residencial São José (prédios construídos na primeira etapa da obra de reassentamento em 2004) que se reúnem aos sábados, desde março de 2007, no espaço cedido por uma Escola Municipal para proporcionar atividades de esporte e lazer para crianças e adolescentes. As atividades são reconhecidas pelos profissionais de saúde como uma prática de promoção da saúde o que pode ser atribuído ao fato de uma Agente Comunitária de Saúde ser líder e coordenadora das atividades.

O objetivo das ações é proporcionar atividades físicas, esporte e lazer, tais como escolinha de futebol, dança, desenho para o grupo de 70 crianças e adolescentes inscritas no projeto, além de ampliar as relações de vizinhança. A iniciativa foi disparada por incentivo da Ação Social Arquidiocesana (ASA) por meio do Projeto Pós-Morar que visa o desenvolvimento de relações de convivência entre os moradores do residencial. A ASA atuou no território desenvolvendo o Projeto Pós-Morar no período de 2000 a 2007.

Atualmente, as atividades de esporte e lazer da Associação de Esportes e Eventos do Residencial São José contam com apoio do Projeto Cidadania em Rede, financiado pela PBH no eixo cultura, lazer e esporte com subsidio de material para as práticas esportivas. Como a Associação ainda não regularizou sua situação, a Ação Social São Tiago é parceira nas atividades, sendo a representante legal no convênio com a PBH.

Minha vivência nesse espaço compreendeu observação participante nas atividades no período de agosto a outubro de 2007.

Os atores sociais envolvidos são moradores do Residencial que atuam como coordenadores e monitores do projeto. As crianças participam voluntariamente e o número de crianças a serem atendidas foi definido pela capacidade dos monitores em coordenar as atividades. As atividades acontecem por interesse do grupo de moradores que conduz as atividades num esforço para sustentar as ações inclusive com auto-financiamento do lanche. Há uma parceria com uma padaria da região que fornece pães para o projeto. Numa tentativa de articulação com a Escola Municipal 1, por meio do Projeto Escola Integrada, houve o compartilhamento de monitores e oficinairos nas atividades de dança e grafite durante dois meses, porém a parceria não teve continuidade e as atividades do Residencial foram transferidas para a Escola Municipal 2. Nessa Escola, a parceria restringe-se à cessão do espaço físico.

É importante destacar as discussões realizadas no grupo quanto à formalização legal das atividades com constituição de uma Associação que revela a tendência a um processo institucionalizador. Outro elemento de análise das atividades desenvolvidas pelo grupo de moradores é a reprodução dos padrões da Escola com a formação de filas e divisão de turmas, mais ou menos homogêneas, por idade e sexo reproduzindo os procedimentos de classificação e ordenação próprios dos dispositivos de controle.

O fato de as atividades de esporte e lazer do Residencial terem começado como incentivo do Projeto Pós-morar, desenvolvido pela Ação Social Paroquiana, confere-lhes um papel de regulação da população ao ser um instrumento que disciplina e cria “regras de convivência”. Sob esse aspecto, pode-se afirmar que as atividades de esporte e lazer empregam certas técnicas disciplinares que somado aos outros programas governamentais do território (como a educação e a socialização) ampliam a intervenção sobre os grupos vulneráveis, modelando comportamentos.

Uma característica das atividades é seu papel de *“ocupar as crianças para que não se envolvam com coisas erradas, como as drogas que está na sua casa, na sua porta, na sua rua”* (Conversa com um coordenador, 25/08/07), mesmo que o amadorismo confira às atividades um caráter assistemático. Por outro lado, não se pode negar seu componente de autonomia ao possibilitar às crianças expressarem

de modo relativamente livre suas habilidades e acessarem certos bens que não estão disponíveis em seu cotidiano: esporte e lazer.

VI) Grupo de Unibiótica

A Unibiótica foi revelada, como uma prática de promoção da saúde, pelos profissionais de saúde, representantes religiosos, nas entrevistas com a população e nas observações do cotidiano do território em que identifiquei o salão da Igreja como um espaço em que se reúnem mulheres para a prática de atividades físicas. São organizadas em dois grupos que se reúnem duas vezes por semana no Salão da Igreja (grupo 1) e no Clube (grupo 2).

É uma prática não-institucionalizada, mas não completamente autônoma uma vez que segue as orientações gerais da Unibiótica formulada pelo médico coreano Jonk Suk Yum.

O método Unibiótica é de abordagem *“natural de recuperação e preservação da saúde que sintetiza, em si, todo o conhecimento científico que obedece às Leis da Natureza”*. (Notas de análise, Cartilha da UNIBIÓTICA). O Grupo é conduzido por uma senhora moradora da região em um programa que envolve saúde, prática de exercícios físicos, orientação alimentar e banhos terapêuticos. O Grupo é denominado “De Mãos Dadas” (1 e 2) e segue as orientações gerais da Unibiótica cuja tônica é Melhorando Tudo, Melhorando Todos. A sustentação dos exercícios realizados e das orientações alimentares e de atitudes baseia-se nos estudos do médico coreano Jonk Suk Yum numa proposta que reúne as medicinas alternativas, exercícios de fisioterapia e de condicionamento físico procurando manter fortalecido o sistema imunológico. (Notas de análise, Cartilha da UNIBIÓTICA)

Destacam-se, na Cartilha da Unibiótica os elementos necessários para fortalecer o linfócito T: vida natural (hábitos saudáveis, sol da manhã, ar puro, água pura, alimentação natural), atitudes positivas (honestidade, lealdade, amizade, caridade, alegria, amor, perdão), moderação (ter controle para não cometer excessos, principalmente com a alimentação), exercícios físicos (caminhada, natação, ciclismo, além dos exercícios da Unibiótica que são simples e acessíveis a qualquer pessoa).

Minha vivência nos Grupos de Unibiótica compreendeu dois meses de observação participante nas atividades do grupo 1, que se reúne no salão da Igreja São Tiago. Os atores sociais na prática são, em sua maioria, mulheres na faixa etária de 50 anos e mais, portadoras de doenças crônicas e problemas relacionados à saúde mental. As mulheres são provenientes das áreas de elevada vulnerabilidade do Bairro São José. A participação é voluntária, por iniciativa pessoal. Recentemente foi pactuado com o serviço de saúde o encaminhamento para o Grupo das pessoas “emblemáticas” para o serviço (com presença freqüente), as poliqueixosas.

A Unibiótica permite às participantes acessar a prática de atividades físicas, orientações quanto a hábitos e estilos de vida que não estão disponíveis em seu cotidiano. É uma prática reconhecida entre a população e os profissionais de saúde como uma marcadora (ou boa prática) de promoção da saúde no território.

A análise da Unibiótica revela seu potencial de disciplinarização dos corpos pela atividade física e por expressões positivas. Mecanismos tais como a exigência de repetição, do auto-controle, da moderação, estão presentes como técnicas disciplinares. Sobressaem também as tecnologias do eu com rituais específicos dirigidos ao indivíduo (fazer jejum matinal, beber água pura, tomar banho de ar, dormir em cama dura e com travesseiro de madeira) que colocam os indivíduos em processo de auto-transformação. A noção de que disciplina e dedicação são fundamentais para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento da prática também é revelada nos discursos das participantes:

“Então se a pessoa não tiver muita força de vontade e a pessoa não se amar, ela desiste, ou ela desiste porque já melhorou, porque ela veio aqui buscar uma cura, mas só que não foi, ela veio para se cuidar para o resto da vida né, e ela desiste, ou ela desiste porque acha que está demorando muito, são aquelas pessoas ansiosas que querem que tudo seja resolvido rápido.” (Entrevista O4)

“(...) tem que persistir, não adianta você vir um dia só e fazer um exercício e falar assim: ah tô com preguiça, não, você tem que cuidar de você, aqui nós ensinamos a cuidar da gente, cuidar primeiro de você e depois cuidar das outras pessoas, porque cuidando bem de você, você vai estar bem para cuidar das outras pessoas, das outras coisas, dos outros problemas, do serviço e de tudo mais, não é” (Entrevista O5)

“(...) e as mães, as avós ficam assim, ah eu queria tanto que os meus filhos viessem, trazer fulano, ciclano, para que ele não adoça. Mas não traz, não consegue, só depois que precisa mesmo de ajuda e tem muitos que só vem porque o médico mandou. E eu estou até com um projeto aí agora pela Associação novamente que eu vou receber esse ano algumas

“pessoas para depois ano que vem a Associação formar novamente um grupo de apoio, mas com encaminhamento. Como se eu fosse uma médica recebendo, ai eles vêm e ficam, não pode faltar, porque se você faltar você vai perder a sua vaga e como é difícil assim, as pessoas querem tomar remédio e não buscam uma coisa natural.” (Entrevista O3)

Assim, a análise dessa prática revela seu potencial em estimular a modelagem de comportamentos por meio de prescrições e normatizações. Há o estímulo ao desenvolvimento de tecnologias dirigidas ao eu como forma de cuidado de si e produtor de modos de ser. A fala a seguir ilustra essa análise.

“algumas pessoas já na primeira semana já vem e já fala que melhorou, outras demoram mais, depende de cada pessoa, de cada organismo. Os que levam mais a sério, de verdade, que praticam as dietas, são os que melhoram mais rápido. (...) que faz o programa completo, que faz a dieta alimentar, que faz o jejum matinal, que fazem banhos, que nós temos também os banhos diários, banhos alternados e banho de ar, e essas são as que melhoram mais rápido inclusive bronquite, asma melhoram com esses banhos.” (Entrevista O3)

As tecnologias do eu ou do governo de si são exercícios, técnicas, procedimentos que visam a um “certo número de operações sobre seu corpo e sua alma, pensamentos, condutas, ou qualquer forma de ser, obtendo assim uma transformação de si mesmo (...) não apenas no sentido mais evidente de aquisição de certas habilidades, mas também no sentido de aquisição de certas atitudes. (FOUCAULT, 1990, p. 48). O fato de grande parte do público da Unibiótica ser constituído por mulheres que procuram o grupo com sintomas de depressão amplia a evidência de seu papel como dispositivo no qual as pessoas transformam a relação consigo mesmas. Essa característica das tecnologias do eu estão presentes nas falas dos participantes da Unibiótica:

“Fui para o grupo e eu estava em uma fase de depressão e parece que remédio nenhum controlava, eu estava tomando calmantes e remédios para a pressão alta, porque a pressão subia, e ai eu cheguei na Unibiótica e já abracei, gostei e: ah eu vou levar isso para frente, eu pretendo levar isso para a frente, eu era tímida” (Entrevista O4, participante há 5 anos do grupo)

“porque são exercícios de alongamentos e que melhora dores musculares, dores nos ossos e depressões. As pessoas começam a ter uma vida melhor, que a Unibiótica ensina a alimentar, a importância da água, tomar muita água e no geral é uma pratica que melhora muito a saúde de cada pessoa, mas tem que praticar...” (Entrevista O5, participante há 3 anos do grupo)

“[porque as pessoas vêm para o grupo] principalmente por causa da depressão que tenta no posto de saúde, nos hospitais com remédios e mais remédios e não melhorou ai vem para a Unibiótica, inclusive uns médicos aqui do São Jose já estão mandando as pessoas virem, dor de coluna também, mas é mais a depressão, é mais a depressão, as pessoas que mais procuram são os deprimidos, chegam no dia quando a gente faz o exercício, dá o abraço elas choram e isso já é bom porque elas desabafam e depois vai recebendo aquele carinho das colegas, não só o meu, das colegas também e vai melhorando” (Entrevista 03, coordenadora do grupo)

Também é possível evidenciar a prática como extensão de uma normatividade biomédica ao ser dirigida à produção de um modo de ser que incorpora o corpo e os desvios da normatividade como objeto a disciplinar e medicalizar:

“é visível os aspectos dos movimentos, pessoas que tinham problemas de joelhos, articulações deixa de ter esses problemas, dores musculares e tudo deixa de ter, são vários fatores, problemas estomacais e tudo isso depende da alimentação, o jejum matinal que ensina a descansar o corpo, melhor em todos os aspectos.” (Entrevista 05)

É importante destacar que a análise dessa prática revela seu potencial em estabelecer um novo *modus vivendi*: são várias personalidades autônomas (para se utilizar uma expressão foucaultiana) tentando construir outra lógica em relação ao cuidado de si. Apesar de ser visível o componente de normalização presente na prática, que regula e reproduz certas regras de conduta e ações reflexivas que modificam seu modo de ser (a dietética do bem viver), ela representa uma possibilidade de superar a medicação, a partir do momento que incorpora como valor a dieta, a atividade física, o cuidado com o corpo e o cuidado com a mente.

Outro elemento que merece ser discutido é o caráter autônomo do grupo não-institucionalizado e que, por causa disso, encontra dificuldades de “sobrevivência” e de ser acessível a um maior número de pessoas. Com isso, a prática mantém um caráter focalista, como as demais práticas identificadas no cenário.

2.1 Novos hábitos saudáveis: reinventando o cotidiano com autonomia e responsabilização

De modo geral, o que se constata nas práticas cotidianas de promoção da saúde no cenário do estudo é a baixa adesão da população às ofertas disponíveis. Também é

evidente o caráter pontual das práticas que não se configuram como práticas sistemáticas com mecanismos de acompanhamento e avaliação que permitam verificar as mudanças de hábito no público atingido. Assim, as práticas pouco contribuem para a criação de novos hábitos embora sejam capazes, em maior ou menor intensidade, de provocá-los. Isso porque não se visualiza uma sinergia na relação entre a oferta de práticas e a demanda advinda das necessidades sociais e de saúde, expressa pelas concepções e pelo valor que lhes atribui a população. Prevalece um caráter de consumo das práticas sem avançar na perspectiva de uma responsabilização autônoma e solidária no sentido que representaria cada indivíduo criar seu próprio trajeto (ou projeto) de vida ante as possibilidades dos modos de vida.

A ação prática dos sujeitos não é ingênua. Há sempre um projeto de vida (e/ou de saúde-doença) que explica as práticas e a forma como se organizam para expressar ou atender as demandas. Nesse projeto, subentende-se o embate da objetividade e da subjetividade na transposição dos modelos ideais. Assim, a prática revela uma concepção, uma visão de mundo que se faz e se refaz no cotidiano. A construção do significado da promoção da saúde no cotidiano, sob essa perspectiva, encontra espaços sociais nos quais as práticas se materializam, o cenário vivo no qual se formula, se reformula e se reconstrói. Assim, uma questão importante a ser suscitada no debate da demanda enquanto categoria que direciona e é direcionada pelas práticas de promoção da saúde, é o valor que o sujeito e a subjetividade assumem no cuidado em saúde.

Com essa compreensão, os achados do estudo permitem afirmar que há um “cardápio” de ofertas de práticas de promoção da saúde no cenário de estudo que indica uma realidade desejável, por contemplar diferentes aspectos complementares da promoção da saúde, desde aqueles concentrados na modificação de hábitos e estilos de vida, até aqueles que priorizam componentes de mudanças estruturais e de condições de vida. Há, portanto, vários projetos coexistentes. Entretanto, em sua maioria esses projetos revelaram baixa capacidade de mobilizar recursos na autonomia e responsabilização das pessoas pois não

Cabe lembrar que certas práticas ocorrem para materializar políticas públicas tais como aquelas que acontecem na Escola, nos serviços de saúde e no Grupo de convivência da Terceira Idade. Aí, o grau de institucionalização e formalização é

maior e esperar-se-ia menor capacidade de constituição de autonomia e liberdade. Outras práticas ocorrem mesmo sem se sustentarem em investimento de política pública, tal como a Unibiótica e as caminhadas na Avenida do Canal. Delas esperar-se-ia maior capacidade de constituir novos *modus vivendi* que superam as maneiras que reproduzem modelos para se ter saúde. Entretanto, há uma contradição: nas práticas de que se esperaria maior espaço de liberdade/autonomia por serem desinstitucionalizadas, o que se configura são mecanismos de circulação de poder que reproduzem padrões e normas que atravessam as relações sociais. Nestas práticas, sobressai a defesa do culto ao corpo e a supervalorização das tecnologias dirigidas ao eu. O Grupo de Unibiótica é emblemático dessa configuração de modos de sujeição, isto é, de maneiras de definir a relação dos sujeitos (em sua maioria mulheres deprimidas) consigo mesmos, ao incorporar normas e regulamentos que devem ser colocados em prática.

Um aspecto a ser considerado na análise é que as práticas não podem ser tomadas como boas ou ruins, mas na gradação de seu potencial em ser mais ou menos autonomizadoras, reafirmando os apontamentos de Certeau (2003) de que uma sociedade é composta de inúmeras práticas organizadas de suas instituições normativas e de tantas outras que embora não organizadoras de um discurso (institucional, científico) revelam certos espaços, linguagens e significados.

De modo geral, o que prevalece são práticas focalistas, de caráter pontual sobre o adoecer, os riscos ou os desvios da normalidade e que pouco contribuem para romper com a medicalização social, uma vez que recrudescem um modelo de negação da doença e do patológico. Assim, há a retro-alimentação do paradigma biomédico agora materializado em diferentes práticas e em diferentes espaços (para além dos tradicionais serviços de saúde) que, aliadas ao fato de se ocupar com sentidos e significados gerados pelas pessoas quanto à saúde e às formas de tê-la, configuram uma nova racionalidade.

Nessa nova racionalidade, a heterogeneidade e a imprecisão conceitual marcam o cotidiano das práticas de promoção da saúde com abordagens desde as mais individualizantes até aquelas mais massificantes. O que marca a diferença entre uma e outra abordagem é a intervenção do Estado e das redes organizadas da sociedade civil que atuam como dispositivos de poder configurando práticas

institucionalizadas e com efeito no manejo e no controle dos públicos mais vulneráveis (entre os já vulneráveis).

Sob essa perspectiva, a vulnerabilidade coloca os sujeitos no limite entre autonomia/dependência e responsabilização. A depender do modo como são construídas as estratégias de enfrentamento das situações de saúde e das práticas de promoção da saúde no cotidiano, observa-se uma tendência mais libertária com componente emancipatório e de responsabilização ou, por outro lado, uma tendência disciplinar e regulatória que reforça certos padrões e normas. Quando tomamos as práticas analisadas no estudo, podemos afirmar que há um misto: há tanto práticas que concentram componentes normalizadores quanto aquelas em que a autonomia e a liberdade sobressaem. Não se pode afirmar que as práticas são puristas.

Como explica Heller (2004), mesmo com a heterogeneidade, é possível hierarquizar as práticas cotidianas, não de forma eterna e imutável, mas de maneira em que se modifica em função dos diferentes contextos, espaços e tempos. Nesse sentido, a promoção da saúde nos espaços sociais do cenário do estudo apresenta-se mais autonomizadora quando se organiza por iniciativas públicas ou privadas cuja capacidade de enfrentamento da medicalização se dá na expressão dos microinteresses, microidentidades em resposta às tradicionais propostas institucionalizadoras. A essas práticas poder-se-ia denominar mais instituintes, uma vez que, em todas as práticas analisadas, há, em maior ou menor grau, elementos que ora tendem para uma perspectiva mais autonomista ora reforçam a medicalização pela forma como engendram as relações sociais e incidem as tecnologias de saber-poder. Assim, em todas as práticas analisadas, é possível perceber uma intenção mais ou menos reguladora com um dinamismo próprio resultado do fluxo de relações entre os diferentes atores sociais. Nessa relação, o acesso às práticas de promoção da saúde revela dissensos entre oferta, demanda e necessidades sociais.

A maneira pela qual as pessoas entendem saúde-doença, além da determinação social que a implica, condiciona a busca por saúde e a relação que se estabelece com os profissionais e serviços de saúde. Ao considerarmos que a demanda expressa as concepções que se tem de corpo, mente e vida, as práticas de promoção da saúde deveriam se direcionar ao entendimento dos significados que os

sujeitos expressam sobre si próprios e sobre sua concepção de saúde. Destaca-se, também que, nessa construção de uma nova leitura as práticas de promoção da saúde, devem se integrar ou coexistir diferentes opções para que no processo de responsabilização os indivíduos possam realizar escolhas em contextos de democracia.

A análise dos dados permite afirmar que a oferta de práticas tem como fonte de evocação do saber-poder os grupos organizados da sociedade civil ou do Estado e, muitas vezes, não correspondem ao significado atribuído à promoção da saúde no cotidiano. No contexto do cenário do estudo, marcado por privações, o caminho para a promoção da saúde na concepção da população se dá por acesso a condições de subsistência para atender às demandas a curto e médio prazo, como sobreviver á fome e manter-se apto para o trabalho. A noção do imediato está contida nas concepções de promoção da saúde. As ofertas de ações, principalmente das ONG's, carregam um componente de modificação de modos de viver com efeitos a longo prazo e, por isso, não são acessadas pela população. Quando são acessadas, o que se observa é o caráter unilateral das expectativas sobre modificação dos determinantes estruturais para a promoção da saúde. Esse achado leva ao entendimento, por parte dos dirigentes estatais e das ONG's, do sentimento de apatia da população, o que, na verdade, pode indicar a criação de mecanismos de resistência ao possibilitar certas linhas de fuga às propostas institucionalizadoras e tutelares de manejo da população e regulação social.

Enfim, se considerarmos a sutileza pela qual os mecanismos de controle social e manejo da população vulnerável e as tecnologias dirigidas ao eu adentram os corpos e mentes (como por exemplo ao invocar os comportamentos positivos da Unibiótica) ou a capacidade de elaborar imagens-objetivos que traduzem padrões esperados de comportamento, valores e hábitos (como na Escola Integral ou na caminhada contra a dengue), ou ainda os diferentes tempos e espaços paralelos que as práticas de promoção da saúde materializam no cenário do estudo, pode-se afirmar que a promoção da saúde é um discurso ordenador da vida. Esse discurso carrega em si certos limites que permitem a constituição de soluções de continuidade nas práticas cotidianas abrindo brechas para que a autonomia se revele na configuração de novas relações sociais. Essas relações são atravessadas por vetores que se entrecruzam nos planos macrossociais do modo de vida e

microsocial do cotidiano e colocam a promoção da saúde como uma razão política. Sobretudo, permitem afirmar que são várias as promoções da saúde nos espaços sociais da vida cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência e convivência na realidade permitiu acumular elementos para a análise do modo de vida cotidiano. Neste, revela-se o nível molecular do exercício de poder, ou seja, aquele que vai do micro ao macro num movimento ascendente e relacional. Ao mesmo tempo, foi possível identificar o exercício do poder que vai do centro à periferia, num processo descendente, configurando-se vetores que se cruzam na realidade. Tem-se um vetor que parte do Estado em relação à população, representado pelas políticas e programas governamentais que tomam o território como espaço de intervenção. Paralelo a ele, tem-se um vetor que parte dos movimentos organizados da sociedade civil em estratégias de manejo da população vulnerável. Resistindo a essas forças, o vetor de poder que parte da população desenha linhas difusas que perpassam as práticas cotidianas com estratégias de não-participação, não-motivação e re-significação que rompem com os discursos normativos de objetivação dos sujeitos. É por este último vetor que passam os componentes de autonomia e liberdade na luta cotidiana contra os processos de assujeitamento que conformam subjetividades controladas. É também neste vetor que devem ser investidos mecanismos que ampliam a responsabilização nos processos de promoção da saúde em novos modos de operar o viver.

Nos discursos da população, o que define o comportamento saudável transita entre o atendimento às necessidades básicas de subsistência e a prática de atividade física. Os achados revelam que ter saúde associa-se à qualidade de vida e se conforma numa relação de dependência: seja das questões sociais, presentes em menor número de discursos, ou de uma rede multifatorial na qual aparece, com maior frequência, o consumo de serviços médicos e o alcance de condições de subsistência com destaque para o acesso à alimentação. Também os discursos da população revelam uma concepção de promoção da saúde que se fundamenta em dois pilares: o controle dos hábitos (de comer, beber, fumar, e outros comportamentos) e a prática de atividades físicas, sobretudo a caminhada. A caminhada ganha significado como a mais importante ou única opção pública de prática que promove saúde, mas nem por isso é efetivamente praticada pela população.

Os resultados indicam as condições estruturantes como fator *sine qua non* para a promoção da saúde. Quando se fala de condições estruturantes remete-se àquilo que, na análise dos dados, aparece como indispensável para fomentar saúde: disponibilidade, qualidade e quantidade de recursos tais como políticas públicas intersetoriais, informações e propagandas, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis, habitação, trabalho e renda, transporte e espaços de lazer. Traduzem o conceito integral e integrador de saúde e demarcam a função política do Estado em prover as condições de cidadania.

A identificação dos espaços sociais para a promoção da saúde foi fundamental pois podem ser tomados como espaços públicos que, transformados em áreas de democratização da educação em saúde e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental, entre outros, criam oportunidades de participação que favorecem a responsabilização para uma vida mais saudável.

A análise das práticas permitiu evidenciar as lógicas de organização de discursos normativos de promoção da saúde que reproduzem padrões, regras e regulamentos nos espaços microssociais do cotidiano. Revela-se que a relação entre oferta e demanda de práticas de promoção da saúde, no cenário do estudo, é mediatizada por interesses de atores sociais independentes e autônomos (a grande maioria da população com pouca participação social) atores sociais organizados (em instituições religiosas ou em ONG`s) e Estado (incidindo no território mediante políticas públicas) conformando o modo de vida. Aí, as forças de circulação de poder, com centro de evocação do saber-poder no Estado e nos movimentos organizados da sociedade civil, dão, às práticas, seu caráter de dispositivos de manutenção da medicalização social ao se configurarem como mecanismos de regulação e controle social.

Com isso, as possibilidades autonomizadoras das práticas identificadas no território mostram-se menos expressivas que seu potencial medicalizante e regulador. Mais que isso, revelam a capilaridade dos mecanismos de reprodução de concepções dominantes que, mesmo em práticas consideradas não-institucionalizadas, carregam uma determinação que regulamenta e legitima o saber-poder sobre a promoção da saúde incidindo sobre os corpos individuais. Ainda, a análise das

práticas foi fundamental para indicar, num movimento ascendente, como os fenômenos (ou as práticas) locais e autônomas são “*investidas, anexadas*” (FOUCAULT, 2004, p. 36) por fenômenos globais. Assim, foi fundamental estabelecer a relação das práticas cotidianas com os determinantes estruturais da promoção da saúde no cenário do estudo permitindo evidenciar um modo de vida marcado por práticas institucionalizadas e dependentes do aparato estatal ou de instituições a ele ligadas.

O estudo foi fundamental para revelar que a situação de carência, como um processo subjetivo e individual, que compreende escolhas entre carências diversas, acaba sendo o fator nuclear que, de um modo geral, provoca intervenções sociais. No cotidiano de privações e enfrentamentos, a rede social e as práticas religiosas demarcam um terreno que sinaliza a busca de outras formas de se viver a vida.

Considera-se que a amplitude e a complexidade dessas questões representam desafios a serem enfrentados nas práticas cotidianas de promoção da saúde que devem ser pautadas em mudanças no conjunto das políticas públicas econômicas e sociais. Assim, promover saúde implica em firmar pactos sociais e criar estratégias de promoção da cidadania; superar práticas clientelistas, pontuais e fragmentadas; implementar ações intersetoriais; desenvolver a co-responsabilização entre governo e comunidades, garantindo a sustentabilidade política, a efetividade e a resolutividade das propostas de desenvolvimento local.

Esse achado permite afirmar que a promoção da saúde, no cotidiano, apresenta o desafio de ampliar o potencial autonomista de ação dos indivíduos sem contudo desresponsabilizar o Estado e a sociedade civil organizada em prover condições estruturais que favoreçam a criação de novos hábitos. Há portanto que ampliar a relação sinérgica de cada indivíduo consigo mesmo, com os outros de seu contexto e com o Estado, num movimento que garanta a promoção da saúde como direito de cidadania.

Por fim, qualquer consideração que se proponha a encerrar o ciclo deste trabalho prescinde de indicar que o estudo, por apresentar um recorte temporal, de um território delimitado em transformação e sob o olhar de uma pesquisadora, com seu limites, é sempre relativo. Não me arrisco a conclusões definitivas. Antes disso, o estudo suscita questões que merecem ser ampliadas tais como o lugar das práticas

religiosas na promoção da saúde, os interesses implícitos na ampla rede social, o impacto das ações governamentais na configuração de um novo modo de vida. Sobretudo, há que se avançar no entendimento de como a trama complexa entre poder, autonomia e responsabilização agrega novas forças na superação dos modelos tradicionais em saúde e possibilita uma nova racionalidade no campo.

Encerro este trabalho, ante a provisoriedade das verdades, aceitando, mesmo que temporariamente que

O aprendizado da vida deve dar consciência de que a “verdadeira vida”[...], não está tanto nas necessidades utilitárias – às quais ninguém consegue escapar –, mas na plenitude de si e na qualidade poética da existência, porque viver exige, de cada um, lucidez e compreensão ao mesmo tempo, e, mais amplamente, a mobilização de todas as aptidões humanas.

Edgar Morin

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, R.C.F. A cidade como construção moderna: um ensaio a respeito de sua relação com a saúde e as "qualidades de vida". *Saude soc.*, v. 8, n.1, p.17-30, 1999.
- AKERMAN, M. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- ALMEIDA FILHO, N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000. Cap. 12: Práxis: teoria do modo de vida e saúde. p. 153-71.
- ALMEIDA FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.
- ALVAREZ, M.C. Controle social: notas em torno de uma noção polêmica. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 1, p. 168-176, 2004.
- ANDRADE, G.R.B., VAISTMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 925-934, 2002.
- ANDRADE, L.O.M. *A saúde e o dilema da intersetorialidade*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ANDRADE, L.O.M., BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. p. 151-71.
- ANTONIAZZI, A. O catolicismo no Brasil. In: LANDIM, L. (org) *Sinais dos tempos: tradições religiosas no Brasil*. Rio de Janeiro: ISER, 1989. p. 13-35.
- ARENDT, H. *A Condição Humana*. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- BALDERAS, E.A.P. As Redes sociais de desenvolvimento como elementos importantes na constituição de um capital social coletivo. *Primeiro Seminário Internacional COEP - Rede Nacional de Mobilização Social*, 2004. Disponível em: <http://www.coepbrasil.org.br/seminario/documentos/p-edgar-pabon.html> Acesso em: 25 fev 2009.
- BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002.
- BARROS, N.F.; NUNES, E.D. Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde. *Rev Saúde Pública*, v. 43, n. 1, p. 169-75, 2009.
- BECKER, H.S. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. Trad. Marco Estevão e Renato Aguiar. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- BELO HORIZONTE. *Atenção Básica em Saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local*. Belo Horizonte, 2006.
- BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Coordenação de Política Social. *BH Cidadania*. Mimeo. Dezembro, 2003.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento. *Projeto Avenida Pedro II: reestruturação viária e reassentamento habitacional*. Belo Horizonte, 2000.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Planejamento/Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL). *Programa BH Vilas Urbanizadas: marco de reassentamento Vila São José e Taquaril*. Belo Horizonte, 2005b.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde de Belo Horizonte 2005-2008*. Belo Horizonte, 2005a. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br> [Acessado em 10 out. 2006].

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196/96*. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde*. Decreto de 13 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Aprovada pela Portaria nº 687 de 30 de março de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde*. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 163-77, 2000.

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

CAMARGO Jr, K.R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

CAMARGO JR., K.R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S., BARROS, R.B., CASTRO, A.M. Avaliação da Política Nacional de promoção da saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M., orgs. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 55-78.

CARVALHO, M.C.B. A educação integral inscrita na política pública. 2007. Disponível em: http://www.cenpec.org.br/modules/biblioteca_digital/index.php?bib_10_id=5&op=v_re g Acessado em 25 fev 2009.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. *Interface – Comunic., Saúde, Educação*. Botucatu. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo109pdf> Acesso 23 fev 2009. [Pré publicação].

- CARVALHO, S.R. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- CARVALHO, S.R., GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc e Saúde Coletiva*, v. 13, Sup 2, p. 2029-2040, 2008.
- CASTIEL, L.D. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M., orgs. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 79-96.
- CASTRO, A.L. *Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilos de vida e cultura de consumo*. São Paulo: Annablume, 2003. Cap 3: Motivações dos freqüentadores das academias. p. 61-76.
- CECCIM, R.B., FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-66, 2004.
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. Trad. Ephraim F. Alves e Lucia Endlich Orth. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2005. (volume 2: Morar, cozinhar).
- CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano*. Trad. Ephraim Ferreira Alves. 9 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.
- CLARK, J. Un enfoque multiparadigmatico de la sociología de la medicina, la salud y la enfermedad. In: BENJUMEA, C.C. (comp.). *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquío, 1999. p. 3-22.
- COELHO, C.L. *As implicações advindas da propriedade privada do solo urbano no Programa de Reassentamento da Vila São José*. 2004. 80 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.
- COELHO, D.M., FONSECA, T.M.G. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. *Psicologia & Sociedade*, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.
- COHEN, S.C. et al, Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. *Cienc Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 807-813, 2004.
- CRAWFORD, R. Usted es peligroso para su salud: aspectos ideológicos y políticos de la práctica de culpabilizar a la víctima. (1977) In BENJUMEA, C.C. (comp.). *Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquío, 1999. p. 47-77.
- CZERESNIA, D., O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C.M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 39-54.
- DEMO, P. *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas, 2000.
- DESLANDES, S. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p.157-84.

- DOORIS, M. Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. *Health Promotion International*, v. 21, n. 1, p. 55-65, 2001.
- EGRY, E.Y. *Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone, 2000.
- FERRAZ, S.T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Rev. Adm. Pública*, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.
- FERREIRA, M.S., NAJAR, A.L. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Cienc Saúde Coletiva*, v. 10, n. supl, p. 207-219, 2005.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. *Cienc. Saúde Coletiva*, v. 13, supl 2, p. 2115-2122, 2008.
- FONTES, B.A.S.M. Capital Social e Terceiro Setor: sobre a estruturação das redes sociais em associações voluntárias. In: MARTINS, P.H., FONTES, B.A.S.M. *Redes sociais e saúde: novas possibilidades teóricas*. 2ª ed. Recife: Editora Universitária, 2008. p. 49-75.
- FORMOSO, L.M.L. *Tem uma Vila no meio do caminho: análise da formulação da política de reassentamento para a Vila São José*. 2007. 105 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.
- FOUCAULT, M. *A verdade e as Formas Jurídicas*. Rio de Janeiro: Nau Ed. 1996.
- FOUCAULT, M. *Em Defesa da Sociedade*. Trad. Maria Ermantina Galvão. 4º ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- FOUCAULT, M. *Estratégia, Poder-saber*. Trad. Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. 7 ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. 19º ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- FOUCAULT, M. *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós, 1990.
- GALHEIGO, S.M. Apontamentos para se Pensar Ações de Prevenção à Violência pelo Setor Saúde. *Saúde Soc.*, v.17, n.3, p.181-189, 2008.
- GASTALDO, D. É a Educação em Saúde “saudável”? : repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder. *Educação e Realidade*, v. 22, n. 1, p. 147-168, 1997.
- GOMES, F.G. Conflito Social e Welfare State: Estado e desenvolvimento social no Brasil. *RAP*, v. 40, n. 2, p. 201-36, 2006.
- HELLER, A. *O cotidiano e a História*. Trad. Carlos Nelson Coutinho. 7 ed. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2004.
- HELLER, A. *Sociologia de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península, 1977.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1978.

- JUNGES, J.R. Direito à Saúde, Biopoder e Bioética. *Interface – Comunic., Saúde, Educação.* (in press). Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo104pdf>. Acesso em: 07 abr 2009. Prépublicação.
- JUNKER, B.H. *A importância do trabalho de campo: uma introdução às ciências sociais.* Trad. José Gurjão Neto. Rio de Janeiro: Lidador, 1971.
- KOGA, D. *Medidas de Cidades: entre territórios de vida e territórios vividos.* São Paulo: Cortez, 2003.
- LANDIM, L. *Ações em Sociedade: militância, caridade, assistência etc.* Rio de Janeiro: Nau, 1998.
- LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.* São Paulo: Global Editora, 1983. p. 135-158.
- LEITE, R.P. Margens do dissenso: espaço, poder e enobrecimento urbano. In: FRUGOLI JR, H.; ANDRADE, L.T.; PEIXOTO, F.A. *As cidades e seus agentes: práticas e representações.* Belo Horizonte: Puc Minas/Edusp, 2006. p. 23-44.
- LOPES, J.R. Terceiro Setor: a organização das políticas sociais e a nova esfera pública. *São Paulo em Perspectiva*, v. 18, n. 3, p. 57-66, 2004.
- LUCAS, L., HOFF, T. Resistência e emancipação social: a cidadania como condição participante na construção da produção simbólica. *XVI Encontro da Compós, Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação, Curitiba (PR) junho de 2007.* Disponível em: http://www.direitoacomunicacao.org.br/novo/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=290. Acesso em 25 fev 2009.
- LUPTON, D. *The Imperative of Health: Public Health and the regulated body.* London: Sage Publications, 2000.
- LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- LUZ, M.T. La salud en forma y las formas de la salud: superando paradigmas y racionalidades. In: BRICEÑO-LEÓN, R., MINAYO, M.C.S., COIMBRA JR., C.E.A. *Salud y Equidad: una mirada desde las ciencias sociales.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 25-39.
- LUZ, M.T. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.* 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- LUZ, M.T. *Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais.* 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- MARCONDES, W.B. A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004.
- MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p. 21-32, 2004.
- MAY, T. *Pesquisa social: questões, métodos e processos.* Trad. Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

- MCQUEEN, D. Foreword. In: POLAND, B.D., GREEN, L.W., ROOTMAN, I. *Settings for Health Promotion: linking theory and practice*. London: Sage Publications, 2000.
- MELLO, D.A. Reflexões sobre promoção da saúde no contexto do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 1149, out./dez. 2000.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDONÇA, A.G. Um panorama do protestantismo brasileiro atual. In: LANDIM, L. (org) *Sinais dos tempos: tradições religiosas no Brasil*. Rio de Janeiro: ISER, 1989.
- MENDONÇA, R.T. *et al.* Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saude soc.*, v.17, n. 2, p.95-106, 2008.
- MENEGON, V.M. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. In: SPINK, M.J. (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 215-242.
- METZLER, M. *et al.* Community Interventions on Social determinants of health: focusing the evidence. In: MCQUEEN, D.V.; JONES, C.M. *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. New York: Springer, 2007. p. 225-45.
- MINAYO, M.C.S. A violência social sob o enfoque da saúde pública. *Cad Saúde Pública*, v. 10, supl 1, p. 7-18, 1994.
- MINAYO, M.C.S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M.C.S., MIRANDA, A.C. (orgs.) *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002a. p. 173-89.
- MINAYO, M.C.S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002b. p. 83-107.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, M.C.S. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS, G.W.S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 93-122.
- MINAYO, M.C.S., ASSIS, S.G., SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.
- MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário *Cien Saude Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.
- MINAYO-GOMEZ, C., THEDIM-COSTA, S.M. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Cienc Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 411-422, 1999.
- MONTAÑO, C. *Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social*. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- NOGUEIRA, R.P. *A saúde pelo avesso*. Natal (RN): Editora Seminare, 2003b.
- NOGUEIRA, R.P. Da medicina preventiva à medicina promotora. In: AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003a. p. 175-82.

- NOGUEIRA, R.P. Higienomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, E.M. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 63-72.
- NOGUEIRA, V. M. R., PIRES, D. E.P. Direito à Saúde: um convite à reflexão. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n.3, p. 753-760, 2004.
- NUNES, E.D. Sociologia da saúde: histórias e temas. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 19-52.
- OLIVEIRA, L.R. *Pesquisas em vs. Pesquisas com seres humanos*. Comunicação apresentada na Oficina de Antropologia e Ética, promovida pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) e realizada na URS, em Porto Alegre, nos dias 14 e 15 de dezembro de 2000. Disponível em: <http://www.unb.br/ics/dan/Serie336empdf.pdf>. [Acessado em 15 out 2006]
- OLIVEIRA, S.H.S. et al. Estratégias de enfrentamento da pobreza e sua interface com a promoção da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 15, n. esp., p. 867-873, 2007.
- ONOCKO, R.T., CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 669-688.
- ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.9-20, 2004.
- PAHO. Pan American Health Organization. *Health promotion: achievements and lessons learned from Ottawa to Bangkok*. Washington, 2006.
- PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R.B. *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 7-30.
- PARCEL, G.S., KELDER, S.H., BASEN-ENGQUIST, K. The School as a setting for Health Promotion. In: POLAND, B.D., GREEN, L.W., ROOTMAN, I. *Settings for Health Promotion: linking theory and practice*. London: Sage Publications, 2000. p. 86-137.
- PELBART, P.P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- PENNA, C.M.M. *Ser Saudável no cotidiano da favela*. Pelotas: Ed. Universitária, 1997. 156p.
- PEREIRA, J.C.M. *A explicação sociológica na Medicina Social*. São Paulo: Ed. UNESP, 2005.
- PIRES, MRG. Ciência e reconstrução em saúde: disrupção e provisoriedade como possibilidades emancipatórias. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. 469-478, 2004.
- POGREBINSCHI, T. Foucault para além do poder disciplinar e do biopoder. *Lua Nova*, n. 63, 2004. p. 179-201.
- RESTREPO, H.E. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Internacional, 2001.

- RIBEIRO, L.C.Q., SANTOS Jr., O.A.S. Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira. *Revista Eure*, v. 29, n. 88, p. 79-95, 2003.
- ROCHA, M.C.G. Exclusão social e gestão local intersetorial: desafios do Programa BH Cidadania. In: X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18 - 21 Oct. 2005.
- ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. 3 ed. São Paulo: Ed. UNESP, 2006.
- SALLES-COSTA, R. *et al.* Gênero e prática de atividade física de lazer. *Cad. Saúde Pública*, V. 19, n. supl. 2, p. 325-333, 2003.
- SÁNCHEZ, A.I.M., BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saude Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.
- SANTOS, BS. *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4 ed. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2006.
- SAPAG, J.C.; KAWACHI, I. Capital social y promoción de la salud en America Latina. *Rev Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 139-49, 2007.
- SCHRAMM, F. R. A Autonomia Difícil. *Bioética*, v. 6, n. 1, p. 27-37, 1998.
- SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004
- SEMERARO, G. *Gramsci e a sociedade civil: cultura e educação para a democracia*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2001.
- SENA, R.R. *et al* A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia de Saúde da Família. *Revista APS*. (Pre-publicação).
- SENA, R.R. *et al* Promoção da saúde no cotidiano das equipes de Saúde da Família: uma prática intersetorial? *Ciencia e Saúde Coletiva*, 2008b (pré-publicação).
- SENA, R.R.; SILVA, K.L. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. esp., p. 771-776, 2007.
- SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção da saúde: concepções, princípios, operacioalização. *Interface – Comun, Saúde, Educ*, v. 7, n. 12, p. 101-22, 2003.
- SILVA, K.L. *et al* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção da saúde. *Rev Bras Enferm*, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.
- SILVA, K.L. *et al* Promoção da saúde como decisão política para a formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*, v. 41, n. esp, p. 826-829, 2007.
- SILVA, K.L. *Movimento de mudança na educação de enfermagem: construindo a integralidade do cuidado na saúde*. 2005. 132 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG; Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.
- SILVA, M.B.B. Reforma, responsabilidades e redes: o cuidado em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p.149-158, 2009.

- SOARES, J.C.R.S., CAMARGO Jr., K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.
- SOUZA, C.M.N., FREITAS, C.M. Relação saneamento-saúde-ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. *Saúde Soc.*, v.16, n.3, p.125-137, 2007.
- SOUZA, E.M., GRUNDY, E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p. 1354-60, 2004.
- SOUZA E SILVA, J. A favela imaginária da classe média. Global Project, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.globalproject.info/art-1806.html> [Acessado em 07 abr 2009]
- SPINK, M.J.P. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia social. *Psicologia & Sociedade*; v. 19, n. 1, p. 7-14; 2007.
- SPOSATI, A. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.
- STOTZ, E.N.; ARAÚJO, J.W.G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc*, v. 3, n. 2, p. 5-19, 2004.
- TEIXEIRA, S.F. (org.) *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- TELLES, V. S. *Direitos Sociais: Afinal do que se Trata?* Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, D.C.: OPS, 1996. p. 37-46.
- VALADÃO, M.M. *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. 2004. 154f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- VALLA, V.V. Educação, participação, urbanização: uma contribuição à análise histórica das propostas institucionais para as favelas do Rio de Janeiro, 1941-1980. *Cad Saúde Pública*, v. 1, n. 3, p. 282-296, 1985.
- VALLA, V.V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E.M. *A saúde nas palavras e nos gestos*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39-62.
- VEIGA, C.G. A escolarização como projeto de civilização. *Rev. Bras. Educação*, n. 21, p. 90-103, 2002.
- VERDI, M., CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005.
- VICTORIO FILHO, A. Pesquisar o cotidiano é criar metodologias. *Educ. Soc.*, v. 28, n. 98, p. 97-110, jan./abr. 2007.

ZALUAR, A.M. Exclusão e Políticas Públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.12, n.35, p.29-47, 1997.

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. 635-68.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Título do Estudo (pesquisa):

“PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ESPAÇOS SOCIAIS DA VIDA COTIDIANA”.

2. Convite:

Você está sendo convidado a participar de um estudo científico, uma pesquisa. Se você decidir participar do estudo, é importante que leia estas informações sobre o estudo e como você participará. Você, participante, também precisa entender o que é o estudo e os riscos da sua participação, e dar o seu consentimento de forma livre após sentir que ficou tudo esclarecido para você, e esse consentimento será por escrito. Sua decisão em participar é totalmente voluntária, ou seja, só depende de você querer participar ou não.

3. O que é o estudo?

O estudo é um projeto de pesquisa meu, Kênia Lara Silva. Sou enfermeira e estou cursando o Doutorado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG. Neste estudo estou sendo orientada pela Professora Roseni Rosângela de Sena da Escola de Enfermagem. Para concluir meus estudos, preciso realizar uma pesquisa e o tema que estou propondo é a promoção da saúde, ou seja, atividades destinadas à transformação de comportamentos dos indivíduos, relacionadas com atividades físicas, dietas, hábito de fumar e fatores relacionados com a qualidade de vida incluindo-se estilos de vida responsável, oportunidades de educação ao longo da vida, questões do meio ambiente, etc.

A pesquisa tem como objetivo analisar os modos de vida em espaços sociais da vida cotidiana, apreendendo como as pessoas atribuem sentidos e significados aos discursos e práticas de promoção da saúde no dia-a-dia.

Para atingir o objetivo da pesquisa, proponho visitar vários locais, que estou chamando de espaços sociais (escolas, igrejas, praças, parques, jardins, associações comunitárias, etc) e observar e conversar com as pessoas sobre a promoção da saúde.

3. Por que você foi escolhido?

A escolha dos participantes por mim foi de forma aleatória. Ou seja, ao observar situações da vida cotidiana identifiquei alguns serviços que estão relacionados com a promoção da saúde e decidi aprofundar o conhecimento destes serviços práticas através de uma entrevista.

5. O que acontecerá (o que vai ser feito) se você decidir tomar parte no estudo?

Se concordar em participar deste estudo, iremos conversar sobre alguns assuntos que estão relacionados com a promoção da saúde como, por exemplo, qualidade de vida e saúde; políticas públicas de promoção da saúde; desenvolvimento e ambiente sustentável; papel das pessoas na promoção da saúde individual e coletiva. Se você permitir, vou gravar a nossa conversa ou entrevista. Faz parte do estudo também a observação de situações da vida cotidiana que estão associadas à promoção da saúde como práticas de alimentação saudável; práticas corporais e/ou atividades físicas; estímulo à cultura e prevenção da violência e ações de desenvolvimento ambiental sustentável. E observei que você estava praticando uma atividade de promoção da saúde (citar qual). Gostaria de conversar um pouco mais sobre esta atividade com você. Todas as conversas, entrevistas e observações estou registrando num caderno, pessoal e intransferível, chamado de Diário de Campo. Serão estas anotações minhas, mais as gravações das conversas e entrevistas que eu vou analisar para entender os sentidos e significados que as pessoas atribuem no dia-a-dia aos discursos e práticas de promoção da saúde.

6. Quais são os possíveis riscos e desconfortos associados ao estudo?

Este estudo é isento de quaisquer riscos para o participante e para os não participantes. E quanto aos possíveis desconfortos, menciono que se houver constrangimentos de sua parte durante a realização da conversa ou entrevista estes devem ser colocados para a pesquisadora.

6.1. O que farei para reduzir os riscos e desconfortos?

Para reduzir quaisquer riscos o estudo será realizado considerando um rigor metodológico, ou seja, seguiremos os passos descritos na pesquisa para não ocorrer riscos para os participantes e a pesquisadora.

Você precisa saber também que a realização do estudo prevê a observância sistemática dos preceitos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, segundo as normas e diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para isso, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CEP-SMSA/PBH) e aprovado sob parecer número 034/2006 de 19 de setembro de 2006. Foi encaminhado também para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) e aprovado sob parecer número 0464/06 de 13 de dezembro de 2006.

7. Quais são os possíveis benefícios em participar do estudo?

As informações obtidas por meio do estudo serão importantes para analisar como as pessoas no dia-a-dia estão promovendo sua própria saúde. Isso contribuirá para que nós, profissionais da saúde, compreendamos o papel

de cada pessoa na construção de situações, oportunidades e escolhas para promoção da saúde. Assim, sua participação será muito importante no sentido de contribuir para avançar os estudos sobre as formas de se pensar e fazer saúde. Os resultados do estudo serão apresentados na forma de tese, que é um relatório da pesquisa do Doutorado, e depois pretendo escrever textos (artigos) para apresentação em congressos. Você poderá ter acesso aos resultados do estudo.

8. Qual é a duração do estudo?

O estudo terá duração de cerca de dois anos. O seu contato com a pesquisadora para fins de obtenção de informações com a observação, conversas ou entrevista está restrita a este momento (hoje) que poderá durar cerca de uma hora, dependendo da sua disponibilidade para conversarmos sobre o assunto.

9. Procedimentos alternativos

Não há procedimentos alternativos a serem adotados neste estudo.

10. Quais são seus direitos como participante do estudo?

Existe uma legislação no Brasil que regulamenta todas as pesquisas envolvendo seres humanos, desde o teste de novos medicamentos até as conversas, questionários, entrevistas e observações que a gente realiza com seres humanos para fins de estudo. Essa regulamentação que é a Resolução CNS nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde diz que todo participante da pesquisa tem a liberdade para se retirar do estudo em qualquer momento sem ser prejudicado e sem perda de benefícios. Além disso, o participante terá sua identidade mantida em segredo absoluto, tem o direito de ser informado e esclarecido em linguagem acessível, esclarecer todas as suas dúvidas a respeito do estudo e tem direito a receber uma cópia deste formulário de consentimento assinado por ele e pelo pesquisador responsável.

10.1. A informação colhida será confidencial?

Você será identificado através de um condinome ou de um código e, portanto, seu nome não será mencionado, garantindo-lhe, assim, o sigilo das informações fornecidas. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum dos participantes.

Algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além das pesquisadoras responsáveis, os Comitês de Ética em Pesquisa das instituições onde o estudo está sendo realizado, podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você autoriza as inspeções em seus registros. Convém deixar bem claro que seu nome não será mencionado, mas somente as informações referentes aos dados coletados na pesquisa.

10.2. Sua participação no estudo é voluntária (livre)?

É importante que você, esteja ciente de que a participação neste estudo é completamente voluntária. Se você preferir não participar, você não precisa explicar o motivo. Se você aceitar participar, estará livre para sair do estudo a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou perda de benefícios que você puder vir a receber.

10.2.1. O que acontece se eu não desejar participar?

Em caso de você, participante, decidir retirar-se do estudo, deverá notificar à pesquisadora responsável que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou saída do estudo não lhe prejudicará em nada.

Depois de iniciar o procedimento do estudo você será informado sobre novos resultados obtidos durante o período de estudo e que possam afetar sua segurança e vontade de participar do estudo. Essas informações estão disponíveis para você, mesmo que você se retirou ou foi retirado do estudo por qualquer motivo. Você, participante, não receberá pagamentos pessoais por estar envolvido nesse estudo e nem terá que pagar pelo procedimento do estudo.

10.3. Informações sobre os resultados da pesquisa

Você tem direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e caso seja solicitado, serão fornecidas todas as informações que solicitar.

10.4. Despesas e custos

Não existirão despesas, reembolso ou compensação pessoal para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

11. Para obter informações adicionais

Nós o estimulamos a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Caso você tenha mais perguntas sobre o estudo, por favor, solicite às pesquisadoras responsáveis (eu e minha orientadora) nos seguintes endereços:

- Kênia Lara Silva: Rua Cornélio Cerqueira, 855/201, Pe. Eustáquio. Belo Horizonte/Minas Gerais. Tel: (0xx31) 3413-1397/9621-0111.
- Roseni Rosângela de Sena: Rua Curitiba, 2232/201, Lurdes, Belo Horizonte/Minas Gerais. Tel: (0xx31) 3337-8838/9951-8838.

Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo poderá contactar uma terceira parte/pessoa, que não participa desta pesquisa: o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa das Instituições nas quais a pesquisa foi aprovada, nos endereços e telefones:

▪ Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais: Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha. Unidade Administrativa II, 2º andar. CEP: 31270-91. Tel: (0xx31) 3499-4592. *Email:* coep@prpq.ufmg.br

▪ Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte: Av. Afonso Pena, 2336, 9º andar. Tel: (0xx31) 3277-8222.

12. Declaração de consentimento

- Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar este termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos dos procedimentos a serem realizados, as inconveniências, riscos, benefícios e eventos adversos que podem vir a ocorrer em consequência dos procedimentos.
- Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.
- Eu autorizo a liberação dos meus registros para a equipe de pesquisa e para o Comitê de Ética em Pesquisa.
- Ao assinar esse Consentimento Livre e Esclarecido, eu não abro mão de nenhum dos meus direitos legais, de acordo com as leis brasileiras vigentes, que poderia ter como participante de uma pesquisa.
- Eu consinto voluntariamente a participar e dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para a participação neste estudo.

Nome do participante (em letra de forma):

Assinatura do participante

► Atesto que expliquei de modo completo e cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante. Acredito que o participante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essa explicação.

Assinatura do pesquisador

-----/-----/-----
Data

ANEXO - Parecer COEP/UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP

Parecer nº. ETIC 0464/06

**Interessado: Profa. Roseni Rosângela de Sena
Depto Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 13 de dezembro de 2006, o projeto de pesquisa intitulado **"Discursos e práticas de promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana."** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Dra. Maria Elena de Lima Perez Garcia
Presidente do COEP/UFMG

