

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO**

Érika de Azevedo Leitão Máximo

**CONSTRUÇÕES SOCIAIS E SUBJETIVAS DE RISCO E
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS SOB A ÓTICA DA POPULAÇÃO DE BELO
HORIZONTE, MINAS GERAIS**

Belo Horizonte

2013

Érika de Azevedo Leitão Máximo

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, prevenção e controle de agravos à saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas,
Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte

Escola de Enfermagem

2013

M417c Máximo, Érika de Azevedo Leitão.
Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais [manuscrito]. / Érika de Azevedo Leitão Máximo. -- Belo Horizonte: 2013.
235f.: il.
Orientador: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Doença Crônica. 2. Risco. 3. Promoção da Saúde. 4. Pesquisa Qualitativa. 5. Enfermagem em Saúde Pública. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título

NLM: WA 590

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação



Tese intitulada **“Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais”** de autoria da doutoranda **Érika de Azevedo Leitão Máximo**, submetida à banca examinadora composta pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (Orientadora e Presidente).

Prof. Dr. Alain Giami – INSERM – CESO – U 1018, Equipe Santé Sexuelle et Reproductive, Le Kremlin Bicêtre, França.

Profa. Dra. Deborah de Carvalho Malta - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

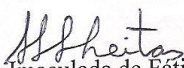
Prof. Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior – Secretaria de Assistência à Saúde – SAS/Ministério da Saúde.

Profa. Dra. Sônia Maria Soares - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

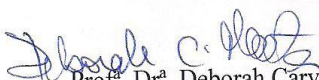
Belo Horizonte, 07 de novembro de 2013


ATA DE NÚMERO 38 (TRINTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ÉRIKA DE AZEVEDO LEITÃO MÁSSIMO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 7 (sete) dias do mês de novembro de dois mil e treze, realizou-se no Auditório Maria Sinno da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*CONSTRUÇÕES SOCIAIS E SUBJETIVAS DO RISCO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS SOB A ÓTICA DA POPULAÇÃO DE BELO HORIZONTE, MINAS GERAIS*", da aluna Érika de Azevedo Leitão Mássimo, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Alain Giami, Deborah Carvalho Malta, Sônia Maria Soares e Helvécio Miranda Magalhães Júnior, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Érika de Azevedo Leitão Mássimo, aprovada e apta a receber o título de doutora em enfermagem após a entrega da versão definitiva da tese*. Nada mais havendo a tratar, eu, Lucilene Batista Soares Braga, Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 07 de novembro de 2013.



 Prof.^ª. Dr.^ª. Maria Imaculada de Fátima Freitas
 (orientadora)

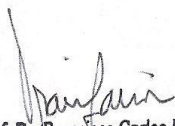
Prof. Dr. Alain Giami


 Prof.^ª. Dr.^ª. Deborah Carvalho Malta


 Prof.^ª. Dr.^ª. Sônia Maria Soares

Dr. Helvécio Miranda Magalhães Júnior


 Lucilene Batista Soares Braga
 Secretária em exercício do Colegiado de Pós-Graduação


 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG

HOMOLOGADO em reunião do CPG
 Em 09/12/2013

DEDICATÓRIA

Ao meu saudoso pai Aécio Flávio, razão da Existência;

À minha mãe Júlia Maria, razão da Existência e da Persistência;

Às minhas filhas Júlia e Alice, razão da Permanência.

As coisas tangíveis
tornam-se insensíveis
à palma da mão.

Mas as coisas findas
muito mais que lindas,
essas ficarão.

(Carlos Drummond de Andrade)

AGRADECIMENTOS

À Deus meu agradecimento pelo amparo de todos os dias e pela vitória que representa a concretização deste trabalho, para Sua honra e Sua glória!

Ao meu esposo Bruno Máximo pelo amor, companheirismo, dedicação, compreensão e apoio fundamentais.

À minha mãe Júlia Maria, meu exemplo, eterna companheira e amiga de todas as horas, cujo apoio foi fundamental para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos da PUC Minas que me apoiaram incondicionalmente nesta empreitada em especial Raul de Barros Neto, Leonor Tapias Mata Machado, Júlio César Santana e Ninon de Miranda Fortes.

Às minhas queridas amigas “The Doctors”: Ana Valesca Fernandes Gilson, Simone de Pinho, Maria Marta Amâncio Amorim e Fernanda Lanza pela amizade fraterna nascida e partilhada entre lágrimas e risadas, artigos e borbulhas; poder contar vocês fez (e faz), minha vida mais feliz.

À minha orientadora Profa. Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas pela convivência e enorme oportunidade de aprendizado.

Ao Professor Jorge Gustavo Velásquez Meléndez e equipe, pela competência e presteza no fornecimento das listas do VIGITEL, e por toda ajuda dispensada.

Às amigas Selma Viegas e Mércia Leite pela contribuição e apoio.

Aos colegas do grupo de pesquisa NUPESC, pela ajuda e disponibilidade, em especial às queridas Talline e Hercília, pela competência, presteza, amizade e contribuição no trabalho.

Aos Professores Alain Giami, Deborah Carvalho Malta, Helvécio Miranda Magalhães Júnior e Sonia Maria Soares pelas contribuições, disponibilidade, confiança e carinho.

Fazer um doutorado vai além de escrever uma tese, exige compromisso, concentração, momentos de solidão e de reclusão, de desvestir-se do que se sabe e arriscar-se a aprender o novo, e para isso é fundamental ter a humildade e a coragem de um eterno aprendiz.

Não foi fácil chegar até aqui... Nunca é. Conte com a ajuda de muitas outras pessoas que fazem parte da minha vida, e outras que simplesmente

cruzaram meu caminho num dia difícil, quando seu sorriso foi o alento que eu precisava para seguir em frente.

Então, enfim, eu agradeço à todas as pessoas que, de alguma forma, me aliviaram a dor e o cansaço desta caminhada e assim contribuíram para que eu alcançasse este objetivo.

"Todo caminho da gente é resvaloso. Mas também, cair não prejudica demais - a gente levanta, a gente sobe, a gente volta! O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. E o que ela quer da gente é coragem."

João Guimarães Rosa



A Cuca – Tarsila do Amaral: Tarsila pintou este quadro no começo de 1924 e escreveu à sua filha dizendo que estava fazendo uns quadros "bem brasileiros", e a descreveu como "um bicho esquisito, no meio do mato, com um sapo, um tatu, e outro bicho inventado". Este quadro foi doado pela própria artista ao Museu de Grenoble na França.

RESUMO

MASSIMO, E. A. L. Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais. 2013. 235 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Em face da magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no contexto mundial, o Ministério da Saúde implantou em 2006, o projeto VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, em 27 capitais do País. Com o VIGITEL houve melhoria na qualidade das informações epidemiológicas, porém, aspectos subjetivos sobre as maneiras de agir e viver a saúde, individual e coletivamente, considerando-se o ponto de vista das pessoas, não haviam ainda sido incluídos nos dados e estudos dele provenientes. Percebeu-se a necessidade de incluir novas metodologias que buscassem a compreensão da dimensão da escolha e de adesão a modos de vida saudáveis, bem como da visão de risco de cada um dentro de seus contextos sociais específicos de vida, pois a informação por si só não modifica maneiras de se cuidar em saúde. Este estudo objetivou interpretar as reflexões de grupos focais, de pessoas da amostra do VIGITEL, 2008, para desvelar representações sobre proteção e riscos relacionados às DCNT e compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vida de pessoas, que também participaram da amostra do VIGITEL, 2010, ambos em Belo Horizonte, Minas Gerais, desvelando suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizou a teoria das Representações sociais como referencial metodológico e a análise estrutural de narração como método de análise dos dados. Os resultados mostraram que idade e hereditariedade são fatores relacionados às DCNT, e fazem parte do espectro das informações científicas sobre elas, no entanto, parecem não dar sentido a uma postura de cuidado e autocuidado, tanto quanto o risco experimentado pelos sujeitos. Há diferenças nas formas de viver e promover a saúde entre as faixas etárias que podem ser compreendidas, à luz do fato de, a representação da associação de DCNT com a idade, ser mais profunda do que a representação do caráter hereditário destes agravos. A visão de risco dos sujeitos e grupos está fundamentada na vivência, experiências e interações sociais e, portanto, se referem ao risco sociológico. O risco é em parte contingência e escolha, mas não é possível fazer sempre escolhas saudáveis ou isentas de riscos, independente de conhecê-los. A base para o cuidado coerente com um modo positivo de viver e cuidar da saúde dependerão do aprendizado sobre a forma de viver e cuidar da saúde, que, desde a infância, foram experimentados pelos sujeitos. A incompreensão da fisiopatologia das DCNT, e a profundidade das representações de doença e morte, relacionadas às doenças transmissíveis, respondem, em parte, pela dificuldade de prevenção das DCNT. A representação central do cuidado à saúde se relaciona com o cuidado médico, com o consumo de consultas e exames e está mais coerente com o modelo assistencial médico centrado, que se pretende superar com o modelo da promoção da saúde.

Palavras-chave: risco, promoção da saúde, pesquisa qualitativa, enfermagem de saúde pública, doença crônica não transmissível.

ABSTRACT

MASSIMO, E. A. L. Social and subjective constructions of risk and health promotion in noncommunicable diseases from the perspective of the population of Belo Horizonte, Minas Gerais. 2013. 235 f. Thesis (Masters Degree in Health and Nursing) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Given the magnitude of chronic noncommunicable diseases (NCDs) in the global context, the Brazilian Ministry of Health established in 2006, the VIGITEL project - Surveillance of Risk and Protective Factors for Chronic Diseases by telephone survey, in 27 cities of the country. With the VIGITEL there was improvement in the quality of epidemiological information, however, subjective aspects about ways to act and live health, individually and collectively, considering the point of view of the subjects, had not yet been included in the data and studies from it. It was realized then the need to include new methodologies that seek to understand the dimension of choice and adherence to healthy lifestyles, as well as the vision of one's own risk within their social contexts of life, because the information by itself does not modify the ways of health care. This study aimed to interpret reflections from focus groups, people from the 2008 VIGITEL sample to unveil representations about protection and risks related to NCDs and understand, in individual narratives, representations contained in the trajectories of people's lives from the 2010 VIGITEL sample too, both in Belo Horizonte, Minas Gerais, unveiling their ways of living and caring their health, including risk, health promotion and prevention of NCDs. This is a qualitative research that used the theory of Social Representations as methodological framework and structural analysis of narrative as a method of data analysis. The results showed that age and heredity are factors related to NCDs, and are part of the scientific information about them, however, they seem not to give sense of care and healthy lifestyle, as well as the risk experienced by the subjects. There are differences in the ways of living and promoting health among age groups that can be understood with the fact of the representation of association of NCDs with age being deeper than the representation of hereditary of NCDs. The view of risk of the groups and subjects is grounded in their experiences, and social interactions and therefore refer to the sociological risk. Risks are partly contingency and choice, but is not always possible to make healthy or free of risks choices, knowing them or not. The basis for consistent care with a positive way of life and health will depend on learning about the way of living and health care, which, from childhood, were experienced by the subjects. The lack of understanding of the pathophysiology of NCDs, and the depth of representations of illness and death related to communicable diseases, respond, in part, by the difficulty of preventing NCDs. The central representation of health care relates to medical care with the medical consultations and examinations, and is more coherent with the biomedical model that aims to overcome with the model of health promotion.

Key words: risk, health promotion, qualitative research, nursing in public health, noncommunicable disease

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEN - Análise Estrutural de Narração

APS - Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente Vascular Encefálico

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DCNT- Doenças crônicas não transmissíveis

DCV – Doença Cardiovascular

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

GATS - *Global Adult Tobacco Survey*

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à saúde da Família

NUPESC - **UFMG** Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

OMS/ WHO - Organização Mundial de Saúde/ *World Health Organization*

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan Americana de Saúde

PAC - Programa de Aceleração do Crescimento

PeNSE- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PETab- Pesquisa Especial de Tabagismo

PIB - Produto Interno Bruto

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE - Programa Saúde na Escola

RS – Representação Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TBC - Tuberculose

TRS -Teoria das Representações Sociais

UBS – Unidade Básica de Saúde

UMEI- Unidade Municipal de Educação Infantil

VIGITEL- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	
1.1 Contextualização do Problema.....	19
1.2 Objetivos.....	26
CAPÍTULO 2: PANORAMA GLOBAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO	
2.1 Contexto das DCNT.....	27
2.2 Situação das DCNT no Brasil e políticas de enfrentamento.....	29
2.3 Situação Mundial das DCNT.....	37
CAPÍTULO 3: RISCO	
3.1 Etimologia e epistemologia do risco.....	41
3.2 Perspectiva histórica e social do conceito de risco na saúde.....	44
3.3 Risco Epidemiológico.....	48
3.4 Vulnerabilidade.....	51
3.5 Risco na vertente da sociologia.....	55
CAPÍTULO 4: PROMOÇÃO DA SAÚDE	62
CAPÍTULO 5: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	
5.1 Bases Teóricas das Representações.....	68
5.2 Percorso Metodológico.....	72
CAPÍTULO 6: REPRESENTAÇÕES SOBRE PROTEÇÃO E RISCOS RELACIONADOS ÀS DCNT DOS GRUPOS FOCALIS	
6.1 É preciso viver: entre o prazer, a aventura e o destemor em face dos riscos.....	87
6.2 Tornar-se adulto é viver contradições de forma (mais ou menos) consciente.....	91
6.3 É preciso mudar de vida e saber se cuidar para ficar vivo.....	93
CAPÍTULO 7: RISCO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE FACE ÀS DCNT, NAS MANEIRAS DE VIVER E CUIDAR DA SAÚDE DOS ENTREVISTADOS	
7.1 Cuidado e Promoção da Saúde.....	99
7.2 Saúde e Doença.....	117
7.3 Risco.....	130
CAPÍTULO 8: PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA PRÁTICA AINDA DISTANTE	145
CAPÍTULO 9: A CULTURA DA IDADE NA BASE DOS MODOS DE LIDAR COM A SAÚDE E DOENÇA	157

CAPÍTULO 10: SOCIEDADE DE RISCO	164
CAPÍTULO 11: CONSIDERAÇÕES FINAIS	179
REFERÊNCIAS	190
ANEXO	205
APÊNDICES	
Apêndice 1- Roteiro da Entrevista.....	206
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Grupos Focais.....	208
Apêndice 3 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Entrevistas Abertas Individuais.....	209
Apêndice 4 - Exemplo da Análise Estrutural de Narração.....	211
Apêndice 5 - Detalhamento da Análise dos dados.....	224
Apêndice 6 - Quadro dos Participantes.....	233

APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto maior denominado “Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais”, inscrito na pesquisa VIGITEL – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis por inquérito telefônico do Ministério da Saúde, desenvolvido, em Belo Horizonte, pelo Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NUPESC – UFMG), sob coordenação do Prof. Dr. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez e tendo como equipe os professores. Dra. Deborah Carvalho Malta, Dr. Francisco Carlos Felix Lana, Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

O objetivo geral do projeto foi estudar a ocorrência de fatores de risco e proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) em usuários do SUS e da Saúde Suplementar, a atenção ofertada de acordo com a linha do cuidado, bem como as representações sociais relativas às DCNT para a população da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. O presente estudo faz parte do eixo qualitativo da referida pesquisa e procurou responder as questões suscitadas sobre as formas de pensar e agir em relação à promoção de saúde, para compreender representações de residentes no município de Belo Horizonte, relativas aos fatores de risco e morbidade por DCNT.

Sou enfermeira, graduei-me pela PUC Minas em 1994, especializei-me em Terapia Intensiva, e sempre trabalhei na atenção terciária, na área de Urgência, Cardiologia e Terapia Intensiva. Desde 2001 sou docente na PUC Minas, em 2004 terminei o mestrado em Enfermagem na Escola de Enfermagem da UFMG, com elaboração de dissertação de uma pesquisa quantitativa sobre avaliação de um curso Internacional de Reanimação Cardiopulmonar (*ACLS - Advanced Cardiac Life Support - American Heart Association*).

Do ponto de vista pessoal houve uma forte motivação que me levou à escolha de estar à frente deste estudo e executá-lo como meu trabalho de doutorado. Inicialmente, foi o desejo de realizar, nesta Escola e com a

Professora Maria Imaculada de Fátima Freitas, uma pesquisa qualitativa, para conhecer um pouco de uma abordagem que tanto me fascinou durante o mestrado. Depois, a necessidade de compreender – somente possível através da pesquisa qualitativa - como as pessoas se colocam em face do risco de morte e adoecimento pelas DCNT, considerando que muitas ignoram ou transgridem as recomendações dos profissionais de saúde pautadas em propostas de modos de vidas saudáveis preconizadas pela Saúde Pública.

Este incômodo tornou-se mais latente e, particularmente importante para mim após a morte do meu pai, um inteligente sujeito sabidamente coronariopata, já infartado, com *stent* em coronária direita, que insistia em levar a sua vida conforme suas próprias medidas, seus desejos e prazeres. Nunca entendi se ele sabia que estava aproximando-se da morte a cada caminhada não realizada, a cada trago do cigarro, a cada comida gordurosa ou dose de uísque. Seu discurso sempre foi o *'eu não quero me sentir morto enquanto tiver vida' ou 'não quero morrer com saúde'*.

Assim, desloquei o foco da minha área de atuação que sempre havia sido a atenção terciária, para a atenção primária à saúde, sabendo que as duas caminham juntas, a fim de conhecer o objeto que me propus estudar, superando de alguma forma o paradigma do cuidado até então vivenciado, num novo modelo e perspectiva de atenção à saúde.

Com este trabalho consegui me aproximar um pouco do universo subjetivo que construímos e nos molda como sujeitos sociais, e que precisa ser considerado em qualquer proposta de cuidado à saúde, para, assim, encontrar possibilidades de promoção da saúde, incluindo para aqueles já acometidos por algum agravo crônico não transmissível. Esta pesquisa recebeu financiamento do Projeto VIGITEL – 2010 - Ministério da Saúde/Fundo Nacional de Saúde - Processo nº 5000.110250/2010-68, e da FAPEMIG - Programa Pesquisador Mineiro - PPM III 2009/2011 Processo: nº 00554-09.

**PARTE I – PROBLEMA, OBJETIVOS, REVISÃO DE
LITERATURA E METODOLOGIA**

**“Por isso digo: o real não está na saída, nem na chegada: ele se
dispõe para a gente é no meio da travessia.”**

João Guimarães Rosa

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

As intervenções preventivas em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e as estratégias de mudança de estilos¹ de vida na população em geral, visam, atualmente, a redução da prevalência dessas doenças no contexto brasileiro e mundial (BRASIL, 2011a).

Dentre as DCNT, cujas características mais comuns são a ausência de infecção e de contágio clássico, e cronicidade, encontram-se as doenças cardíacas e cerebrovasculares (acidente vascular cerebral, conhecido popularmente por “derrame”), além de cânceres, diabetes, hipertensão arterial e outras, como os agravos mentais e acidentes (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Devido às altas taxas de morbimortalidade e ao caráter insidioso e grave dos adoecimentos, as doenças cardiovasculares e de caráter metabólico, respondem pela alta magnitude e elevada transcendência das DCNT na saúde coletiva (MALTA *et al.*, 2006, BRASIL, 2008a).

A magnitude das doenças cardiovasculares (DCV), no mundo, deve-se, principalmente, ao impacto do número de mortes ocorridas anualmente, mas também pela ausência de manifestação ou sintomatologia em grande parte das pessoas, sendo que, muitas vezes, a morte súbita é o primeiro sintoma. A doença da artéria coronária culmina com síndromes coronarianas isquêmicas, ou morte súbita, sendo um dos agravos mais importantes dentre as DCNT (AHA, 2005; OMS, 2008; AHA, 2010).

Nesse amplo espectro das DCNT há ainda outras doenças crônicas não transmissíveis provenientes de síndromes metabólicas que são responsáveis por morbidades específicas, com aparecimento, no decorrer do tempo, de comorbidades, inclusive cardiovasculares.

¹ O termo ‘estilos de vida’ aparece na literatura para designar modos de viver, entretanto trabalhamos com o termo ‘modos de vida’, por ser o termo utilizado na maioria das publicações da sociologia da saúde e por considerá-lo mais abrangente. Contudo, respeitamos e mantivemos o termo ‘estilos de vida’ quando foi este, o termo utilizado pelos autores citados.

O Brasil, país emergente na economia mundial que passa por transição epidemiológica e demográfica, com queda das mortes por doenças infectocontagiosas e aumento importante das mortes por doenças crônicas não transmissíveis, tem quadro epidemiológico, no que se refere a estas doenças, semelhante ao quadro mundial. Dados atuais revelam que 72% das mortes por causas conhecidas são devido às DCNT (BRASIL, 2011a).

As investigações clínicas e epidemiológicas tornaram possível a identificação de diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo e, especificamente, de adoecimento por esses agravos (SANTOS, 2006).

Dentre os fatores de risco foram identificados dois grupos específicos. No primeiro, encontram-se aqueles considerados não modificáveis: sexo, idade e história familiar. No segundo grupo estão os fatores comportamentais: tabagismo; alimentação inadequada; sedentarismo; consumo de álcool (MALTA *et al.*, 2006).

Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais, estando suportados pelo cenário contemporâneo de competitividade e individualismo, no qual o 'ter' passou a suplantiar o 'ser' de forma culturalmente aceita pela sociedade (HOMEM, 2003).

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, produzidas ao longo do tempo, contribuem para modificar as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais transformações facilitam ou dificultam o acesso das populações a condições de vida mais favoráveis à saúde e repercutem diretamente nos padrões de adoecimento (BRASIL, 2008a; MALTA, 2006; OMS, 2005; OPAS, 2003).

Além disso, o Brasil é um país de proporções territoriais gigantescas com diversidades regionais por vezes extremas e desigualdades sociais, expressas tanto no interior dos estados federativos como entre as cidades, capitais e interior, que, refletidas nas diferenças de acesso à saúde, educação e oportunidades de trabalho, demonstram a necessidade contínua de elaboração de políticas específicas para seu enfrentamento. A promoção da

saúde é definida como relevante perspectiva de resposta estratégica de enfrentamento das desigualdades nos diversos espaços geográfico-sociais (JESUS *et al.*, 2010).

As políticas públicas em saúde consideram os princípios de equidade, integralidade e resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário (re) conhecer as realidades sanitárias e sociais por meio de ações específicas de vigilância, com a finalidade de responder às demandas e diminuir desigualdades. No que se refere às DCNT, faz-se necessário, ainda, trabalhar com foco na necessidade de respostas rápidas, dada à sua magnitude como grave problema de saúde pública (MACHADO *et al.*, 2007).

Com a finalidade de oferecer subsídios para a organização de ações públicas de saúde, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o projeto VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 27 capitais do País. Naquele ano foram realizadas 54 mil entrevistas para monitoramento rotineiro das prevalências dos fatores de risco e proteção para as DCNT nas capitais, facilitando a avaliação de políticas públicas (MALTA *et al.*, 2006). Em 2009, foram 54.367 entrevistas, dentre as 71.081 elegíveis (BRASIL, 2010a).

O projeto VIGITEL propiciou melhoria na qualidade das informações epidemiológicas, porém, aspectos subjetivos sobre as maneiras de agir e viver a saúde, individual e coletivamente, considerando-se o ponto de vista dos próprios sujeitos, ainda não foram incluídos, sistematicamente, nos dados e estudos dele provenientes.

Para tal é necessária a inclusão de novas metodologias que busquem a compreensão da dimensão da escolha e de adesão a modos de vida saudáveis, bem como da visão de risco que cada um e a coletividade têm, dentro de seus contextos sociais específicos de vida. Relacionada a essas dimensões, encontra-se, portanto, a discussão sobre maneiras de se prevenir e buscar melhor qualidade de vida, considerando, ainda, o acesso aos bens e direitos sociais, e a autonomia do sujeito.

Nesse sentido, leva-se em conta que os sujeitos têm visões de mundo e julgamentos que são construídos ao longo da vida pelas interações com os outros, fazendo-os negar, omitir ou enfrentar os problemas (Petitat, 1998), e no

acesso aos bens disponíveis na sociedade, que são desigualmente distribuídos geossocialmente no Brasil (PATUSSI, 2006; SANTOS, 2007; BRASIL, 2008b). Com suas visões de mundo e julgamentos, os sujeitos tomam decisões sobre o cuidado consigo mesmo e com os outros, sendo que isto se dá em um cenário contemporâneo de heterogeneidade e fragmentação do social. Nele, constroem-se representações sobre saúde, doença, riscos de modo geral e risco relacionado à morte e às doenças, cuidado e autocuidado, bem como sobre promoção da saúde, que vão implicar na possibilidade de maior ou menor adesão a modos de vida saudáveis, paralelamente aos fatores objetivos da sociedade.

Subjetividade, saberes e representações, construídos e explicitados nas interações sociais, propiciam o conjunto de acumulação do sujeito no qual se incluem suas posturas para promover sua saúde, prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis.

Alguns autores, na linha de Gagnon (1999) analisam as trajetórias de vida, para desvelar roteiros sobre modos de viver dos sujeitos sociais. Os padrões de comportamento ou roteiros codificados são considerados como decorrentes de aprendizados sociais, informando aos sujeitos como agir e as razões pelas quais decidem por uma postura ou outra, explícita ou implicitamente. Segundo Gomes e Rebello (2009), estes roteiros, também chamados 'scripts', são menos resultantes do ditame de normas, regras e interdições do que da impregnação por narrações envolvendo sequências de acontecimentos ou, ainda, da interiorização dos modos de funcionamento das instituições.

As instituições são criadas e persistem na sociedade tanto pelas condições subjetivas das escolhas dos sujeitos, compartilhadas socialmente e denominadas por Castoriadis (1975) de 'imaginário social', como pelas condições objetivas da sociedade, que se explicitam como sua parte funcional/material/organizacional. O imaginário inclui valores psicossociais introjetados pelos sujeitos, traduzidos pelo significado que cada um confere ao risco, aos cuidados, à prevenção e promoção da saúde, na construção de identidade, desejos e modos de viver. A subjetividade será, portanto, responsável, tanto quanto os fatores objetivos, pela institucionalização de

valores e de novas instituições na sociedade, que são a organização dos modos de viver coletivamente. Assim, padrões de comportamento, tais como roteiros codificados, informam como os sujeitos sociais se implicam nessas instituições para modificá-las ou aceitá-las como tal.

Outros autores, que valorizam mais os dados objetivos se fundamentam no conceito de 'capital social' para analisar os modos de viver dos sujeitos sociais, ou seja, para analisar a organização social construída para que os sujeitos criem coesão e vivam em sociedade. Segundo Patussi (2006), a ideia de capital social aparece, de forma implícita, na sociologia do século XIX, em escritos de Durkheim, Marx e Simmel. Durkheim argumentava que indivíduos se completam na participação e devoção à vida em grupos, sendo uma reserva para a coletividade e fonte de capital social, enquanto Marx considerava-o como produto de coesão interna dentro de grupos em resposta à exploração e discriminação externas. Para Simmel (1964), a vida social se estrutura pelas trocas interpessoais, nas quais favores, informações e outros recursos são compartilhados, criando uma rede de obrigações mútuas, o que funda a corrente interacionista na sociologia. Essas noções, para Patussi (2006), constituem uma primeira abordagem do que será denominado, posteriormente, 'capital social'.

Putnam (1993) afirma que o conceito de capital social refere-se às características da organização social, tais como confiança, normas e redes de relacionamento que facilitam ações conjuntas de atores sociais, melhorando a eficácia e eficiência da sociedade como um todo. Assim, o capital social se desenvolve e se constitui dentro de um contexto histórico e cultural expresso nas trocas sociais, sobretudo aquelas de bens materiais.

As trocas materiais contextualizam o lugar e o acesso aos bens sociais, que permitem alterar a capacidade dos indivíduos de manter as demais trocas e fazer crescer o capital social que os torna mais (ou menos) autônomos.

No entanto, a autonomia se traduz, também, nas condições subjetivas da existência desses sujeitos, a capacidade de reflexão e de manutenção da liberdade de pensar e tomar decisões advém do que se acumula, ao longo da vida, como valores desvelados nas representações sobre os objetos, os pontos de vista sobre fatos, acontecimentos, afetos e expectativas (GIAMI; VEIL,

1997). A autonomia fundamenta escolhas e novas possibilidades de interações, que são permeadas de componentes psicossociais, e, por isso, mesmo, está ancorada nestas representações, que são sempre sociais, podendo-se afirmar que ela resulta sempre de negociações com o considerado real da experiência humana.

Autonomia, segundo Paulo Freire (2000), é “a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado, das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação”. Para o autor, conquistar a própria autonomia é ter a liberdade de pensar e decidir por si, guiado por seus próprios princípios e por sua própria razão (FREIRE, 2000, p. 11).

Nesse sentido, ressaltam-se, no Brasil, as desigualdades em saúde, sobretudo no que se refere à sua promoção, em contextos sociais que incluem informação sobre saúde de forma mais ou menos generalizada, sobre fatores de riscos identificados pela epidemiologia das DCNT, mas mantém-se representações que priorizam o cuidado medicalizado, com insistência sobre as consultas e o uso de medicamentos (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004; PATUSSI 2006; SANTOS, 2007; AYRES, 2009).

Assim, os sujeitos assumem riscos, mais ou menos conscientes, que resultam em dificuldades de adesão a modos de vida saudáveis. As maneiras de encarar os riscos e tornarem-se, mais ou menos, vulneráveis às doenças estão presentes na postura dos sujeitos, e refletem suas escolhas.

Sabe-se que a informação por si só, não modifica maneiras de se cuidar em saúde (AYRES, 2002; LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2004), fazendo emergir questões que enfoquem a construção das representações sobre saúde e doença, DCNT e riscos de adoecimento e morte para compreender dificuldades e possibilidades de adesão a modos de vida saudáveis.

Entende-se, portanto, que há fatores objetivos e aspectos subjetivos que podem justificar essas dificuldades. Porém, a especificidade dos aspectos subjetivos nas decisões e posturas individuais e coletivas que podem melhorar a situação de saúde no que diz respeito às DCNT, necessita de aprofundamento. Em sua maioria, os estudos existentes estão centrados nos

aspectos objetivos (OPAS, 2005; MALTA *et al.*, 2006; CDC, 2008, BRASIL, 2010a).

A questão central do presente estudo diz respeito, então, à vulnerabilidade e riscos imaginados e vivenciados *versus* promoção da saúde em relação às DCNT, do ponto de vista das pessoas. Pergunta-se: Como se deu a construção dos aspectos subjetivos em relação à saúde e a doença no contexto de vida dos sujeitos participantes do Projeto VIGITEL? Que representações têm sobre risco em geral e riscos relacionados às DCNT? Questões que podem ser sintetizadas na análise das trajetórias de vida dos sujeitos para a incorporação (ou não) do cuidado e autocuidado referentes às DCNT, preconizados pela Saúde Pública.

Para buscar responder tais questões, os pressupostos que sustentam o presente estudo são de que:

a) aspectos subjetivos são construídos e acumulados por meio das interações sociais ao longo da vida, em contextos socioeconômicos e culturais específicos, explicitados nas narrativas de vida.

b) as interações constroem e contêm representações que são, por seu lado, introjetadas pelos sujeitos e coletividades, sofrendo, ao longo do tempo, transformações mais ou menos lentas, sendo, portanto e ao mesmo tempo, individuais e coletivas, e expressas nas trajetórias de vida.

c) nessas trajetórias, os sujeitos constroem julgamentos de valor e pontos de vista sobre os objetos, sustentados em bases psicossociais, que se configuram em representações presentes ao longo da vida e que servem de filtro para aceitar ou rechaçar novas representações.

d) saúde e doença, doenças não transmissíveis, riscos e riscos específicos em relação a estas últimas, assim como adoecimento e morte, se organizam em pontos de vista e posturas, presentes em falas e atos dos sujeitos.

e) nas representações encontram-se nas formas de lidar com o risco, que incluem a singularidade de cada um e os contextos sociais, e que revelam a disposição para se cuidar ou para correr riscos.

Assim, pressupõe-se que, pela interpretação da trajetória dos sujeitos, em seus contextos de vida, suas interações e representações, explicitem-se

posturas e comportamentos, que desvelem seus modos de viver, cuidar-se e promover saúde, com suas ambiguidades e paradoxos psicossociais.

Com os resultados desse estudo, espera-se contribuir, além de avanços no conhecimento, para a definição de estratégias operacionais de abordagem e enfrentamento das DCNT, apresentando subsídios a gestores para o desenvolvimento de ações de saúde fundamentadas em redes de corresponsabilização entre sujeitos e coletividades, pela defesa e promoção de melhores condições de vida e saúde da população.

1.2 Objetivos

Interpretar as reflexões colhidas por meio de grupos focais, de pessoas que participaram da amostra do VIGITEL 2008, em Belo Horizonte, Minas Gerais, para desvelar representações sobre proteção e riscos relacionados às DCNT.

Compreender, em narrativas individuais, representações contidas nas trajetórias de vidas de pessoas que participaram da amostra do VIGITEL 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais, desvelando suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT.

CAPÍTULO 2: PANORAMA GLOBAL DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO

2.1 Contexto das DCNT

No Brasil, desde a década de 1960, observam-se processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional que vêm resultando em alterações nos padrões de ocorrência das patologias. A transição epidemiológica é caracterizada pela mudança no perfil de morbidade e de mortalidade da população, com diminuição progressiva das mortes por doenças infectocontagiosas e elevação das mortes por doenças crônicas, nitidamente visíveis a partir da segunda metade do século passado (BRASIL, 2008b).

Essas mudanças guardam estreita relação com a modificação acelerada que vem ocorrendo na estrutura etária da população, bem como se associam a determinantes socioeconômicos e aos avanços da ciência e da medicina. Destaca-se, nesse sentido, a expansão da oferta de serviços de saúde, sobretudo a partir do SUS, no qual se inscrevem as conquistas políticas e programas de saúde, modificando, aos poucos, a assistência em saúde, paralelamente às conquistas sociais e econômicas que impactam nas condições de vida e saúde da população brasileira.

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis são as líderes de causas de morte na população mundial, matando mais pessoas por ano que todas as outras causas de morte combinadas. Quase 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. Apesar de seu rápido crescimento e inquietante distribuição, grande parte do impacto humano e social causado a cada ano pelas mortes relacionadas às DCNT, poderia ser evitado com uma melhor compreensão do problema, intervenções possíveis e custo-efetivas (WHO, 2011).

Segundo dados da WHO em seu *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2011*, dos 57 milhões de mortes ocorridas mundialmente em 2008, 36 milhões, 63% – quase dois terços – foram devido às DCNT, especificamente doenças cardiovasculares, câncer, diabetes, e

doenças respiratórias crônicas. A combinação da carga destas doenças é o que mais cresce entre os países de baixa renda, impondo-lhes grandes custos evitáveis, tanto em termos humanos e sociais, quanto em termos econômicos. Cerca de ¼ das mortes globais relacionadas às DCNT acometem indivíduos com menos de 60 anos de idade.

No Brasil, as DCNT têm padrão semelhante, correspondendo a 72% das causas de mortes, e constituem o problema de saúde de maior magnitude, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis. No ano de 2007, as DCNT foram a principal causa de óbito e a taxa de mortalidade por essas doenças foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes, destacando-se as doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer (SCHMIDT, 2011).

Séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos Estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes no período de 1930 a 2005 (BRASIL, 2010b).

Em Minas Gerais, vinte doenças foram as principais causas de 65% dos anos de vida perdidos por morte prematura em 2004-2006; destacam-se neste grupo quatro doenças do aparelho circulatório— doença isquêmica do coração, cerebrovascular, hipertensiva e inflamatória do coração— todas no espectro principal das DCNT (SES/MG, 2010). Segundo este mesmo estudo, os perfis de causalidade de anos de vida perdidos nas macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais são similares, com preponderância das doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares, que são, em sua maioria, as duas primeiras causas de anos de vida perdidos, além das doenças hipertensivas. Esses destaques evidenciam um cenário epidemiológico de transição complexa, com sobreposição das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas e que não se diferencia entre as macrorregiões de saúde, independentemente dos indicadores socioeconômicos.

As DCNT são causadas por quatro fatores de risco comportamentais, difundidos entre os aspectos da transição econômica, rápida urbanização e estilo de vida do século XXI, que são: tabagismo; dieta inadequada; inatividade física; e uso nocivo de álcool (WHO, 2011).

Além dos fatores de risco, as DCNT se caracterizam por terem etiologia múltipla, longos períodos de latência, curso prolongado, mas sempre de início insidioso, e alto número de internações por complicações sistêmicas com comprometimento funcional (BRASIL, 2008a; BRASIL 2010a).

Assim, as DCNT, que se apresentam como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade, possuem um pequeno conjunto de fatores de risco que responde pela magnitude das mortes e por fração substancial da carga de doenças na população brasileira (BRASIL, 2010a).

2.2 Situação das DCNT no Brasil e políticas de enfrentamento

A taxa de mortalidade por DCNT no Brasil, mesmo permanecendo ainda impactante, registrou uma redução de 20% na última década, principalmente em relação às doenças do aparelho circulatório e doenças respiratórias crônicas. Entretanto, as taxas de mortalidade por diabetes e câncer aumentaram nesse mesmo período. Esse resultado pode ser, em parte, atribuído à expansão da atenção primária com ampliação da cobertura e melhoria da assistência, e redução do tabagismo nas últimas duas décadas (Brasil, 2011a), que passou de 34,8% em 1989 para 15,1% (BRASIL, 2010a).

Segundo dados do VIGITEL 2010 os níveis de atividade física no lazer da população adulta brasileira são baixos (15%) e apenas 18,2% consomem cinco porções de frutas e hortaliças em cinco ou mais dias por semana; 34% consomem alimentos com elevado teor de gordura, 28% consomem refrigerante cinco ou mais dias por semana, hábitos estes, que contribuem para o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade que atingem respectivamente, 48% e 14% dos adultos (BRASIL, 2011b).

A partir do reconhecimento desta realidade sanitária, o Brasil vem organizando, nos últimos anos, políticas para enfrentamento das DCNT, que se pode dizer, inauguradas com a implantação independente da Secretaria de Vigilância em Saúde em 2003. Nessa perspectiva, destacam-se as seguintes ações e políticas:

a) Organização da Vigilância de DCNT: trata-se de um conjunto de ações para estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico

para as doenças crônicas não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência destas doenças, seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.

Em 2003, realizou-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referidos à agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do País no monitoramento dos principais fatores de risco. Em 2006, foi implantado o VIGITEL, inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥ 18 anos), residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil. Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, informações sobre morbidade e alguns fatores de risco, além da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação (BRASIL, 2011b).

b) **Política Nacional de Promoção da Saúde:** aprovada em 2006, prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, inclusive com transferência de recursos a Estados e Municípios para a implantação dessas ações de forma intersetorial e integrada.

c) **Atividade Física:** o Ministério da Saúde lançou, em 7 de abril de 2011, o programa Academia da Saúde, com objetivo de promover a saúde por meio da atividade física, com meta de expansão a 4 mil municípios até 2015.

d) **Tabaco:** as ações regulatórias da política antitabaco é um ponto de grande relevância, que refletem no declínio da prevalência das DCNT. Destacam-se a proibição da propaganda de cigarros, as advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, e a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco (*Framework Convention on Tobacco Control*) em 2006, além da proibição de aditivos de sabor nos cigarros, em 2011.

e) **Alimentação:** incentivo ao aleitamento materno, publicação do Guia de Alimentação Saudável, e parcerias tais como a do Ministério de

Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no programa Bolsa Família. Regulamentação da rotulagem dos alimentos e acordos com a indústria para a redução do teor das gorduras *trans* e, recentemente, de metas de redução de sal em 10% ao ano em pães, macarrão e, até o final de 2011, nos demais grupos de alimentos.

f) Expansão da Atenção Básica: a Atenção Primária à Saúde cobre cerca de 60% da população brasileira, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção de riscos e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com DCNT. Foram publicados os *Cadernos da Atenção Básica* e guias para o controle de hipertensão arterial, diabetes, obesidade, doenças do aparelho circulatório, entre outros, para uso nos serviços de saúde do SUS.

g) Distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes: expansão da atenção farmacêutica e da distribuição gratuita de mais de 15 medicamentos para hipertensão e diabetes (anti-hipertensivos, insulinas, hipoglicemiantes orais, ácido acetilsalicílico e estatinas, entre outros).

h) Ampliação de exames preventivos para câncer: houve aumento na cobertura de exame preventivo de câncer de mama (mamografia) de 54,8% (2003) para 71,1% (2008) e aumento na cobertura de exame preventivo para câncer do colo do útero (Papanicolau) de 82,6% (2003) para 87,1% (2008), entre mulheres com idade entre 25 e 59 anos, segundo PNAD 2008 (IBGE, 2010).

Ressalta-se, ainda, que, em 2011, o Ministério da Saúde, com a colaboração de diversas instituições de ensino e pesquisa, demais Ministérios, profissionais, *experts*, entidades e associações de portadores de DCNT, elaborou um Plano de ações para enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no Brasil no período de 2011 a 2022.

Este Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos anos.

O Plano aborda as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias e diabetes) e os fatores de risco comportamentais (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade). Seu objetivo é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2011a).

De acordo com Brasil (2011a), as estratégias que compõem o plano de enfrentamento das DCNT fundamentam-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral. Ressalta-se a política de promoção da saúde e de cuidado integral, a saber:

Promoção da saúde

Definição de diferentes ações interministeriais além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo de criar parcerias para superação dos determinantes do processo saúde-doença, viabilizando intervenções que impactem positivamente na redução das DCNT e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

Principais ações:

Atividade física

- 1) Programa Academia da Saúde: criação de espaços que promovam ações de promoção da saúde e estimulem a prática de atividade física, em articulação com a Atenção Primária à Saúde.
- 2) Programa Saúde na Escola: implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas escolas (p. ex. cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física.

- 3) Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC): fortalecimento da construção das praças do PAC dentro do Eixo Comunidade Cidadã.
- 4) Reformulação de espaços urbanos saudáveis: criação do Programa nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.
- 5) Campanhas de comunicação: criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol e as Olimpíadas.

Alimentação saudável

- 1) Escolas: promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
- 2) Aumento da oferta de alimentos saudáveis: estabelecimento de parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e da oferta de alimentos *in natura*, tendo em vista o acesso à alimentação adequada e saudável.
- 3) Acordos com a indústria para redução do sal e do açúcar: estabelecimento de acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, com vistas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos, buscando avanços nesse campo de alimentação mais saudável.
- 4) Redução dos preços dos alimentos saudáveis: proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo.
- 5) Plano Intersetorial de Obesidade: implantação do Plano Intersetorial de Obesidade, com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência.

Tabagismo e álcool

- 1) Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos.

- 2) Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas).
- 3) Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- 4) Apoio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos.
- 5) Fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.
- 6) Apoio a iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio.

Envelhecimento ativo

- 1) Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e atenção integral.
- 2) Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde.
- 3) Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Primária à Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas idosas com condições crônicas.
- 4) Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamentos.
- 5) Criar programas para formação de cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade.
- 6) Apoio à estratégia de promoção do envelhecimento ativo na saúde suplementar.

Cuidado integral

Serão realizadas ações visando o fortalecimento da capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e à ampliação das ações de cuidado integrado para a prevenção e o controle das DCNT.

Principais ações:

1) Linha de Cuidado de DCNT: definição e implementação de protocolos e diretrizes clínicas das DCNT com base em evidências de custo-efetividade, vinculando os portadores ao cuidador e à equipe da Atenção Primária garantindo a referência e a contrarreferência para a rede de especialidades e a rede hospitalar, favorecendo a continuidade do cuidado e a integralidade na atenção.

2) Capacitação e telemedicina: capacitação das equipes da Atenção Primária à Saúde, expandindo recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos a distância, qualificando a resposta às DCNT.

3) Medicamentos gratuitos: ampliação do acesso gratuito aos medicamentos e insumos estratégicos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas das DCNT e tabagismo.

4) Câncer do colo do útero e mama: fortalecer ações de prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres de colo de útero e mama, garantir acesso ao exame preventivo e a mamografia de rastreamento de qualidade a todas as mulheres nas faixas etárias e periodicidade preconizadas, reduzindo desigualdades.

5) Saúde Toda Hora:

a) Atenção às urgências: fortalecimento do cuidado ao portador de DCNT na rede de urgência, integrado entre unidades de promoção, prevenção e atendimento à saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral de forma ágil.

b) Atenção domiciliar: ampliação do atendimento em domicílio a pessoas com dificuldades de locomoção ou que precisem de cuidados regulares, mas não de hospitalização, como idosos, acamados, por meio de um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio com garantia de continuidade de cuidados e integradas às Redes de Atenção à Saúde.

c) Linha do Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Encefálico (AVE) na Rede de Atenção às Urgências: Qualificação e integração de todas as unidades de saúde da Rede de Atenção às Urgências para permitir que os pacientes com IAM e AVE sejam atendidos, diagnosticados e tratados rapidamente, com acesso às terapias estabelecidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas garantindo ao usuário o acesso e o tratamento adequados e em tempo hábil.

Essas políticas de enfrentamento das DCNT na realidade brasileira retratam a proposta de promoção da saúde e prevenção de riscos como novo paradigma da prática sanitária, o que se constitui um grande desafio para o sistema público de saúde.

No Brasil, segundo Mendes (2009), o principal problema do SUS está exatamente na incoerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças com forte predomínio de condições crônicas e o sistema de atenção à saúde, fragmentado e voltado para eventos agudos. Tal descompasso configura a crise hoje existente no sistema público de saúde do País, que para o autor, só poderá ser superada com a substituição do sistema fragmentado pelo modelo de redes de atenção à saúde.

Entretanto, a crítica teórica acima parece simplificar um problema, que Merhy e Malta (2010), na mesma perspectiva, conseguem ser mais propositivos ao considerarem que para abordar a epidemia de DCNT cabe agregar tecnologias orientadas e preparadas para a abordagem de processos de adoecimento de mais longo prazo e de complexa causalidade, na qual se articulam distintos fatores. A análise da situação de saúde de DCNT e seus fatores de risco exige tecnologias de organização do processo de trabalho que retomem o protagonismo do setor sanitário no debate das políticas de desenvolvimento e organização econômica e social do país. Uma abordagem focada na promoção deve incluir: fatores de risco e doenças já instaladas; ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida; estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso; ações produzidas por equipe multidisciplinar; incorporação de outros profissionais de saúde; empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos e autonomia.

O contexto de transição epidemiológica e demográfica, descrito no início deste capítulo, amplifica os desafios do sistema de saúde, requerendo mudanças que ofereçam respostas a esta situação específica de predomínio das DCNT, exigindo do sistema a transcendência do modelo assistencial em seu âmago, redirecionando o olhar da doença para o indivíduo, buscando a promoção da saúde num sistema articulado, interligado e que seja capaz de assistir o usuário na perspectiva da integralidade.

2.3 Situação Mundial das DCNT

Estima-se que em 2030, oito de cada dez das principais causas de disfunção estejam relacionadas às DCNT, sendo este o retrato de um dos principais problemas de saúde do século XXI. Além dos números alarmantes das DCNT e seu impacto na saúde, há a previsão de aumento destes números, especificamente nos países pobres (WHO, 2010).

A WHO considera ainda que nenhum país está a salvo da pressão exercida sobre seus sistemas de saúde, tanto pelo envelhecimento da população quanto pelo impacto das DCNT. Além disso, as DCNT têm graves repercussões no desenvolvimento econômico e comportam-se como um sério obstáculo para os esforços internacionais de redução da pobreza. Para os governos calcula-se que somente as cardiopatias, os acidentes cerebrovasculares e a diabetes reduzem o Produto Interno Bruto (PIB) entre 1% e 5% a cada ano em países em desenvolvimento em rápido crescimento econômico. O *Action Plain (2008-2013)* da *World Health Organization* aponta seis objetivos para que os países possam trabalhar em cooperação no enfrentamento das DCNT, lançando uma rede coordenada de respostas intersetoriais, como proposto (WHO, 2009):

1. Elevar a prioridade das DCNT como marco das atividades de desenvolvimento no plano mundial e nacional e integrar a prevenção e controle dessas enfermidades em políticas de todos os departamentos governamentais.
2. Estabelecer e fortalecer políticas e planos nacionais de prevenção e controle das DCNT.

3. Fomentar intervenções para reduzir os principais fatores de risco comuns e comportamentais (modificáveis) das DCNT: tabagismo, dieta inadequada, inatividade física, uso nocivo de álcool.
4. Fomentar a investigação sobre formas de prevenção e controle das DCNT.
5. Fomentar alianças para a prevenção e controle das DCNT.
6. Realizar um acompanhamento das DCNT e seus determinantes e avaliar os progressos nos âmbitos nacional, regional e mundial.

Nesse contexto, a WHO identifica algumas intervenções para cada situação como sendo ‘as melhores apostas’, ou seja, ações que devem ser realizadas imediatamente para dar rápida resposta em termos de vidas salvas, doenças prevenidas e altos custos evitados. Em todos os países, estas intervenções denominadas de “melhores apostas” precisam ser ampliadas e ofertadas através da atenção primária à saúde (WHO, 2011).

As melhores apostas identificadas pela WHO (2011) incluem: proteger da fumaça de tabaco e banir o fumo de locais públicos; informar sobre os perigos relacionados ao uso do tabaco; impor proibições às campanhas publicitárias de cigarros, e aos patrocinadores; reduzir as taxas de tabagismo; restringir o acesso à venda de bebidas alcoólicas; impor proibições às campanhas publicitárias de bebidas alcoólicas; reduzir as taxas de consumo de bebidas alcoólicas; reduzir o consumo de sal e o sal contido nos alimentos; substituir a gordura transaturada nos alimentos pela gordura polinsaturada; promover a conscientização sobre dieta e atividade física, através de campanhas de mídia em massa para sensibilização da população.

Adicionalmente às melhores apostas há outras intervenções efetivas e de baixo custo para a população em geral que podem reduzir os fatores de risco para as DCNT, e que incluem o tratamento da dependência de nicotina, promoção de adequado aleitamento materno e complementação alimentar, imposição de proibições e leis relativas ao uso de bebidas alcólicas e direção de veículos, restrição à comercialização de comidas e bebidas com altos níveis de sal, açúcar e gorduras, especialmente para crianças; redução de impostos sobre alimentos para promover dietas saudáveis (WHO, 2011).

Embora ainda não existam pesquisas sobre a relação entre o custo e a efetividade, a WHO (2011) aponta fortes evidências de sucesso no enfrentamento das DCNT também com as seguintes intervenções: nutrição saudável no ambiente escolar, aconselhamento nutricional no cuidado em saúde, protocolos nacionais de atividade física, programas de atividade física nas escolas para crianças, programas de atividade física e dieta saudável nos locais de trabalho, programas de atividade física e dieta saudável nas comunidades, concepção de ambientes construídos que promovam atividade física.

Evidências de países ricos mostram que intervenções individuais para as pessoas já portadoras de DCNT ou de alto risco para seu desenvolvimento podem ser muito eficazes e geralmente também são custo-efetivas. Quando combinadas, sinérgicas e convergentes, as intervenções comunitárias e individuais podem salvar milhões de vidas e reduzir consideravelmente o sofrimento humano pelas DCNT. Tanto para a população em geral, quanto para as intervenções individuais, também há melhores apostas e abordagens individuais de saúde custo-efetivas (ALWAN, 2010).

A Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 13 de maio de 2010, na Resolução nº 265, decidiu convocar, para setembro de 2011, em Nova York, uma Reunião de Alto Nível sobre DCNT, com a participação dos chefes de Estado. Essa foi a terceira vez que a ONU convocou uma reunião de alto nível para discutir temas de saúde, o que representou uma janela de oportunidade, significando um ponto crucial para o engajamento dos líderes de Estado e Governo na luta contra as DCNT, bem como para a inserção do tema das DCNT como fundamental para o alcance das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial aquelas relativas à redução da pobreza e desigualdade (BRASIL, 2011a).

Nesta Reunião de Alto Nível por dois dias consecutivos (19 e 20 de setembro de 2011), Chefes de Estado e de Governo, e seus representantes reuniram-se na sede da ONU em Nova York para apresentar as políticas de enfrentamento das DCNT em seus países, bem como para examinarem, discutirem e planejarem estratégias conjuntas de ação na tarefa de prevenção e controle das DCNT no mundo.

Além do compartilhamento de experiências entre os países e apresentação do panorama mundial das DCNT, tal encontro propiciou a elaboração de um documento de declaração política sobre a prevenção e controle das Doenças não Transmissíveis. Nesse documento, destacam-se: o reconhecimento das DCNT como desafio de proporções epidêmicas e importantes repercussões socioeconômicas para o desenvolvimento; a necessidade de esforços de todo o governo e toda sociedade para dar respostas à situação; prioridade na redução dos fatores de risco e promoção da saúde; reforço das políticas e dos sistemas nacionais de saúde; cooperação internacional e alianças de colaboração; investigação, pesquisas, supervisão, avaliação e monitoramento (ONU, 2011).

Contudo, observa-se que a maioria dos modelos assistenciais, tanto de países desenvolvidos como dos países em desenvolvimento, continuam orientados a oferecer respostas reativas aos problemas agudos de saúde. Por outro lado, a transição demográfica, os avanços tecnológicos e a situação global da crise econômica levam à necessidade de que cada país assegure a sustentabilidade de seus próprios sistemas de saúde e estabeleça uma estrutura sólida de saúde pública capaz de enfrentar eficazmente esses novos desafios.

CAPÍTULO 3: RISCO

O risco é abordado neste capítulo etimológica e epistemologicamente, em uma perspectiva histórica e social no campo da saúde, na discussão de seu conceito na epidemiologia, que reflete a necessidade de superar suas limitações pelo conceito de vulnerabilidade e finalmente, na discussão de base sociológica, mais afeita à problemática do presente estudo.

3.1 Etimologia e epistemologia do Risco

O modo de viver é instância condicionante da promoção da saúde, pois diz respeito à incorporação de significados que os sujeitos têm de risco, definindo suas maneiras de agir para a saúde. Isso implica no estudo não só das situações de saúde, mas também das representações da saúde e suas determinações (ALMEIDA FILHO, 2004).

Risco é um termo recente e essencialmente moderno, a palavra risco data do século XIV, ganhando conotação de perigo apenas no século XVI (LUIZ; COHN, 2006). Risco é uma palavra que possui diferentes sentidos sendo que nem sempre seus significados convivem em harmonia (CASTIEL *et al.*, 2010).

Considerando a polissemia do termo, duas dimensões são destacadas por Spink (2005): a primeira diz respeito àquilo que é possível ou provável de ocorrer, numa tentativa de apreender a regularidade do fenômeno. A segunda está centrada no âmbito dos valores e pressupõe a possibilidade da perda de algo precioso.

A palavra risco tem sua origem no vocábulo italiano *riscare* (navegar entre os rochedos perigosos) e o seu conceito atual, advindo da teoria das probabilidades, oriunda da França no século XVII, pressupõe,

[...] a possibilidade de prever determinadas situações ou eventos por meio do conhecimento dos parâmetros de uma distribuição de probabilidades de acontecimentos futuros, por meio da computação das expectativas matemáticas (FREITAS; GOMEZ, 1997, p.487).

O dicionário Aurélio (FERREIRA, 2008) é controverso quanto à origem do termo, apontando a possibilidade de ser proveniente do baixo-latim *rsicu*, *riscu*, provavelmente do verbo *resecare* – cortar; ou da língua espanhola *risco* –

como sinônimo de penhasco escarpado. Indica, por um lado, a própria ideia de perigo e, por outro lado, a sua possibilidade de ocorrência.

No século XIX e início do século XX, o sentido do termo risco estava relacionado a jogos de azar, apostas e chances de perdas ou ganhos. Em épocas mais recentes começou a adquirir significados relativos a desfechos negativos. Na Segunda Guerra Mundial, o termo veio à tona na área de engenharia, no intuito de estimar danos decorrentes do manuseio de materiais perigosos. Na Medicina, o termo serviu para dimensionar perigos na utilização de determinados procedimentos. No dicionário de epidemiologia, risco diz respeito à probabilidade de ocorrência de um evento mórbido ou fatal (CASTIEL *et al.*, 2010).

O conceito de risco tem sido abordado por diferentes vertentes e perspectivas científicas, contudo, não têm sido as ciências humanas o berço dos estudos sobre a percepção de risco. Tais estudos tem tido maior destaque e proliferação junto às chamadas “ciências duras”, conforme Marandola e Hogan (2004), como as disciplinas da “Geografia Física” e das Ciências da Terra.

Alguns destes estudos que cresceram junto às chamadas “ciências duras” tratam da percepção de riscos e perigos ligados a eventos e sistemas ambientais e associam-se às disciplinas que estudam os riscos no ambiente e suas repercussões naturais e sociais, como, por exemplo, a Geomorfologia (estuda os riscos de deslizamentos, de assoreamento, de erosão do solo), à Climatologia (estuda os riscos de geada, de seca, de furacão, de tornado, de granizo, de neve) e à Geologia (estuda os riscos de terremotos, de erupções vulcânicas). (MARANDOLA; HOGAN, 2004).

Embora, na saúde, o risco tenha sido primeiramente abordado pela epidemiologia, por meio do estudo dos fatores de riscos e associações de probabilidades de adoecimento de indivíduos e coletividade, houve a necessidade de ampliar o entendimento do conceito de risco com introdução de novos conceitos no processo de superação de paradigmas.

Para Meyer *et al.* (2006), o risco em saúde é representado como uma situação de dano potencial, associado principalmente a fatores individuais. Assim, para os autores, estar em risco implicaria certo comportamento ou

postura displicentes ou desviantes, considerando que, conforme Oliveira *et al.* (2004 p. 1309), *apud* Meyer et al. (2006, p. 1336), o risco estaria “na ignorância, falta de interesse no cuidado de si, esse último um imperativo numa sociedade em que se atribui um alto valor à autonomia individual e à competência para o autogoverno”.

Para Lupton (2004), a origem do termo risco se associa ao início das grandes navegações na Idade Média e aos perigos intrínsecos às viagens, como algo sobrenatural que envolve desde a vontade de Deus, até a ocorrência de tempestades ou algum outro evento marítimo. Dessa forma, os primeiros significados atribuídos ao risco eximiam a responsabilidade humana sobre estes eventos.

Antigas civilizações, sem utilizar da palavra risco, elaboraram mecanismos culturais que dotavam de certeza os acontecimentos futuros. Assim, confiavam em adivinhações e previsões, garantindo que suas próprias decisões não desencadeassem a ira dos deuses e de outras forças, garantindo o contato com os desconhecidos desígnios do destino (LUHMANN, 1993). Em muitos aspectos o complexo semântico do “pecado” (enquanto transgressão de ordenamentos religiosos) servia de um equivalente funcional ao risco, já que podia explicar a ocorrência de alguma desgraça (RIPOLL, 2008).

A expansão da noção de risco relaciona-se, ainda que indiretamente, com as mudanças ocorridas no Ocidente durante os séculos XVIII e XIX e com a ascensão da racionalidade científica. O risco surge como um balizador de valores, como um meio de se conceituar e calcular a ‘norma’ e assim identificar o seu desvio, reforçando a crença de que o ordenamento racional pode controlar a desordem (LUPTON, 2004).

No dicionário Michaelis (1998) perigo, do latim *periculum*, é compreendido como um risco ou a contingência iminente de que algo errado venha a acontecer. Situação em que está ameaçada a existência ou integridade de uma pessoa ou de uma coisa; risco, inconveniente. Pode tratar-se de uma ameaça física (real) ou de uma circunstância mais abstrata. Conforme já mencionado, o termo risco provém do latim ou do italiano *risico* ou *rischio* que para alguns estudiosos, por sua vez, deriva do árabe clássico *rizq* “aquilo que se depara com a providência”. O termo faz referência

à proximidade ou contingência de um possível dano (<http://librairie.immateriel.fr>).

A noção de risco costuma ser usada como sinônimo de perigo. O risco no entanto, relaciona-se melhor com o conceito de susceptibilidade ou vulnerabilidade, ao passo que o perigo está associado a possibilidade de um dano. É, portanto, possível distinguir risco (a possibilidade de dano) e perigo (a probabilidade do dano/acidente).

Percebe-se uma coerência no entendimento dos termos e conceitos de risco, mas para alguns autores embora tais definições sejam coerentes com as ciências exatas, são inadequadas na vertente sociológica do risco, quando os aspectos subjetivos precisam ser considerados (SJÖBERG *et al.*, 2004).

Apesar de predominar uma visão objetiva do risco, que o considera passível de mensuração (Marandola e Hogan, 2005), cada vez mais o risco tem ganhado outras conotações, que o fazem presente nos discursos das ciências humanas e da saúde com outra perspectiva, menos exata e mensurável e mais próxima de uma construção social ou um julgamento de valor. Esta visão mais subjetiva do risco tem sido, portanto, incorporada nessas áreas de conhecimento.

Na sociologia, o risco é compreendido como algo intrínseco ao sujeito e portanto, subjetivo. Ainda que os conceitos apontem sobre as questões de probabilidade ou possibilidade de dano, será a vivência (de risco ou de uma situação perigosa) que conformará a experiência do sujeito, e este lhe atribuirá valor, conforme sua própria visão de mundo e seus julgamentos. Por este motivo, para os teóricos da sociologia do risco, risco como conceito é um constructo social (DOUGLAS; WILDAWSKY, 1982).

3.2 Perspectiva histórica e social do conceito de risco na saúde

A posição central em debates públicos e acadêmicos, principalmente, nos contextos das ciências sociais e dos estudos sobre saúde tem sido permeada pelo termo 'risco'.

O fato de o conceito de risco estar associado a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado faz

com que a avaliação de riscos em saúde seja uma tarefa bastante complexa (GOMES *et al.*, 2001).

Do ponto de vista da saúde pública, observou-se, nos últimos anos, um deslocamento das preocupações midiáticas e acadêmicas, antes centradas nos riscos advindos de novas tecnologias para os riscos impactantes no estado de saúde de indivíduos e coletividade (PETERSEN; LUPTON, 1996).

Do ponto de vista da evolução histórica do repertório de risco, o sociólogo John Arne Skolbekken (1995) identificou um rápido aumento das publicações científicas com o termo risco, e denominou esta tendência de “epidemia do risco.” Lupton (2004) compartilha desta opinião ao considerar que nas sociedades contemporâneas tanto o substantivo ‘risco’ como o adjetivo ‘arriscado’ tornaram-se comuns nos discursos midiáticos, populares e acadêmicos.

Segundo Skolbekken (1995), na Europa e na América do Norte, apesar das expectativas de vida ao nascer serem elevadas, nunca houve tanta preocupação com a identificação dos riscos à saúde, com informações regulares sobre todas as ameaças da vida cotidiana, por meio de estudos epidemiológicos amplamente divulgados pela mídia, reforçando sua teoria sobre o fato de que vivemos uma “epidemia do risco”.

De fato, essa epidemia do risco é fruto da evolução das transformações sociais e tecnológicas articuladas a laicização da sociedade e às transformações econômicas do capitalismo. Nesse contexto em que o risco emerge como probabilidade, surge também o pensamento de que ele pode ser gerido (LUIZ; COHN, 2006). Para Spink (2005), especificamente no campo da saúde o risco individualiza-se no autogerenciamento, pressupondo que os sujeitos, com base nas informações científicas, modifiquem seus comportamentos a fim de eliminarem os riscos e alcancarem a saúde plena.

Spink (2001), considera que especialmente nas sociedades ocidentais houve uma transição que pode ser entendida a partir da disponibilidade dos repertórios linguísticos para significar o futuro. Essa transição denota a mudança de ponto de vista, de um futuro pautado na solidariedade, para um futuro delimitado pelo cálculo dos riscos. Percebe-se então a incorporação

gradativa de termos que variam da fatalidade à fortuna, para significação do risco, (Giddens *apud* Spink, 2001):

(...) incorporando paulatinamente os vocábulos *hazards* (séculos XVII), perigo (século XVII), sorte e chance (século XV) e risco no (século XIX). Após emergir como vocábulo na pré-modernidade, risco haveria de tornar-se um conceito fundamental na modernidade clássica (SPINK, 2001, p. 1279).

Para La Mendola (2005), o deslizamento do significado do termo “risco” para seus possíveis resultados negativos, oculta os pontos nodais da questão. Para o autor é preciso partir da ideia de que o perigo é uma condição imanente da vida individual e social, e que faz parte do conjunto de fatores que se interpõem entre as ações dos agentes e a tentativa de alcançar os resultados desejados. Nos vários comportamentos de risco, parece ser possível identificar uma demanda implícita por responsabilidade. Essa demanda por responsabilidade traz consigo outra demanda, que diz respeito à aquisição de poder (*empowerment*), e que, inevitavelmente, como qualquer afirmação da liberdade, comporta perigos (LA MENDOLA, 2005).

A teoria de probabilidades, antecessora da conformação do risco como um constructo teórico, apoiou-se nos cenários dos jogos de apostas e na astronomia (SPINK, 2001). Segundo a autora, Fibonacci, no século XIII, apresentou um problema matemático a respeito da distribuição do valor das apostas em um jogo interrompido. Apesar de ter circulado na Europa por quatrocentos anos, foi somente no século XVII que Pascal e Fermat resolveram o problema por meio do cálculo da probabilidade, dos ganhos e perdas no desenrolar de um jogo (SPINK 2001).

Portanto, o risco emerge como conceito quando se torna possível pensar o futuro como algo passível de controle (Spink, 2001; 2005; 2010), precedido pela teoria das probabilidades e imerso na matriz da modernidade. Desta raiz surge, ainda, a possibilidade de gestão dos riscos, que, por sua vez, inclui-se na chamada modernidade reflexiva que antecede a Sociedade de Risco.

Sociedade de Risco foi um termo utilizado pelo alemão Ulrich Beck (1992), antecedido por Giddens (1991), em estudos sobre risco. Beck (1999) levanta o risco como o ponto central da sociedade globalizada inscrita na pós-modernidade, inaugurando a expressão *Sociedade do Risco*.

A Sociedade de Risco emerge, então, em resposta à obsolescência da sociedade industrial (BECK *et al.*, 2000; BECK, 2006). Designa essencialmente uma condição das sociedades contemporâneas, nas quais os riscos tendem, de forma crescente a escapar ao controle e monitorização da sociedade. Beck desenvolve o conceito de '*Sociedade de Risco*' para alertar sobre os riscos aos quais as sociedades atuais estão sujeitas, particularmente os riscos de caráter tecnológico e ambiental.

Para Beck, (1998) e Beck *et al.* (2000), sociedade de risco significa que vivemos a consequência dos efeitos secundários das ações e assim habitamos um mundo fora de controle, onde nada é certo além da incerteza. A novidade desta noção está no fato de que algumas decisões humanas podem envolver consequências e perigos globais, ilimitados.

Na visão de Lupton e Tulloch (2003), os achados e reflexões da teoria de Beck, embora classificada como uma teoria social do risco, apontam mais para uma teoria de visão racionalista do risco.

Entretanto “avaliar riscos depende intrinsecamente da definição do que vem a ser risco” e, conforme Spink (2001), esta definição abre um leque de perspectivas que amplia as possibilidades da pesquisa sobre o risco em outras vertentes, permitindo um diálogo entre diversas disciplinas.

Assim, o risco incorpora uma multiplicidade de aspectos resultantes da trajetória de construção do conceito e acumula repertórios advindos de diferentes domínios do saber, nos quais se fez mister reconceituá-lo (SPINK, 2005). Pode-se dizer, então, que o risco é um conceito reelaborado conforme a evolução histórica e a sua emergência em contextos e diálogos diversos que amplificaram sua possibilidade de definição.

O sonho racionalista de avaliar e quantificar riscos objetivamente, com a intenção de prever eventos, morre diante do golpe mortal da aceitação de que “riscos implicam valores: risco é a possibilidade de perda de algo que tem valor para nós” (SPINK, 2005, p.15). Nesse sentido, o conceito de risco em saúde incorpora valores culturais e da subjetividade dos sujeitos e coletividades. Suas maneiras de pensar, projetar e agir em saúde são, portanto, resultantes, também, do contexto psicossocial e cultural de inserção das pessoas, e expressas em representações.

3.3 Risco Epidemiológico

A origem dos saberes que buscaram confluências entre os fenômenos de saúde e doença relativos a aspectos que extrapolam o plano estritamente orgânico encontra-se na vertente denominada Higiene Social (AYRES, 2005). Esse saber, a partir da noção de miasma, em sua acepção moderna, e depois, com noções de constituição epidêmica e meio externo, constituiu a matriz epistemológica a partir da qual, por sucessivos processos de formalização, veio a se constituir a Epidemiologia (AYRES, 2009).

Segundo Ayres (2008), desde o final do século XIX até meados do século XX, houve uma evidente transformação do escopo e da natureza do objeto e dos métodos de investigação, tal como entendidos pela comunidade de pesquisadores. Tal transformação caracterizou-se pelo abandono das primeiras conformações da Epidemiologia, em direção a um perfil pragmático e processual mais característico da epidemiologia do risco, constituindo o que se pode chamar de um paradigma predominante, desde o final da década de 1970 (ALMEIDA FILHO, 1997; AYRES, 2009).

Passou-se, então, da busca de apreensão de totalidades conformadoras de condições desfavoráveis à saúde (*constituições epidêmicas*), à busca da caracterização dos meios de transmissão ou formas de exposição relativas aos agressores à saúde, e desta, à busca de “associações probabilísticas” entre possíveis agentes e condições desfavoráveis à saúde e a ocorrência dos agravos. Essa mudança de foco atingiu seu auge em torno de 1930, por sucessivos processos de abstração e de matematização (AYRES, 2009).

Conforme Ayres (2011), essa busca exaustiva da epidemiologia para identificar determinantes externos do adoecimento, integrando-os nas totalidades sintéticas designadas como meio externo, passou a delimitar relações causais analíticas e abstratas, na forma de associações de caráter probabilístico. Traduzido no conceito de *risco epidemiológico*, este construto torna-se elemento central para as práticas de saúde atuais. Ainda segundo Ayres (2009, p. 15):

Essas associações expressas na forma do **risco epidemiológico** nas diversas feições conformadas pelos diferentes métodos de investigação

são a base da Epidemiologia contemporânea. Ao formalizar o conceito de risco, a Epidemiologia alcançou sua maturidade científica, perfilando-se entre os principais saberes instrutores das tecnologias de atenção à saúde, seja na prevenção e promoção da saúde, seja no tratamento e recuperação de agravos já instalados.

Com o desenvolvimento da Epidemiologia houve um importante ganho para a saúde pública, pelo seu amadurecimento como ciência. A Epidemiologia conquistou, simultaneamente, rigor científico, capacidade especulativa e potencial para o diálogo interdisciplinar.

Assim, o risco constitui-se como objeto para epidemiologia, sendo cada vez menos conteúdo e mais raciocínio, como uma forma de estabelecer nexos causais. A epidemiologia achava finalmente, uma forma necessária e própria de argumentar demonstrativamente, podendo perfilar-se junto aos discursos de natureza científica (AYRES, 2002).

O conceito de risco epidemiológico, desenvolvido a partir dos anos de 1950 do século XX, conformou-se como um instrumento de quantificação das possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de “associações entre eventos ou condições patológicas e outros eventos e condições não patológicas, causalmente relacionáveis” (MEYER, *et al.*, 2006, p. 1339). As conquistas decorrentes da aplicação deste conceito às práticas de saúde pública associam-se à sua operacionalidade, à ampliação da capacidade preditiva e de controle de determinados fatores de risco, com redução da probabilidade de ocorrência destes agravos (MEYER, *et al.*, 2006).

A epidemiologia do risco restringiu-se à construção e verificação de associações probabilísticas entre eventos empíricos de interesse no campo da saúde, sem promover nenhuma discussão teórica relevante acerca desta ciência. O risco epidemiológico ao longo de seu processo de constituição histórica adquiriu duas características epistemológicas que o colocam em posição paradoxal, conforme aponta Ayres (2002): 1) seu caráter especulativo, substantivamente instrumental o deixa em condições de expandir de forma ilimitada a investigação acerca de associações entre eventos de interesse prático para a saúde; 2) a rarefação teórica, relacionada ao apoio estratégico das inferências epidemiológicas na positividade biomédica, tornou-o refém da doença ou de eventos relacionados.

O risco, como um conceito central, adquire seus critérios próprios e autônomos para construir e validar enunciados, com aceitação científica entre os saberes do campo da saúde. Na Epidemiologia do Risco, a linguagem do risco alcança sua formalização discursiva tornando-se uma grandeza matemática. O risco não adjetiva, apenas, uma condição insalubre, ele próprio é a expressão matemática da inferência epidemiológica. Risco passa a expressar, então, a racionalidade aplicada que é a Epidemiologia e, simultaneamente, a identidade discursiva da comunidade de epidemiologistas e os correspondentes alcances e limites de seus horizontes normativos (AYRES, 2011).

Mas se a interpretação das variáveis não considera a variabilidade e a dinâmica de seus significados sociais, e se o risco passa de uma categoria analítica abstrata para uma prática de intervenção, sem as mediações necessárias para que ganhe significados reais, sua contribuição para orientar as práticas preventivas acaba sendo insuficiente ou prejudicial, já que reduz os fenômenos a componentes que podem ser isoladamente mensuráveis. Ao considerar ainda que estudos de associação decompõem o todo em partes, associadas entre si por relações de causa-efeito e, assim, lidam com uma positividade condicional inerente a um discurso que abstraia variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados e das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas (MEYER, *et al.*, 2006), emergem limitações desta disciplina até então hegemônica.

Considerando que, historicamente, a constituição da ciência epidemiológica é apontada por Ayres (1997) como instituída e instituinte no processo de emancipação e hegemonia da dimensão tecnológica da razão, descortina-se, então, o fato de estarmos diante de um paradigma dominante e a necessidade de buscar novas respostas para sua superação.

Se as análises de risco têm dificuldade de sustentar seu rigor frente à plurivocidade e contingencialidade das categorias relacionadas à especulação causal sobre o efeito saúde, possivelmente esse tipo de investigação precisará abandonar esse modelo heurístico (Ayres, 2002), ou transcendê-lo com diálogo entre outras disciplinas e outros saberes não científicos.

A primeira resposta à limitação apontada foi a construção do conceito de Vulnerabilidade. Parafraseando Ayres (2002, p. 35): “o que foge ao discurso do risco não é aquilo que lhe escapou, mas aquilo que de alguma forma não lhe diz respeito, não esteve entre as exigências que o conformaram enquanto conceito”.

3.4 Vulnerabilidade

Como uma possibilidade de superar as limitações da epidemiologia e fazê-la dialogar com outras ciências e outros saberes não científicos, emerge, no cenário das práticas de saúde, o quadro da vulnerabilidade. A referência da vulnerabilidade surge não como uma produção acadêmica, mas como desfecho de um intenso debate social, resultante da marcante experiência que foi a eclosão da pandemia de aids (AYRES *et al.*, 1999).

O termo vulnerabilidade é oriundo da área dos Direitos Humanos, e referia-se a grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadão. A expressão entra no campo da saúde a partir da publicação, nos EUA, da obra *Aids in the world*, de Mann *et al.* (1992), sendo amplamente utilizada a partir de então. Tal ‘neoconceito’, para o cenário da saúde pública veio suprir a necessidade de uma nova terminologia, quando as várias outras utilizadas haviam se esgotado em suas limitações.

Logo que se deu a descoberta do HIV/aids utilizava-se da terminologia **fator de risco** para identificar grupos sociais nos quais ocorreram os primeiros casos da doença (prostitutas, homens que fazem sexo com homens, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis). Em seguida a terminologia foi substituída por **grupos de risco**, que se tornaram o foco das estratégias de prevenção e contribuíram para a discriminação e o preconceito contra esses grupos. Diante disso e de movimentos sociais antidiscriminação, a terminologia para designar pessoas do até então grupo de risco para HIV/aids foi substituída por **comportamento de risco**. Tal termo, que se propunha a identificar características individuais que aumentavam a suscetibilidade dos sujeitos, embora menos rotuladora, centrava a responsabilidade na proteção individual,

sem contemplar os aspectos sociais envolvidos na prevenção (BARBOSA, 2011).

Em meio à pandemia de aids, o termo foi novamente repensado, uma vez que os comportamentos não podem ser entendidos como meros resultantes da vontade aliada à informação, mas passam ainda por filtros de natureza política, cultural que se encontram desigualmente distribuídos entre os segmentos sociais, faixas etárias e gêneros (AYRES *et al.*, 1999).

Pioneiros do estudo que deu origem ao uso do conceito de vulnerabilidade ao campo da saúde, Jonathan Mann e colaboradores iniciaram, na década de 1990, a análise de informações e subsídios não restritos ao manejo estatístico de dados clínicos e epidemiológicos, expandindo, a partir de então, o arsenal de saberes necessários à pandemia do HIV/aids no campo das ciências humanas, econômicas e políticas, adotando o termo vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade passa a expressar o reconhecimento dos diferentes graus e natureza da suscetibilidade dos indivíduos e coletividades à aids, formado pelo conjunto integrado dos aspectos sociais, programáticos e individuais, que colocam os sujeitos em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (AYRES *et al.*, 1999).

Conforme relata Parker (1996, p. 5) *apud* Ayres (1999, p. 51):

Talvez a mais importante transformação isolada em nossa maneira de pensar sobre HIV/Aids no início dos anos 90 tenha sido o esforço da (...) passagem da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial não só para nova compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia para conter seu avanço.

A ampliação desse conceito responde à necessidade de extrapolar a abordagem comportamentalista das estratégias individuais de redução de risco, constituindo-se em um importante referencial na elaboração de conhecimento na área, que inicialmente se deu sobre a pandemia de HIV e aids, mas que pode e deve ser transposta para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Vulnerabilidade refere-se à suscetibilidade de indivíduos e de populações a agravos à saúde. Em torno do termo, aglutina-se, hoje, ampla e diversificada gama de proposições, não havendo ainda uma identidade objetiva

com especificidade e clareza esperadas para um conceito (AYRES *et al.*, 1999).

Conforme Meyer *et al.* (2006, p.16):

De modo sumário, os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobre determinam aqueles aspectos e, particularizado a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços e ações) interferem sobre a situação - chamadas respectivamente de dimensão individual, social e programática.

A vulnerabilidade é considerada, assim, o inverso do *empowerment*. *Empowerment* pode ser definido como um processo de reconhecimento, criação e utilização de recursos e de instrumentos pelos indivíduos, grupos e comunidades, em si mesmos e no meio envolvente, que se traduz num acréscimo de poder – psicológico, sociocultural, político e econômico – que permite a estes sujeitos aumentar a eficácia do exercício da sua cidadania (PINTO, 1998, p. 247). As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo (re) conhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional, que para Meyer *et al.*(2006) remetem às seguintes questões de ordem prática: Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?

Os componentes individuais da vulnerabilidade são aspectos cognitivos, e de ordem comportamental (como acesso a informações corretas, compreensão e assimilação, interesse, adoção de práticas saudáveis e protetoras). Portanto, no plano individual considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, basicamente, aos comportamentos adocedores ou oportunistas do adoecimento. Tais componentes dependem diretamente da disponibilidade e acesso à informação e capacidade para elaborá-la, tanto quanto interesse e engajamento nesse propósito. Comportamentos associados à maior vulnerabilidade não devem ser entendidos e abordados como uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, pois estão relacionados tanto com condições objetivas do

ambiente, quanto com as condições subjetivas em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de consciência sobre tais comportamentos e a disposição e efetivo poder para modificá-los (MEYER *et al.*, 2006; AYRES; 2008; BARBOSA, 2011).

A vulnerabilidade social é caracterizada pelo acesso de pessoas e grupos à informação (escolaridade, comunicação, disponibilidade de recursos materiais), aos serviços de saúde e a outros equipamentos sociais; pelo nível de liberdade de expressão, representação e decisão que usufruem, pelos indicadores de saúde, educação e renda; pelo índice de desenvolvimento humano e pelo índice de pobreza e miséria, que, compreendem o capital social dos sujeitos, grupos ou coletividades. Consideram-se, ainda, as estruturas de governo, o repertório de crenças, valores e atitudes, as relações de raça, etnia, gênero e geração (AYRES *et al.*, 1999; BARBOSA, 2011).

A vulnerabilidade programática ou institucional caracteriza-se pela existência de serviços sociais e de saúde de fácil acesso, com alta qualidade, democraticamente delineados, periodicamente retroalimentados e avaliados, além da adoção de mecanismos não discriminatórios e pelo investimento em ações e programas de educação/informação preventivos. Esse componente da vulnerabilidade contempla tanto ações nas três esferas de governo, como ações não governamentais. Essa vertente da vulnerabilidade é entendida como uma conexão entre os planos individual e social, constituindo-se em um caminho concreto para a construção do *empowerment*, por ser aglutinador de informações, recursos e suportes (AYRES *et al.*, 1999; MEYER *et al.*, 2006; BARBOSA, 2011).

Dessa forma a vulnerabilidade não é um indicador que visa distinguir a probabilidade de um indivíduo/grupo se expor à determinada infecção ou doença, mas fornecer elementos que subsidiem avaliações acerca das possibilidades de um indivíduo ou grupo populacional se infectarem/adoecerem, dado o conjunto formado pelas características individuais e sociais de seu cotidiano (AYRES *et al.*, 1999).

Foi elaborado inicialmente um sistema de indicadores programáticos e sociais que, combinados, poderiam sugerir um diagnóstico de vulnerabilidade para as diversas nações do mundo. No entanto, em 1996, abandona-se a

referência a *scores* ou análises quantitativas, sendo evidenciado o sentido qualitativo dos diversos planos de avaliação da vulnerabilidade. Não existe, pois, uma metodologia de análise, o que, para Ayres *et al.*(1999), não sinaliza uma fragilidade, mas sim o caráter jovial do conceito.

Assim, o conceito de vulnerabilidade, atualmente já incorporado ao repertório teórico-metodológico em saúde, pode ser resumido como “o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos [e] contextuais” (Ayres, 2003, p. 123) que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, bem como com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (MEYER *et al.*, 2006).

Verifica-se então que a vulnerabilidade supera o marco do conceito de risco, tradicionalmente empregado no âmbito da Epidemiologia Clássica, transcendendo sua dimensão individualizante e probabilística (MUÑOZ SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

O caráter jovial e ainda em processo de construção do conceito de vulnerabilidade, ao apontar o conjunto de aspectos que suplantam os componentes objetivos e individuais, traz consigo a percepção de que a construção de totalidades compreensivas é sempre feita a partir de uma dada perspectiva, limitada e em constante transformação (GADAMER, 1999). Conforme Ayres (2009), por mais abrangente que seja um estudo de vulnerabilidade, ele jamais poderá ter a pretensão de dar a palavra final sobre o assunto.

3.5 Risco na vertente da sociologia

“Risco é inerente à condição humana, o homem não é feito destas vigas de que se fazem os mastros.”

(Immanuel Kant)

Para a área da saúde, a sociologia tem um caráter transversal porque subsidia tanto o conceito de vulnerabilidade da Saúde Coletiva quanto

abordagens de cuidados em suas diversas profissões, sobretudo em Enfermagem de Saúde Pública.

A sociologia do risco é uma esfera privilegiada das ciências sociais, pois aborda tanto a maneira pela qual os indivíduos se sentem ou não em perigo, como a percepção que possuem do risco, apontando para a necessidade de discutir a temática nessa vertente (PERRETI-WATEL, 2000; BECK, 2001; 2002; LUPTON, 2004).

Nas sociedades ocidentais, a organização social e cultural visa erradicar de todo e qualquer perigo possível de prejudicar seus membros, sendo códigos, condutas e programas de prevenção desenvolvidos em prol da saúde coletiva ou individual (GIDDENS, 1994; BECK, 2001).

Risco é uma noção socialmente construída, eminentemente variável de um lugar para outro e de uma época para outra. Delumeau (1989) considera a segurança uma invenção recente da sociedade (sec. XV), pois, até então, a religião se nutria da ansiedade humana quanto às incertezas e os mantinha sob vigilância. Não raro, nossas sociedades hoje desenvolveram modos de defesa empíricos que ainda utilizam do recurso ao divino (preces, missas, novenas, promessas, feitiçarias, benzeções, amuletos).

Quanto mais nossas sociedades se protegem com procedimentos de segurança e buscam exorcizar o risco, mais esse tema se politiza e, simultaneamente, mais crescem as tentativas de jogar com a própria existência (LE BRETON, 2009). O risco é cada vez menos consequência de um enfrentamento direto com os imponderáveis da natureza, mas muito simplesmente uma margem que é deixada pela negligência da técnica ou da organização.

No entanto, o risco continua a ser um horizonte intransponível da condição humana: a lei não consegue impedir a ação de criminosos; novos códigos de trânsito são impotentes para cessar os acidentes; campanhas sanitárias frequentemente fracassam na tentativa de convencer os sujeitos a modificarem seus comportamentos considerados prejudiciais à saúde, novos perigos se originam de tecnologias recentes.

A vida cotidiana multiplica ocasiões de perigo por escolha, distração, esquecimento, negligência, desconhecimento ou inépcia dos outros. Sua

condição social impõe um debate permanente com os outros, com os objetos e o risco de ser por eles golpeada. O universo relacional não é um dado adquirido: ele acultura-se, cultiva-se, conquista-se e por vezes se fragmenta após um investimento infeliz ou mal compreendido (LE BRETON, 2009).

A existência do homem implica sempre a ambivalência, raramente a racionalidade ou sequer o razoável. Assim, risco é compreendido como contingência do mundo, inserido em uma trama difusa, ou como responsabilidade individual, diluída em um amplo espectro social (BECK, 2001).

Existem inúmeras precauções sociais ou pessoais que balizam a vida cotidiana, limitando a vulnerabilidade do sujeito e do coletivo, mas não é rara a percepção de que hoje se vive num mundo mais perigoso que ontem (SLOVIC, 1987; BECK, 1999; 2001; 2002).

Vivenciamos a exacerbação do que Beck (2001; 2002) denomina “sociedade do risco”: estamos obcecados pela segurança e pela garantia da prevenção de infortúnios. Os perigos do mundo contemporâneo atingem indistintamente fronteiras ou classes sociais. A expansão dos riscos inerentes à modernização da sociedade vem acompanhada de uma relativização das diferenças e das barreiras sociais.

Le Breton (2009) aponta que a globalização econômica vem junto com globalização dos riscos, estando tudo interligado no mundo, e a ameaça pode assumir diversas nuances. O atentado de 11 de setembro em Nova York reforçou o sentimento de fragilidade da sociedade mundial, remetendo segundo o autor, à recordação que a relativa prosperidade se faz à custa do abandono de imensa parte do mundo.

Acidentes nucleares como o de Chernobyl, a pandemia e indistinta infecção pelo HIV/aids, a emergente epidemia das DCNT, os acidentes de tráfego, a violência, a toxicomania acompanhada de novas drogas com imenso potencial destruidor para sujeitos e sociedade; ameaças até então aparentemente distantes de nós, nutrem o sentimento de insegurança na vida cotidiana.

Castiel *et al.* (2010) atentam que a aura de ameaça não se restringe aos ambientes urbanos, atingindo também as sociedades rurais, especialmente no

que se refere ao uso inadequado de agrotóxicos e inseticidas, arrematando a percepção de que vivemos numa sociedade catastrófica.

Para Le Breton (1995; 2000) toda percepção de risco implica forte conotação afetiva e a intervenção de um discurso social e cultural. O medo parece estar menos relacionado à objetividade do risco que ao imaginário produzido e induzido por ele, incluindo-se certo fatalismo em relação ao perigo. O risco é um dado negativo, uma eventualidade perigosa, uma imagem antecipada do imaginário da doença, do desastre, da morte.

A percepção do risco remete, profundamente, aos modos de vida, aos valores familiares e coletivos introjetados por cada um, sendo os riscos socialmente construídos, refletindo uma moral em ação e uma visão de mundo que fazem parte também da vida intrapsíquica (Perreti-Watel, 2000), ao mesmo tempo em que há reconhecimento da existência de um mundo externo, com seus riscos objetivos, como afirmam Latour (1993) e Beck (1999).

Por não ser um decalque na consciência do indivíduo, o risco se mistura à subjetividade de representações sociais e culturais. Provém de um imaginário e não de uma falta de reflexão ou de uma pretensa irracionalidade, mas de uma representação introjetada. Assim, a representação do risco não é uma fantasia do sujeito, mas sua medida pessoal do perigo, não havendo erro ou deformação no momento da decisão, e sim, busca de uma significação própria (LE BRETON, 2009).

A percepção de risco é mesmo uma questão da subjetividade, porém, o 'trazer' o risco existente para dentro de si não é um processo fácil. A representação do risco é produto de aprendizagem sobre os limites percebidos pelo indivíduo e os impostos pela sociedade.

Tanto quanto a percepção dos riscos, a disposição para assumi-los, recusá-los ou mesmo ignorá-los, não é homogênea entre os indivíduos, e, por vezes, nem se assemelha em relação às culturas, classes sociais e gêneros, pois como já mencionado, refletem a visão de mundo de cada um. Essa disposição para 'arriscar', inclusive, é variável conforme a faixa etária (MÁSSIMO; FREITAS, 2013).

Nesse contexto, a medida objetiva do risco aparece como uma ficção política e social, nutrindo-se de um debate permanente entre os diferentes

atores, pois implica consequências econômicas e sociais por vezes consideráveis, sem, contudo, explicitar a implicação da subjetividade de cada um para mediar posturas de mais ou menos solidariedade, mais ou menos cuidado consigo ou com o outro, ou mais ou menos temor e desafio em face dos riscos reais e imaginários (LE BRETON, 2009).

Há que se considerar ainda, conforme Le Breton (2000; 2009), que, em determinadas situações em que o risco é não assumir o risco, há uma alienação do sujeito, ou uma negação do perigo. Outras vezes, quando ao evitar determinado risco significa uma ameaça à identidade do indivíduo, a opção por assumir o risco será, frequentemente, a opção de escolha.

O significado de risco vai se alterando, ora é a ideia de que é resultado de uma paixão singular, de um prazer que inaugura um modo de vida, ora ele é considerado como exterior ao sujeito e a precaução torna-se norma (BECK, 2002).

Para Le Breton (2009), a hierarquia dos riscos difere de acordo com cada grupo social, pois os grupos sociais não privilegiam as mesmas prioridades, vulnerabilidades e, raramente também, se inserem na mesma dimensão do real. Os estudiosos mais importantes que tratam da sociedade do risco (Beck, 1999; 2001; 2002; Giddens, 1991; 1994; Perreti-Watel, 2000) analisam o risco sob o aspecto negativo, como ameaça insidiosa, fonte de medo e angústia, sendo um contraste no interior das relações sociais. A repulsa coletiva da morte orienta ações que conferem valor redobrado ao risco.

Se, coletivamente, o risco ganha, por vezes, proporções de ameaça muito maiores do que o real, na esfera individual, o sujeito sente-se, muitas vezes, atraído por ele e o aguarda como um ato proibido ou uma transgressão desejada.

A análise das exposições ao risco mostra que todo ator extrai seus raciocínios e seus imaginários das lógicas sociais e culturais fundamentadas sobre suas maneiras de viver e seus valores pessoais. Advertido do perigo, o ator persiste em sua conduta em razão do prazer que sente nela e ao enraizamento desta, em sua identidade, pela recusa que lhe dizem seus atos ou porque considera que os outros não são ele e, no que lhe diz respeito, nada teme (LE BRETON, 2009).

A afetividade dos sujeitos sempre estará em primeiro lugar e se subordina a uma racionalidade, sempre modulada e reformulada segundo as circunstâncias. O tom que emerge da fala do sujeito em frases do tipo “eu sei disso, mas ainda assim...”, põe termo a qualquer argumento.

Assim, Le Breton (2009) lembra que as campanhas de prevenção ligadas à saúde pública se frustram, pois se focam justamente em convencer a população de que ela desconhece os riscos reais que correm ao seguir tais comportamentos e a convencê-la da correção fundamentada nas estatísticas. Apostam em uma lógica de interesse baseada em uma visão puramente racional do homem, como se a decisão do ator fosse transformada em estratégia econômica - ou de marketing político, com vistas a um maior e melhor lucro.

Observam-se, ainda, posturas consideradas como comportamentos limite, que ocorrem quando o sujeito não desconhece ou ignora o risco, mas declara não poder mudar seu modo de vida, porém termina por ser obrigado, em algum momento, a modificá-lo quando ‘se vê confrontado à eminência da morte’.

Castiel *et al.* (2010) alertam quanto a este tipo de ordenação operada pelo discurso de risco no cotidiano das pessoas, mais focado no viver mais, do que na reflexão da finalidade do viver. Vaz *et al.* (2007) dizem, nessa linha, que o risco tornou-se uma forma simplificada e quase moral de dar sentido à vida, pois desvia o indivíduo de questionamentos sobre o que se quer, e o que é a vida, apostando no controle de evitar a morte, enquanto que o fato de ser mortal é exatamente o que pode levá-lo a construir um sentido para a vida.

Nessa perspectiva, o risco, na vertente sociológica, aprofunda a reflexão proposta na discussão de vulnerabilidade social, porque acrescenta à conceptualização desse último termo as representações, como aspectos psicossociais dos grupos e sujeitos que condicionam os modos de viver, e, por extensão, de promover saúde.

Os achados desta investigação foram discutidos nessa vertente, o que possibilitou vislumbrar novas estratégias que assegurem não somente campanhas de prevenção, mas políticas públicas de promoção da saúde que

considerem os aspectos da subjetividade humana no que se refere às Doenças Crônicas não Transmissíveis.

CAPÍTULO 4: PROMOÇÃO DA SAÚDE

O discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das três últimas décadas, vêm articulando-se em torno do conceito de promoção da saúde. Uma das dimensões do discurso da promoção da saúde ressalta-se na elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Promover a saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2003).

No contexto brasileiro, em 2003, o Ministério da Saúde focalizou a promoção da saúde em vários espaços de discussão interna, com outros Ministérios, demais níveis de gestão do Sistema Único de Saúde e instituições de ensino e pesquisa, fomentando o processo para a construção e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (PNPS) (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, “como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006, p. 14). A PNPS fortalece também a perspectiva da Linha de Cuidado em Saúde que enfatiza a importância da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação em um processo articulado e coordenado.

Desse modo, promoção da saúde “é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p. 01).

A promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social por meio da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais. Com isso, aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o

meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor (WHO, 1986). Porém, enquanto as ações de promoção da saúde postulam uma ideia da saúde como qualidade de vida, as práticas no contexto sanitário ainda se organizam em torno de conceitos de doença (VIEGAS, 2010).

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia, no qual aprendem, trabalham, divertem-se e amam. Essa construção inclui o cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, a capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, além da luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (WHO, 1986).

Nessa perspectiva, o setor Saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde. Além de suas responsabilidades em prover serviços integrais, resolutivos e equânimes, faz-se necessário implementar políticas públicas sinérgicas a esta proposta. Desse modo, é papel do Estado favorecer ambientes saudáveis para a minimização das desigualdades sociais, somado ao de cada indivíduo em responsabilizar-se e cuidar de si (VIEGAS, 2010).

Portanto, um dos eixos básicos da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. Alguns autores evidenciam como:

a configuração dos conhecimentos e das práticas, nas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado (CZERESNIA, 2003, p. 39).

Na concepção filosófica, de acordo com Ferrater Mora (1978), autonomia é considerada como o fato de uma realidade se reger por uma lei própria, distinta de outras leis, mas não forçosamente incompatível com elas. No vocabulário filosófico, o termo “autonomia” costuma ser empregado em dois sentidos principais. No sentido ontológico, desvela-se como uma suposição de que certas esferas da realidade são autônomas em relação às outras. No sentido ético, especialmente elaborado por Kant, afirma-se que uma lei é autônoma quando tem em si mesma o seu fundamento e a razão própria da sua legalidade (KANT, 2003). No entanto, o conceito filosófico talvez mais

aplicável à discussão aqui proposta esteja na fundamentação da metafísica dos costumes, em que Kant indica que a autonomia da vontade é a propriedade mediante a qual a vontade constitui uma lei por si mesma (independentemente de qualquer propriedade dos objetos do querer). O princípio de autonomia diz: escolher sempre de tal modo que a própria volição abarque as máximas da nossa escolha como lei universal. Se um ato é determinado por algo alheio à vontade, é atribuído, conseqüentemente, a uma coação externa e não é concebido como moral (KANT, 2002; 2003).

O conceito de autonomia para Paulo Freire (2000, p. 11), conforme já citado, é “a condição sócio-histórica de um povo ou pessoa que tenha se libertado, se emancipado, das opressões que restringem ou anulam sua liberdade de determinação”. Para Freire, conquistar a própria autonomia é ter a liberdade de pensar por si, além da capacidade de guiar-se por princípios que concordem com a própria razão, envolvendo a capacidade de realizar, o que exige um homem consciente e ativo, por isso o homem passivo é contrário ao homem autônomo (FREIRE, 1983). “A libertação a que não chegarão pelo acaso, mas pela práxis de sua busca; pelo conhecimento e reconhecimento da necessidade de lutar por ela” (FREIRE, 1983, p. 32). Não há libertação que se faça com homens e mulheres passivos, é necessária conscientização e intervenção no mundo (FREIRE, 1983).

A autonomia deve ser conquistada, construída a partir das decisões, das vivências da própria liberdade. Ou seja, embora a autonomia seja um atributo humano essencial, na medida em que está vinculada à ideia de dignidade, Freire diz que ninguém é espontaneamente autônomo, é um processo de conquista que deve ser realizado. A educação deve proporcionar contextos formativos que sejam adequados para que os indivíduos possam se fazer autônomos. Para isso, todos devem ser respeitados em sua autonomia, portanto, é fundamental a valorização da pessoa e o respeito à sua cultura e seu acervo de conhecimentos empíricos junto à sua individualidade (FREIRE, 1980; FREIRE, 1983; FREIRE, 2000).

Considerando o que se pretende discutir neste trabalho, esta definição conceitual de autonomia proposta por Paulo Freire é a que guarda maior coerência com os objetos de estudo e principalmente com a concepção de

promoção da saúde, o principal objeto articulador do conceito de autonomia neste estudo.

No campo da saúde, a mudança de hábitos e práticas sanitárias configura a autonomia dos sujeitos para guiar sua vida. O destaque deve ser dado à necessidade de cada pessoa obter graus crescentes de autonomia na vida. O significado disso relaciona-se com a oferta de informação e educação em saúde, mas não se faz exclusivamente por esse caminho. A autonomia implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida pelos sujeitos e essa resignificação assume importância em seu modo de viver. Isso inclui a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível e relações mais simétricas entre usuários e trabalhadores de saúde (COSTA, 2004).

A promoção da saúde é uma estratégia que objetiva produzir saúde como um valor social e de cidadania, a partir de tecnologias que priorizem a gestão e produção de conhecimento compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, gerando redes de corresponsabilidade e de cogestão e potencializando a autonomia de indivíduos e coletividades na construção de modos de vidas saudáveis (VIEGAS, 2010; VIEGAS, PENNA, 2013).

As recentes propostas de promoção da saúde

(...) guardam estreitas afinidades com a concepção ampliada de vigilância. Estão radicadas, em essência, na mesma compreensão do que seja a tarefa de assistir à saúde e, portanto, de seus objetos e estratégias. Entendido nos mesmos moldes em que, seguindo Habermas, qualquer discurso racional pode ser compreendido, o desafio conceitual da promoção da saúde impõe pensar as condições de validade normativa, expressiva e proposicional dos discursos que aspiram orientar esta prática (AYRES, 2002, p. 29,40).

Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, “surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde”. Essas dificuldades “aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais” (CZERESNIA, 2003, p. 39).

Contudo para Ayres, (2002, p. 29),

(...) na promoção da saúde, ainda mais que na vigilância da saúde, há a noção de que a saúde não se define apenas pelo monitoramento e controle do que a pode ameaçar. Uma definição negativa de saúde parece limitada sob a ótica da promoção. A ampliação que esta postula aspira intervir não apenas naquilo que se deve evitar que aconteça para que se possa viver de forma saudável, mas quer estabelecer patamares que devem ser alcançados, em termos de aquisições positivas do ponto de vista físico, mental, emocional, cultural, ambiental, etc., para caracterizar uma boa qualidade de vida.

Promover saúde envolve escolha e isso não é da esfera do conhecimento científico, mas do valor. Vincula-se a processos que não se expressam por conceitos precisos e facilmente medidos, que se abrem às múltiplas significações emergidas da consideração da diferença, subjetividade e singularidade dos acontecimentos individuais e coletivos de saúde (CZERESNIA, 2003).

Nesse contexto, busca-se, no Brasil, a inclusão de estratégias preventivas e ações promocionais de saúde visando à diminuição da prevalência de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, por meio de estímulos aos sujeitos para escolha de hábitos saudáveis de vida. Dessa forma, políticas saudáveis implicam em formular condições sociais dignas para que sujeitos autônomos e empoderados possam agir sobre suas próprias vidas e a da coletividade, ao adotarem ações preventivas e promocionais.

Empoderar é a ação central da promoção da saúde. O empoderamento (ou *empowerment*) conforme já definido no capítulo de vulnerabilidade, não é um movimento que ocorre de fora para dentro, mas internamente, pela conquista. Assim, a pessoa ou grupo empoderados realizam, por si mesmos, as mudanças e ações que os levam a evoluir e se fortalecer. O sujeito empodera-se mediante o desenvolvimento de uma consciência crítica, pois esse empoderamento é uma forma ou meio crucial de se ganhar poder, ao envolver o entendimento de como as relações de poder na sociedade moldam as experiências, as percepções de cada pessoa, além de identificar como cada um pode ter um papel dentro de uma mudança social (FREIRE, 1980).

Por fim, políticas saudáveis devem favorecer um processo de incentivo às potencialidades dos próprios indivíduos para melhorarem suas condições imediatas de vida (STARFIELD, 2002; STARFIELD, 2005), promovendo o

empoderamento da comunidade pela luta contínua contra os riscos aos quais podem estar suscetíveis.

CAPÍTULO 5: REFERENCIAL TEÓRICO - METODOLÓGICO

5.1 Bases Teóricas das Representações

O objeto de estudo dessa área de conhecimento está centrado nos processos de interação social, e visa caracterizar e explicar as influências mútuas entre os indivíduos e a realidade dos grupos sociais de que fazem parte. Por ser uma ciência híbrida, é capaz de fornecer uma concepção mais ampla dos fenômenos de interação social (GIAMI, 1994; ARRUDA, 2002; JODELET, 2005).

O referencial teórico desta teoria vem sendo desenvolvido a partir do trabalho de Serge Moscovici, intitulado *La psychanalyse, son image et son public*, em 1961, que estudou o processo de apropriação do conhecimento científico. Neste trabalho, Moscovici retoma e revitaliza o conceito de representação coletiva, descrito por Durkheim na sociologia do século XIX, e adota o termo de representação social, concebendo-o como um fenômeno, e não mais como um conceito (MOSCOVICI, 2009).

Desde então, as representações, que foram chamadas de sociais pelo autor supracitado, têm se mostrado importante instrumento para os estudos de situações sociais, em razão de seu valor heurístico e de sua contribuição para a análise da influência da cultura na introjeção de valores e na definição de comportamentos (DUARTE *et al.*, 2009; ARRUDA *et al.*, 2002).

Para os autores que se fundamentam em Moscovici, uma representação social (RS) refere-se a um conjunto organizado de informações, crenças e atitudes que os indivíduos ou grupos constroem sobre um objeto, uma situação ou um conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se como uma visão subjetiva e social da realidade, o qual contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 1989; MOSCOVICI, 1978). Essa abordagem considera uma visão funcional de mundo que permite ao indivíduo dar sentido a suas condutas e compreender a realidade por meio de seu sistema de referências, permitindo adaptações.

No entanto, para Giami e Veil (1997), as representações são uma “atividade social e psicológica que consiste em construir um objeto,

associando-lhe elementos de percepção exterior e elementos ligados a fantasias individuais, com relação à posição ocupada com respeito ao objeto”, o que as coloca também como reflexão, decisão e ação de um sujeito, em sua singularidade, mesmo que fazendo parte de seu ‘aprendizado’ social. As representações, para esses autores, são pensadas como ‘pontos de vista’ ou ‘julgamentos de valor’ sobre os objetos, introjetadas e questionadas ao longo da vida pelos sujeitos, em um processo construído por meio das interações sociais e em constante movimento.

As representações são uma construção do sujeito como sujeito social. Por isto, para Giami e Veil (1997, p. 235), toda representação é social: “ela obtém seus conteúdos dos materiais presentes na sociocultura contemporânea e passada, funcionando como o imaginário” (GIAMI; VEIL 1997; GIAMI, 1998), “não havendo ruptura entre as expressões e significados individuais e coletivos das representações, mas homologia, o que se traduz em uma abordagem que considera que o social está contido e é observável no discurso individual...” (GIAMI; VEIL, 1997). Nesse sentido, o autor afirma que os sujeitos sociais constroem representações e as organizam, introjetando-as “por processos psíquicos que fazem parte do fenômeno social em sua totalidade”.

Dessa forma, Giami e Veil (1997) vão além da noção de Moscovici afirmando que as representações são também construções individuais que são modificadas e reconstruídas nas interações sociais, partilhando-se pontos de vista, julgamentos e opiniões que se tornam, construções coletivas e podem permanecer como valores compartilhados na teia social (GIAMI; VEIL, 1997). Esses autores afirmam que os sujeitos sociais constroem e organizam as representações “por processos psíquicos que fazem parte do fenômeno social em sua totalidade”, sendo que todas, portanto, são ‘sociais’, o que elimina a necessidade do adjetivo.

Por meio da interação pública entre os atores sociais, em práticas de comunicação do cotidiano é que as representações são difundidas, sendo a comunicação condição de possibilidade e de determinação de uma representação, a qual se dá por meio do debate na esfera pública (MOSCOVICI, 2009). Uma vez criadas, obtêm vida própria, circulam, se atraem e se repelem, favorecendo a origem de novas representações, deixando as

antigas de existir, ou tomando formas aparentemente muito diferentes mas que mantêm os conteúdos anteriores. Para Jodelet (1989), as representações consideram dados internos e externos do contexto real e imaginado, individual e coletivo, e podem ser concebidas como um *corpus* de conhecimentos através dos quais se torna perceptível e inteligível a realidade física e social.

A construção de uma representação depende de fatores como a natureza e dificuldades apresentadas pela situação, finalidade, e de fatores gerais como contexto social e ideológico, posição do indivíduo na organização social, relações de poder, história de vida, dentre outros. Essa modalidade de conhecimento sofre variações conforme inserções específicas do sujeito no contexto de relações sociais, ou seja, se mostra diretamente ligada à realidade dos grupos e categorias sociais, o que confere aos grupos uma visão de mundo e contribui para sua identidade social (JODELET, 1998). Para a autora, as RS são a precedência do conhecimento científico contribuindo para a construção social deste; enquanto que para Moscovici a RS é a transformação do conhecimento científico. Nesse sentido, Giami e Veil (1997), reiterado por Giami (2004), afirmam que as representações não necessariamente provêm do conhecimento científico ou o precedem: as representações podem permanecer como conhecimento popular e, nem por isto, terem menor importância nos modos de viver das pessoas.

Desta forma, lembram que a TRS nasceu da ideia de que as representações são teorias científicas traduzidas em senso comum (Moscovici, 1978), porém, para eles, elementos relativos à “teoria científica” não podem ser considerados os únicos constitutivos das representações. Giami e Veil (1997) afirmam que as representações podem originar-se da experiência das pessoas, sem que a ciência tenha este papel. Para eles um conhecimento originário do senso comum é representação e circula, da mesma forma que o conhecimento vulgarizado da ciência. Além disso, a representação é interiorizada pelos sujeitos que a explicitarão em seus julgamentos de valor, nas interações sociais. Assim, postulam Giami e Veil (1997) que a definição de ‘representação’ está mais próxima daquela de Morvan (1990, p. 88):

Ponto de vista do indivíduo em relação com um objeto, [...] conforme vivido e sentido pelo indivíduo, em sua complexidade, suas

contradições, sua singularidade. Delimitar uma representação é desenhar o objeto que ocupa um lugar (corpo) na experiência histórica única do indivíduo, a ponto de modificar a experiência e de orientá-la (GIAMI E VEIL, 1997, p. 42).

Considerando a história do processo saúde/doença baseada nas relações entre sujeitos e realidade social, compreendendo-se esse processo como não pertencente apenas à história dos progressos científicos, mas, também pautado em saberes e práticas comuns ao sujeito social, que culminam em representações (Barreto *et al.*, 2007) optou-se pelas definições apresentadas por Giami e Veil (1997) como a base do referencial teórico-metodológico e fio condutor da análise para a presente investigação.

Cabe ressaltar, ainda, que se trata de uma teoria considerada ainda em construção, como fruto da análise do dinamismo social dos sujeitos, para cuja reflexão se pretende contribuir também no presente estudo.

Esse referencial tem sido amplamente adotado no campo da saúde e se revela de grande importância para a análise de aspectos sociais que permeiam o processo saúde-doença e suas práticas sociais, assim como dos atos de comunicação social e dos fenômenos coletivos que contribuem na formação de condutas e, mais precisamente, de regras que regem a prática social. Além disso, proporciona o enriquecimento do estudo de identidades, ao analisar a interdependência dos sujeitos nas ações e simbolizações do cotidiano vivido, tendo o contexto social como o substrato psíquico para interpretar a realidade (MOSCOVICI, 1978; GIAMI; VEIL, 1997).

Entendido como um sistema simbólico organizado e estruturado pelos meios de comunicação e pelos processos psíquicos cuja função essencial é a apreensão e o controle do mundo pelo indivíduo, permitindo-lhe compreendê-lo e interpretá-lo, esse referencial possibilita, que sejam interpretadas as vulnerabilidades em face dos riscos, da morte, da saúde e da doença (GIAMI; VEIL 1997; HERZLICH, 2005).

5.2 Percorso Metodológico

5.2.1 Abordagem Qualitativa

Trata-se de pesquisa qualitativa em saúde, enfocando aspectos não mensuráveis da vida das pessoas, que implicam em decisões sobre o cuidado consigo mesmo, com a família e a comunidade. São valores culturais e significados sobre a vida e a morte, explicitados em representações acerca do consumo, das necessidades, do corpo, do risco, da saúde e da doença, enfim, a subjetividade dos sujeitos que fundamentam suas posturas para se protegerem e promoverem sua saúde (FREITAS *et al.*, 2008).

Essa metodologia, que considera a interpretação do mundo pelos sujeitos como a essência de sua investigação, permite descobrir e descrever os sentidos que os atores sociais atribuem às experiências e atitudes no mundo social e ao modo como compreendem este mundo, não se preocupando em quantificá-los, mas sim, em compreendê-los e explicá-los (POPE; MAYS, 2005).

Ao possibilitar a compreensão das formas de pensar-agir dos sujeitos e grupos sociais diante das doenças e dos aspectos que as envolvem, a investigação qualitativa se constitui em uma importante ferramenta para a formulação de políticas de saúde. Contudo, estudos desta natureza não visam um conhecimento que possa ser generalizado e universalizado como regra, mas sim o aprofundamento das particularidades e singularidades da experiência social dos sujeitos (FREITAS, 1998).

A subjetividade é aqui considerada tanto como uma construção individual relativa às características do sujeito como resultante da experiência forjada em grupos sociais, como a família, a escola, o trabalho, a comunidade e amigos, nas suas diversas interações. Esta subjetividade significa, portanto, que, mesmo tendo especificidades absolutamente individuais, contém o sujeito social, que se inquieta, busca respostas, pensa, emite opiniões e reage, compartilhando com os outros suas ideias e sendo influenciado por eles.

Nessa linha encontra-se a abordagem de Peter Berger e Thomas Lukmann (1999) que apreende a sociedade como uma realidade ao mesmo

tempo objetiva e subjetiva, pois ela é uma produção humana e o homem é uma produção social. A sociedade se constrói em um processo dialético de exteriorização, objetivação e interiorização. Os autores explicam a sociedade como realidade subjetiva, considerando que a socialização é o processo pelo qual ocorre a interiorização da realidade.

As pessoas em interação, ao dizerem o que pensam ou ao esconderem o que pensam estão explicitando representações que podem ou não ser comungadas pelos outros envolvidos. Assim, pode-se considerar que, ao interagir, os sujeitos assumem suas diferenças e suas concordâncias, interpretando o mundo e explicitando-o nas representações.

Esta pesquisa foi composta de duas fases de investigação. A primeira foi a realização de grupos focais por faixa etária com os sujeitos entrevistados pelo VIGITEL 2008, em Belo Horizonte, Minas Gerais com o objetivo de interpretar as reflexões narradas pelos grupos para desvelar representações sobre proteção e riscos relacionados às DCNT. A segunda fase destinou-se ao aprofundamento destas reflexões com a realização de entrevistas individuais e abertas, em profundidade, com objetivo de compreender representações contidas nas trajetórias de vidas de pessoas que participaram da amostra do VIGITEL 2010, em Belo Horizonte, Minas Gerais, desvelando suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT.

Para realizar a segunda fase desta investigação, propôs-se encontrar representações contidas nas falas dos sujeitos participantes, construindo suas trajetórias de vida pelo fio da narrativa reconstruída pelos pesquisadores para desvelar suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT. Considerou-se, para tanto, as seguintes questões: 1. As representações se modificam ao longo da trajetória de vida do sujeito?; 2. O que as representações do conjunto dos entrevistados revelam?

5.2.2 Cenário e fontes de dados

O Sistema VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) foi implantado no ano de 2006 com

o objetivo de monitorar continuamente a frequência e distribuição dos principais fatores determinantes das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nas 27 capitais do Brasil, pela realização de entrevistas telefônicas assistidas por computador em amostras probabilísticas da população adulta residente em domicílios servidos por linhas telefônicas fixas em cada cidade (BRASIL, 2007).

Os procedimentos de amostragem empregados pelo VIGITEL visam obter, em cada uma das capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população de adultos residentes em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada cidade, para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais, a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. Erros máximos de cerca de três pontos percentuais são esperados para as estimativas específicas, segundo sexo, assumindo-se proporções semelhantes de homens e mulheres na amostra (WHO, 1991).

A primeira etapa da amostragem do VIGITEL consiste no sorteio sistemático de 5.000 linhas telefônicas por cidade. Este sorteio, sistemático e estratificado de acordo com região ou prefixo das linhas telefônicas, é realizado a partir do cadastro eletrônico de linhas residenciais fixas das empresas telefônicas que cobrem as cidades. A seguir, as linhas sorteadas em cada cidade são re-sorteadas e divididas em 25 réplicas de 200 linhas, cada réplica reproduzindo a mesma proporção de linhas por região da cidade ou prefixo telefônico. A divisão da amostra integral em réplicas é feita, essencialmente, em função da dificuldade em estimar previamente a proporção das linhas do cadastro que serão elegíveis para o sistema (linhas residenciais ativas) e, portanto, o total de linhas a ser sorteado para se chegar a 2.000 entrevistas. No ano de 2008, a partir dos cadastros telefônicos das três empresas que servem as 27 cidades, foram sorteadas 106.000 linhas telefônicas (5.000 por cidade). No geral, foram utilizadas, em média, 20 réplicas por cidade, variando entre 17 réplicas em Belo Horizonte a 23 réplicas em Campo Grande.

A segunda etapa da amostragem do VIGITEL é executada em paralelo à execução das entrevistas, envolvendo, inicialmente, a identificação, dentre as

linhas sorteadas, daquelas que são elegíveis para o sistema, ou seja, linhas residenciais ativas. Não são elegíveis para o sistema as linhas que correspondem a empresas que não mais existem, ou que se encontram fora de serviço, além das linhas que não respondem a dez chamadas feitas em dias e horários variados, incluindo sábados e domingos e períodos noturnos, e que, provavelmente, correspondem a domicílios fechados. No ano de 2008, no conjunto das 27 cidades, o sistema VIGITEL fez ligações para 106.000 linhas telefônicas distribuídas em 530 réplicas, identificando 72.834 linhas elegíveis.

Para cada linha elegível, uma vez obtida a aquiescência dos seus usuários em participar do sistema, procede-se à enumeração dos indivíduos com 18 ou mais anos de idade que residem no domicílio e, a seguir, ao sorteio de um desses indivíduos para ser entrevistado. No ano de 2008, as ligações feitas para as 72.834 linhas elegíveis redundaram em 54.353 entrevistas completas, o que indica uma taxa média de sucesso do sistema de 74,6% (54.353 entrevistas realizadas para 72.834 linhas elegíveis), variando entre 70,1% no Rio de Janeiro e 84,7% em Palmas (BRASIL, 2009; BRASIL, 2010a, BRASIL, 2011b).

As entrevistas telefônicas realizadas pelo sistema VIGITEL no ano de 2010 foram feitas entre abril e dezembro de 2010 por uma empresa comercial de pesquisa de opinião sediada em Belo Horizonte. O questionário do sistema VIGITEL foi construído de modo a viabilizar a opção do sistema pela realização de entrevistas telefônicas feitas com o emprego de computadores, ou seja, por meio de perguntas lidas diretamente na tela de um monitor de vídeo e cujas respostas são registradas direta e imediatamente em meio eletrônico. O questionário permite, ainda, o sorteio automático do membro do domicílio que será entrevistado, o salto automático de questões não aplicáveis em face de respostas anteriores, a crítica imediata de respostas não válidas e a cronometragem da duração da entrevista, além de propiciar a alimentação direta e contínua no banco de dados do sistema.

Conforme já mencionado, este estudo foi composto de duas fases, a primeira fase, caracterizada pela realização de grupos focais, utilizou como cenário e fonte dos dados o VIGITEL, 2008 em Belo Horizonte, Minas Gerais. Optou-se por este recorte considerando que, em 2008, a pesquisa VIGITEL já

estava consolidada e com sua base de dados organizada, já que o projeto iniciou-se em 2006, estando os dados disponíveis no grupo de pesquisa.

Na segunda fase da pesquisa, destinada ao aprofundamento das questões com a realização de entrevistas abertas, em profundidade, utilizou-se como cenário e fonte dos dados o VIGITEL 2010, também em Belo Horizonte, Minas Gerais. Optou-se por este recorte considerando que as entrevistas por telefone do VIGITEL 2010 já tinham sido realizadas à época desta segunda fase de coleta. Além disso, a pesquisa VIGITEL já estava consolidada e com sua base de dados mais atual (2010) já organizada, permitindo assim o acesso a uma amostra mais atualizada dos sujeitos da pesquisa. Essas bases de dados foram fundamentais para a seleção dos participantes do eixo qualitativo aqui apresentado.

Considerando a importância epidemiológica das altas taxas de DCNT na região Sudeste do Brasil (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010b, BRASIL, 2011b), a necessidade de aprofundamento qualitativo das avaliações objetivas realizadas, o fato de que entrevistas em profundidade têm como critério a exaustividade e saturação dos dados e não a representatividade numérica ou espacial foi escolhida a cidade de Belo Horizonte como cenário para aproximação e aprofundamento das questões que respondem ao eixo qualitativo do referido estudo. Considerou-se, para essa escolha, o fato de o grupo de pesquisas responsável pela coleta dos dados qualitativos (NUPESC – Núcleo de Pesquisa em Enfermagem e Saúde Coletiva), coordenado pela Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas, trabalha com o grupo de pesquisas responsável pelo VIGITEL em Belo Horizonte, coordenado pelo Prof. Jorge Gustavo Velásquez Meléndez. Os dois grupos fazem parte da Escola de Enfermagem da UFMG, o que facilitou a organização da presente investigação.

Ressalta-se, ainda, que a opção por realizar tanto grupos focais como entrevistas somente em uma das capitais participantes fundamenta-se no fato de que pesquisas de cunho qualitativo não têm a pretensão de buscar resultados de caráter universal para uma determinada população que possa ser comparável com outras, mas de aprofundar o conhecimento sobre um objeto até que haja exaustividade das informações, o que lhe confere fidedignidade. Além disso, no projeto VIGITEL de Belo Horizonte, a partir de

então, foram incluídas, na proposta, análises qualitativas, nas quais esta investigação se inscreve. Espera-se que, a partir da avaliação dos resultados, possam-se incrementar pesquisas qualitativas no VIGITEL nas demais capitais do País.

5.2.3 População de estudo: Sujeitos e Coleta dos dados

5.2.3.1 Fase 1- Realização dos Grupos Focais

Para a primeira fase desta pesquisa, que consistiu na realização de grupos focais foram convidados, por telefone, adultos residentes no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, anteriormente entrevistados pelo VIGITEL 2008. A listagem da amostra era composta de 2.000 habitantes, constando, nome, idade e seus respectivos números de telefone. Essa foi reordenada em grupos por faixas etárias. Para o estabelecimento desse critério pressupôs-se a existência de características sociais e culturais intrínsecas e compartilhadas entre os sujeitos de cada faixa, que contribuem para dar sentido às formas de viver, correr riscos e se proteger, promover saúde, cuidar-se e cuidar dos outros.

A delimitação por faixa etária, com grupos formados por pessoas de 18 a 30 anos de idade, de 31 a 50 anos e de 51 anos ou mais, apoiou-se no pressuposto de que essas características sociais e culturais comuns e compartilhadas entre os sujeitos da mesma faixa, facilitariam, tanto a interação no grupo focal, quanto à verbalização de ideias e opiniões, sem desconsiderar possíveis inferências por gênero ou diferenças econômicas que pudessem existir entre os participantes. Porém, estes dois aspectos só foram considerados quando essas diferenças foram detectadas nas análises e não como pressuposto para dividir os grupos. Ressalta-se que as análises quantitativas realizadas pelo VIGITEL, consideram também outras faixas etárias, porque realiza análises estatísticas fundamentadas no conhecimento científico sobre os agravos e doenças, bem como em dados epidemiológicos anteriores, com variáveis objetivas e relativas às condições materiais de existência.

Foi prevista a realização de seis grupos focais (sendo dois grupos de cada faixa etária) com 6 a 10 participantes por grupo, constituído, portanto, por adultos de 18 a 30 anos, de 31 a 50 anos, e de 51 anos ou mais, totalizando-se entre 36 a 60 participantes. Para o fechamento da lista de convidados, por telefone, estabeleceu-se um número mínimo de 15 pessoas para cada grupo, considerando-se prováveis desistências no dia da realização do grupo focal.

Foram realizadas chamadas por ordem de aparecimento nas listas, com três tentativas para cada número de telefone, em horários e dias diferenciados, até se atingir o número previsto de sujeitos por grupo. Para se atingir o número final de convidados (n = 90 pessoas), foram contactadas 466 pessoas participantes do VIGITEL 2008.

Nos três dias anteriores à coleta de dados, os convidados foram recontactados, para confirmação da presença no dia do grupo; um sábado, para facilitar a participação dos mesmos. As ligações para o convite e para confirmação do grupo focal foram realizadas pelos pesquisadores do NUPESC (bolsistas de iniciação científica, mestrandos e doutorandos). A coleta dos dados por meio dos grupos focais ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2009, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Na coleta dos dados foi utilizada a técnica de grupo focal para tratar aspectos oriundos dos processos interativos (MORGAN, 1996), reveladores de representações. Esta consiste em dinâmicas para reflexão e discussão das questões em pauta, em profundidade, possibilitando avaliação de opiniões relativamente consistentes e compartilhadas, como oportunidade de debate sobre os cuidados em saúde, resultando em material rico para a análise proposta.

O grupo é tomado como unidade de análise da narrativa, considerando que as ideias apresentadas por um participante propiciam a construção da teia argumentativa do conjunto, explicitando representações sobre os objetos em foco (GONDIM, 2002; BUNCHRAFT; GONDIM, 2004). As discussões tiveram a seguinte questão indireta: *“Vamos conversar sobre seus modos de cuidar da saúde e da doença. Falem-nos sobre o que pensam das maneiras de promover saúde, sobre os problemas de saúde, seus riscos e a existência de cuidados em diabetes, hipertensão arterial, colesterol alto e outras doenças crônicas...”*

As discussões dos grupos foram gravadas em áudio, após consentimento livre e esclarecido por participante devidamente assinado, e, posteriormente, transcritas.

5.2.3.2 Fase 2- Realização das Entrevistas Abertas

Para a segunda fase desta pesquisa, que consistiu na realização de entrevistas abertas, em profundidade, foram convidados adultos (a partir de 18 anos), residentes no Município de Belo Horizonte e anteriormente entrevistados pelo VIGITEL 2010, para participarem da fase de coleta dos dados qualitativos, em forma de entrevista aberta.

As listas de participantes do VIGITEL 2010 residentes em Belo Horizonte foram organizadas por sexo e por faixas etárias, sendo no total três faixas etárias (18 a 30 anos, 31 a 50 anos e 51 anos ou mais). A estruturação e distribuição por faixa etária justificam-se pelo pressuposto de que as representações em torno da saúde e da doença são construídas ao longo da vida e podem, mais ou menos, ser compartilhadas entre os sujeitos de cada faixa etária, conforme já exposto no item anterior deste tópico.

Uma vez organizadas as listas de residentes em Belo Horizonte, participantes do VIGITEL 2010, por sexo e faixa etária, totalizaram 06 listas, sendo 03 de homens (18 a 30 anos; 31 a 50 anos e 51 anos ou mais) e 03 listas de mulheres (18 a 30 anos; 31 a 50 anos e 51 anos ou mais). Os sujeitos foram numerados em ordem crescente por lista, foi realizado um sorteio aleatório de 30 sujeitos de cada lista e os mesmos foram sendo convidados, nas diversas listas, até se completar 10 sujeitos por faixa etária que aceitassem participar da entrevista, sendo 05 homens e 05 mulheres. O grupo de entrevistados foi composto de **30 pessoas**, que aceitaram o convite para a entrevista. O contato telefônico com os sujeitos para agendamento das entrevistas foi realizado por uma enfermeira contratada pelo NUPESC especificamente para esta função no período desta fase da coleta.

Pela análise preliminar das 30 entrevistas realizadas, verificou-se que houve saturação dos dados por faixa etária o que permitiu o encerramento da coleta de dados com este número de entrevistas, uma vez que o objetivo já

teria sido alcançado pela suficiência dos mesmos para análise do objeto proposto.

As entrevistas foram individuais e realizadas pelos pesquisadores responsáveis do grupo (NUPESC), principalmente pela doutoranda responsável por este projeto, com questões abrangentes e também de relance, quando necessário, para manter o eixo da entrevista nos assuntos propostos (APÊNDICE 1).

Esta fase da coleta ocorreu no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012. As entrevistas foram realizadas na Escola de Enfermagem da UFMG e na residência e em horário pré-definido, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. Os sujeitos tiveram ajuda de custo para os deslocamentos (reembolso do valor do vale-transporte).

As entrevistas foram gravadas em áudio após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e, transcritas na íntegra para análise dos dados.

5.2.4 Aspectos Éticos

Em todas as fases desta pesquisa foram integralmente respeitados os aspectos éticos descritos na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996).

Os grupos focais foram gravados, após consentimento livre e esclarecido devidamente assinado e, foram integralmente transcritos para análise dos dados (APÊNDICE 2).

As entrevistas também foram gravadas, após consentimento livre e esclarecido, devidamente assinado, e, foram integralmente transcritas para análise dos dados (APÊNDICE 3).

Este projeto está inserido em um projeto macro do Núcleo de Pesquisas em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (NUPESC – UFMG) denominado Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, desenvolvido pelo grupo de pesquisas no conjunto dos projetos relacionados ao VIGITEL

aprovado pelo Parecer ETIC 552/08, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO 1).

5.2.5 Análise dos Dados

5.2.5.1 Análise dos Grupos Focais

A análise estrutural das falas dos grupos focais, fundamentada em Demazière e Dubar (1997), constou de três etapas, conforme Blanchet e Gotman (1992), sendo as duas primeiras organizadas utilizando-se o software NVivo 2007©.

A primeira etapa correspondeu à análise das falas de cada grupo, em dois momentos. O primeiro foi de leitura vertical, buscando-se o sentido global de cada uma. No segundo, de leitura horizontal, o texto foi numerado em sequências, fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significados em torno de cada objeto, como em um processo de desconstrução do 'texto' de cada grupo. Em seguida, as sequências foram agrupadas por assuntos tratados, apontando categorias 'empíricas' que foram nomeadas provisoriamente, tentando-se encontrar e reproduzir o trabalho de categorização que o grupo realizou (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

A segunda etapa consistiu em encontrar o que era comum e discordante no conjunto dos grupos, por meio de leitura transversal, resultando em reorganização das categorias pelo total dos grupos por faixa etária, que foram analisadas para explicitar as representações sobre os objetos da pesquisa (BLANCHET; GOTMAN, 1992).

A terceira etapa da análise incluiu a interpretação final dos pesquisadores, na qual categorias empíricas foram confrontadas com leituras e reflexões teóricas, emergindo as chamadas categorias analíticas (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

Ressalta-se que os pesquisadores realizaram as análises separadamente, havendo, em seguida, comparação entre as análises para "triangulação de investigador", conforme proposto por Denzin e Lincoln (2006) e o fechamento das categorias teóricas do conjunto dos achados.

5.2.5.2 Análise das Entrevistas Individuais

Para análise do material coletado nas entrevistas abertas e individuais também foi utilizado o método da Análise Estrutural de Narração, proposto por Demazière e Dubar (1997), apoiado em Barthes *et al.* (2001). Barthes *et al.* afirmam que tudo em uma narrativa tem significado e, portanto:

Compreender uma narrativa não é apenas acompanhar o desenrolar da história, é também reconhecer “estágios”, projetar os encadeamentos horizontais do “fio” narrativo sobre o eixo implicitamente vertical; ler (ouvir) uma narrativa não é apenas passar de uma palavra para outra, é também passar de um nível a outro. Desse modo, por mais completa que seja uma análise do conjunto vertical do discurso, para ser eficiente, faz-se necessário realizá-la horizontalmente, uma vez que o sentido não está ‘no fim’ da narrativa, ele a perpassa (BARTHES *et al.*, 2001, p.112).

Para apreender o significado, o sentido de uma fala, faz-se, então, necessário, ‘desconstruir’ o discurso, pois, na fala das pessoas, estão registradas as suas histórias, percepções e explicações acerca do mundo, contadas não de forma linear, mas entre idas e vindas do processo discursivo (DEMAZIÈRE; DUBAR, 1997).

A análise estrutural de narração valoriza, portanto, a teia de construção argumentativa dos sujeitos e não somente ilustrações ou partes consideradas pertinentes ao objeto em questão. Tudo tem importância na narração, fazendo com que a subjetividade se explicita na análise, pelos fatos narrados, explicações e julgamentos sobre eles. Os sujeitos, ao narrarem, estão interpretando o mundo, com disjunções e conjunções, explicitando coerências e contradições ao apresentarem seus pontos de vistas sobre os objetos.

Para identificar estas interpretações dos sujeitos, a análise estrutural das entrevistas também foi dividida em três etapas, conforme Blanchet e Gotman (1992).

A primeira etapa do trabalho corresponde à análise das falas de cada sujeito, separadamente. Nessa etapa, o primeiro momento é o de ‘leitura vertical’, no qual se buscou o sentido global de cada uma quando também noções e palavras que chamaram a atenção foram marcadas, permitindo

conhecer o “tom” da entrevista e indicando os ‘objetos de fala’ presentes. Num segundo momento, chamado ‘leitura horizontal’, o conjunto do texto foi numerado em sequências, fazendo surgir os enunciados que explicitam o campo de significados para a pessoa que fala em torno de cada objeto da fala, como um processo de desconstrução do conjunto do texto de cada sujeito (FREITAS, 1998). Em seguida, os objetos e suas explicações foram reagrupados, reorganizando-se as sequências por temas, na totalidade do relato, tentando-se encontrar, acompanhar e reproduzir o trabalho de categorização que o próprio entrevistado realizou, desvelando semelhanças e contradições nas falas dos sujeitos.

A segunda etapa consistiu em encontrar o que é comum e discordante no conjunto dos sujeitos, para agrupar e categorizar os significados explicitados, numa leitura chamada de ‘transversal’ por Blanchet e Gotman (1992). Nesta etapa, os objetos, argumentos e explicações de cada entrevistado foram agrupados em um só conjunto, que foram analisados para fazer emergir as representações, pelas categorias de julgamento sobre os objetos em foco (APÊNDICE 4 - EXEMPLO AEN).

Passou-se, então, à terceira etapa, denominada de teorização por Demazière e Dubar (1997), na qual as categorias surgidas na análise das entrevistas foram aprofundadas por leituras e reflexões teóricas do pesquisador, permitindo o confronto com outros achados sobre o tema por outros pesquisadores. Cabe informar que inicialmente a análise preliminar das entrevistas foi realizada por faixa etária para que ficasse garantida a saturação dos dados em cada uma delas.

Assim, cada entrevista individual gerou uma figura esquemática que desenha a respectiva trajetória de vida do sujeito (linha do tempo), contendo representações, que foram tratadas inicialmente como precursoras das categorias empíricas. Essas linhas do tempo permitiram visualizar as representações enquanto construções de uma temporalidade, auxiliando na sintetização dos achados para construção das categorias teóricas.

Após listar todas as representações encontradas nas trajetórias de vida dos entrevistados, conforme podem ser vistas nas respectivas linhas do tempo, essas foram agrupadas por similaridade e deram origem as categorias

empíricas. As categorias empíricas encontradas foram então listadas exhaustivamente com o objetivo de agrupá-las, para que melhores e mais coerentemente agrupadas emergissem as categorias analíticas ou categorias teóricas (APÊNDICE 5).

Realizamos ainda a descrição dos participantes com o objetivo de oferecer um detalhamento da evidência das entrevistas em um quadro disposto no apêndice (APÊNDICE 6).

PARTE II – RESULTADOS E DISCUSSÃO

“O senhor... mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam, verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra de montão”.

João Guimarães Rosa

CAPÍTULO 6: REPRESENTAÇÕES SOBRE PROTEÇÃO E RISCOS RELACIONADOS ÀS DCNT DOS GRUPOS FOCALIS

Do número previsto de 90 pessoas (45 homens e 45 mulheres) compareceram 61 participantes (33 homens e 28 mulheres) divididos em seis grupos focais: dois grupos com participantes da faixa etária de 18 a 30 anos (9 homens, 7 mulheres); dois grupos de 31 a 50 anos (10 homens, 9 mulheres); dois grupos de pessoas acima de 50 anos (14 homens, 12 mulheres).

As categorias que se seguem estão apresentadas pelos objetos centrais relativos à promoção e prevenção das DCNT, resultantes da análise estrutural de narração, explicitando as representações em torno do risco.

Vale ressaltar, conforme Kitzinger (1994) que resultados obtidos de grupos focais não traduzem roteiros, nem biografias individuais, tampouco o pensamento em momentos de maior intimidade, mas são capazes de nos fazer conhecer como o conhecimento e as ideias se desenvolvem e operam num dado contexto cultural. Assim, do conjunto dos grupos focais emergiram três categorias sendo uma para cada faixa etária:

- 1) É preciso viver: entre o prazer, a aventura e o destemor em face dos riscos (faixa etária 1 - 18 a 30 anos)**
- 2) Tornar-se adulto é viver contradições de forma (mais ou menos) consciente (faixa etária 2 – 31 a 50 anos)**
- 3) É preciso mudar de vida e saber se cuidar para ficar vivo (faixa etária 3 - 51 anos ou mais)**

Esse resultado corroborou o pressuposto de compartilhamento de ideias, pontos de vista e julgamentos de valor entre as faixas etárias.

6.1. É preciso viver: entre o prazer, a aventura e o destemor em face dos riscos

De maneira geral, entre os jovens de 18 a 30 anos, todos conhecem os riscos para Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT e sabem como devem preveni-las, representando os fatores de risco objetivos conhecidos como desencadeantes das mesmas, afirmando que “uma vida não regrada é uma vida de risco”. Porém, regrar-se traz o significado de ‘deixar de fazer coisas’, de suprimir prazeres para afastar-se dos fatores que podem levar ao adoecimento.

Assim, arriscar-se é, muitas vezes, inevitável, pois “já se nasce morrendo”, não havendo como se proteger de tudo, porque ‘não se pode escolher sempre’, sendo que ‘viver sem se arriscar não é possível’.

Vários estudiosos consideram a *sociologia do risco* uma esfera privilegiada das ciências sociais, pois aborda tanto a maneira pela qual os indivíduos se sentem ou não em perigo como a percepção que possuem do risco (PERRETI-WATEL, 2000; BECK, 2001).

Nessa vertente, Le Breton (2009) afirma que o risco é um aspecto inerente à condição humana, como corrobora os jovens da pesquisa. Para o autor, a vida cotidiana é multiplicadora de ocasiões de perigo, pelas escolhas feitas, por distração, esquecimento, negligência ou inépcia dos outros. Paralelamente, existem inúmeras precauções sociais ou pessoais que balizam a vida cotidiana, limitando a vulnerabilidade do sujeito e do coletivo.

Em situações nas quais há possibilidades de escolha, o grupo considera que os jovens, em geral, assumem posturas de risco de forma consciente. Relações sexuais sem preservativo, não se ter cuidado com a alimentação e com a prática de exercício físico, foram exemplos apresentados.

A representação de que ‘saber não é fazer’ é corrente entre os jovens, pois ter conhecimento do perigo não quer dizer que se vá, necessariamente, afastar-se dele, porque o ‘fazer’ é também para experimentar ou viver os perigos no limite máximo suportável. Ressalta-se que nos exemplos citados na narrativa do grupo sobre ‘maneiras arriscadas de viver’, os personagens envolvidos eram sempre outros jovens que não aqueles ali presentes. Constrói-

se, portanto, um discurso projetivo (Aiello-Vaisberg, 1995) para explicar certo risco na vida do jovem.

Para os dois grupos de jovens participantes da pesquisa, quando o sujeito reconhece o perigo, mas decide desafiá-lo, significa “tornar-se vulnerável a qualquer coisa”, mas acreditando ser invulnerável, sendo as representações de que “nada de ruim vai acontecer consigo” ou que “o jovem quer se sentir vivo”, provando ser mais forte que a morte. Além disso, consideram que correr risco é correr perigo, mas, muito vezes o fazem, ‘inconscientemente’, para depois se darem conta de que estavam experimentando algo para fugir de alguma realidade, alguma emoção, alguma dor. Nesse aspecto, as jovens mulheres pensam que os homens se arriscam mais, e ‘desnecessariamente’.

Pode-se constatar que o ‘mal estar da civilização’ se revela e é compreendido pelos jovens entrevistados, no mesmo sentido apresentado por Le Breton (2000). Para ele, condutas de risco de jovens apoiam-se em algum sofrimento pessoal, agudo ou difuso, sendo indicativas de uma desintegração, de ausência de suficiente gosto de viver, ou, por vezes, um último esforço do sujeito para que, “ao nascer de dentro do sofrimento, alcance um significado de si mesmo e retome o controle da própria vida”. Paralelamente, os jovens não possuem sobre a morte uma visão fatal e irreversível, sendo que têm tendência a se sentirem especiais, diferentes dos outros, à margem da lei comum. Considerando que a morte não pode atingi-los, eles testam-na, jogam com ela como com um parceiro perigoso, mas suscetível de proporcionar a estima por si mesmo (LE BRETON, 2009).

Os jovens entrevistados consideraram o risco como “necessário para que se aprenda a viver”, porque “sem risco, não há vida”, mas coexistindo com seu oposto, como vulnerabilidade e falta de cuidado face aos “perigos da vida”. As DCNT entram nessa linha com ambiguidades, tais como considerarem a atividade física como atividade puramente estética e perceberem-na, muitas vezes, pejorativamente, como coisa de “rico”, ou alimentarem-se em *fast-foods* mesmo considerando a alimentação perigosa.

Além disso, a representação original sobre DCNT dos jovens está relacionada à idade. Embora considerem que os hábitos sejam incorporados

desde cedo, acreditam que os riscos de adoecimento são maiores para as pessoas idosas. Porém, afirmam que, entre os jovens, há posturas de descaso com a própria saúde, representadas como 'perigo à espreita' que 'acabará aparecendo' com o avanço da idade.

Posturas de precaução e prevenção, segundo os grupos, fazem os jovens sentirem-se mais 'velhos', 'com a ideia de que a responsabilidade chegou', colocando-os, por exemplo, como protetores de amigos ou de conhecidos, menos 'ajuizados'. Ao mesmo tempo, os desejos de transgressão, ou de viver aventuras ou prazeres sem pensar no amanhã, além do necessário sentimento de pertencimento ao grupo de amigos, persistem, o que pode levar a 'abusos', acidentes e adoecimentos que foram raramente lembrados nessa fase da vida.

Para a maioria dos estudiosos da sociologia do risco (PERRETI-WATEL, 2000; BECK, 2001; LE BRETON, 2009), o significado de risco vai se alterando, ora deixando de lado a ideia de que é resultado de uma paixão singular, de um prazer que inaugura um modo de vida, ora define-se como exterior ao sujeito e a precaução torna-se norma, sendo socialmente aceitas as duas formas.

Em relação às DCNT, os jovens sabem dos riscos, mas não os incluem em suas próprias vidas porque não conseguem subjetivá-los em seus cotidianos, pois não os consideram como possíveis em sua faixa etária e não os relacionam a qualquer característica das chamadas classes sociais. Percebem a sociedade contemporânea como uma sociedade de risco, mas não integram esse saber e não modificam, ainda, as representações mais fortes sobre risco. Este resultado está em acordo com estudos de Beck (2002). Esse autor afirma que a sociedade sofre rápida modernização, acompanhada de um imaginário social de relativização de diferenças e de barreiras sociais, que multiplicam zonas de fragilidades, especialmente entre jovens.

Apesar disso, desde 2000, várias agências mundiais de saúde (HSFC, 1999) apontavam que os modos de vida e comportamentos aumentavam o risco de doenças crônicas, considerando que as alterações fisiopatológicas, mesmo que permaneçam assintomáticas, devem iniciar-se precocemente, considerando essencial que a prevenção dessas, começasse desde a infância.

A maioria dos jovens entrevistados está distante dessa prática porque representam que esse risco não é deles.

Isso se justifica, segundo Freire (2005), porque o homem na sua existência no mundo é capaz de fazer sua história, sem um futuro a priori. É uma anterioridade lógica e não cronológica no momento da juventude, o futuro vai existir, mas vive-se em risco, mesmo que essa postura favoreça, futuramente, a instalação de um agravamento à saúde.

6.2 Tornar-se adulto é viver contradições de forma (mais ou menos) consciente

Entre os participantes da pesquisa, de 31 a 50 anos, as análises mostraram que todos conhecem os riscos para DCNT e sabem como se deve preveni-las, tal como o grupo de jovens entre 18 e 30 anos. Ressalta-se que houve a definição de uma forma mais relativizada de risco, porque os adultos consideram que são os jovens que correm, de forma geral, maior risco na vida. A representação é de que o risco é uma conduta que coloca o indivíduo mais próximo da morte ou que facilita a ocorrência de agravos.

A representação central que organiza o pensamento do grupo, com disparidades entre o desejo e escolhas *versus* 'os fatos como se apresentam na realidade da vida', é a de que 'tornar-se adulto é viver contradições de forma mais ou menos consciente'.

A conscientização se dá por um processo gradual em que se busca a liberdade sem produzir a opressão (FREIRE, 1983). No contexto dos resultados, sentir-se oprimido para o adulto é não aventurar em riscos que fazem "parte de uma vida sem restrições".

Para esse grupo, suas ações incluem prevenir-se, mas com zonas de incerteza, porque 'não há como ficar longe de todo risco tendo uma vida normal'. Como exemplos de 'possibilidades que não são necessariamente saudáveis' citam a falta de exercícios físicos, o consumo de bebidas alcoólicas, considerado 'normal' e a alimentação inadequada, porque há um grande apelo nas interações sociais para isto, na sociedade atual e nessa faixa etária. Justificam-se, afirmando serem situações esporádicas, 'por não se querer

pensar nisto', e pelo prazer advindo de "certa falta de controle" individual. Porém, o grupo concordou que a consciência dos riscos ocorre efetivamente, no transcorrer dessa faixa etária, pois quanto mais jovem, menor é o 'controle' sobre 'os perigos da vida'.

Nessa perspectiva, Castiel *et al.* (2010) apontam a importância de reconhecer o risco como integrante das nossas subjetividades, considerando que à medida que o risco passa a ser inevitável e precisa ser incorporado ao cotidiano, o indivíduo o traz para dentro de si. Os resultados encontrados apontam para o fato de que a percepção de risco é uma questão de objetivação da subjetividade do sujeito e dos grupos, porém, o 'trazer' o risco existente para dentro de si não é um processo fácil. Os adultos da pesquisa mostram que há um desejo mais ou menos consciente de 'continuar fazendo como quando se era jovem', o que os faz também desafiarem os perigos.

Considerando, como Le Breton (2009), que a representação do risco é produto de aprendizagem sobre os limites percebidos pelo indivíduo e os impostos pela sociedade, verifica-se, neste grupo, que a percepção de estar em risco se modifica e parece implicar, nessa fase, uma mais forte conotação afetiva e intervenção do discurso social e cultural. O medo parece estar menos relacionado à objetividade do risco que ao imaginário produzido e induzido por ele, incluindo-se certo fatalismo em relação ao perigo. No caso das DCNT, as representações explicitadas nesse sentido foram de que "corre-se risco o tempo todo enquanto se vive" e "as medidas preventivas são ineficazes se há fator genético predisponente", o que pode resultar em baixa adesão a modos de vida saudáveis.

Então, consideram-se como pessoas que não abrem mão de certo desafio e querem conservar a representação de invulnerabilidade, mas incluem também as dificuldades de acesso aos bens sociais, como escola, lazer, trabalho, estrutura familiar, aceitação social, como aspectos condicionantes de risco em saúde. Nesse sentido, a alimentação foi apontada como o cuidado maior para prevenir as doenças cardiovasculares e, na diabetes, obrigatório, mas considerado difícil "porque não se pode ter vida social normal". A subjetividade em torno da alimentação parece medir forças com o

conhecimento objetivo da necessidade de cuidado em torno dela, para esse grupo.

Assim, a percepção do risco remete, profundamente, aos modos de vida, aos valores familiares e coletivos introjetados por cada um, sendo os riscos socialmente construídos, refletindo uma moral em ação e uma visão de mundo que fazem parte também da vida intrapsíquica (PERRETI-WATEL, 2000), ao mesmo tempo em que há reconhecimento da existência de um mundo externo, com seus riscos objetivos, como afirmam Latour (1993) e Beck (1999).

A representação do risco, apesar de vir do imaginário, não é uma 'fantasia' do sujeito, mas sua medida pessoal do perigo, não havendo erro ou deformação no momento da decisão, e sim, busca de uma significação própria, que sofre a influência também das trocas sociais. O sofrimento daquele que expõe regularmente sua vida ao perigo, em doses homeopáticas, é menos atribuível a uma situação concreta do que a um mal estar difuso e estacionário, como identificado no grupo mais jovem e também presente entre os adultos. Essas são posturas consideradas como comportamentos limite, ocorrendo quando o sujeito não ignora o risco, mas declara não poder mudar seu modo de vida (LE BRETON, 2009), mas termina por modificá-lo quando 'se vê confrontado à eminência da morte', como afirma o grupo dos adultos.

6.3. É preciso mudar de vida e saber se cuidar para ficar vivo

Para diminuir os riscos é necessário mudar de vida e saber se cuidar. Essas representações fundamentaram as discussões em torno do risco e das DCNT, no grupo dos participantes maiores de 51 anos, sendo acordada maior importância ao ato de modificar os hábitos de vida para prevenir ou controlar as doenças. Paralelamente, estão presentes representações de risco fortemente associadas à fatalidade e ao morrer "desde que se nasce", além de excessos como maior fonte de risco para a saúde, especialmente os relacionados à alimentação. No entanto, acreditam que 'depois de velho' é muito difícil mudar hábitos, tornando-se 'uma luta constante'.

Trata-se, nesses casos, segundo Le Breton (2009), de interrogar simbolicamente a morte para saber se vale a pena viver, sendo a resposta

mais comum o desejo de continuar vivo mesmo que, às vezes, a vida seja representada como um 'peso que se é obrigado a carregar'.

Castiel *et al.* (2010) alertam quanto a este tipo de ordenação operada pelo discurso de risco no cotidiano das pessoas, focado mais no viver mais do que na reflexão da finalidade do viver. Vaz *et al.* (2007) dizem, nessa linha, que o risco tornou-se uma forma simplificada e quase moral de dar sentido à vida, pois desvia o indivíduo de questionamentos sobre o que se quer, e o que é a vida, apostando no controle de evitar a morte, enquanto que o fato de ser mortal é exatamente o que pode levá-lo a construir um sentido positivo para a vida.

Sendo a vivência de doenças crônicas maior nesta faixa etária, as pessoas acima de 50 anos acreditam estarem mais expostas ao risco em situações como 'quando o aparelho de aferir a pressão não funciona' ou quando não se tem adequados hábitos de higiene e condições de moradia. A tuberculose (TBC) foi o exemplo geral dessa situação. Chama a atenção o fato de que o grupo foi categórico em continuar discutindo a transmissão da TBC, mesmo sabendo que se tratava de uma doença transmissível, ao falar de riscos em DCNT, e insistiam na obrigação do tratamento pelas pessoas com TBC devido ao risco de 'passarem a doença para os outros'. O medo de doença fundado no terror das antigas doenças epidêmicas são representações persistentes, independentemente do conhecimento científico e informações que circulam na mídia, serviços de saúde, famílias, etc (GRMEK,1995).

Um modo de vida insalubre, o *stress*, o desconhecimento do estado de saúde foram apontados como sérios riscos para o agravamento das DCNT, enquanto o uso correto de medicamentos e a prática de exercícios físicos representam sua prevenção.

O risco é compreendido, então, como contingência do mundo, inserido em uma trama difusa, ou como responsabilidade individual, diluída em um amplo espectro social (BECK, 2001), de forma mais acentuada pelas pessoas acima de 50 anos que participaram da pesquisa.

As representações que relacionaram riscos em saúde com acesso aos bens sociais em um país com má distribuição das riquezas e expressiva desigualdade social, foram expressivamente fortes nesse grupo, sem que

houvesse um consenso sobre o assunto. Referências tanto à obrigação do Estado em prover saúde com políticas públicas voltadas “às necessidades dos idosos” de forma igualitária, como ‘cada um colhe o que planta’ ou ‘desde cedo, cada um tem que se virar para ter o que precisa’, explicitando-se oposições ancoradas nas diferenças de renda e consumo, sendo que aqueles aparentando ter maior renda eram mais resistentes em aceitar que o outro pudesse ter o mesmo acesso que ele.

Apesar disso, pode-se afirmar, com os resultados desvelados, que há uma reconstrução que se faz sobre si mesmo e sobre os outros em relação ao risco, que deve ser levada em conta para enfocar riscos em saúde, tanto do ponto de vista da individualidade do sujeito como coletivamente.

Modelos centrados em comportamentos fracassam, frequentemente, porque buscam convencer sujeitos a modificarem comportamentos considerados prejudiciais ou arriscados à saúde e à vida, acreditando-se que a informação está no centro, quando ela é somente parte de um processo para se reconstruir representações, em meio à subjetividade e uma racionalidade limitada quando se trata de riscos e, especialmente, de riscos em saúde.

Ressalta-se que a disposição de assumir riscos, de recusá-los ou ignorá-los, parece mesmo depender da faixa etária. Essa disposição está inscrita nas experiências acumuladas dos sujeitos, e se relacionam com o imaginário social sobre o que se é permitido ou proibido para cada faixa. A medida objetiva do risco aparece como uma ficção política e social nutrindo-se de um debate permanente entre os diferentes atores sociais, pois implica consequências econômicas e sociais por vezes consideráveis, sem, contudo, explicitar a implicação da subjetividade de cada um para mediar posturas de mais ou menos solidariedade, mais ou menos cuidado consigo ou com o outro, ou mais ou menos temor e desafio em face dos riscos reais e imaginários (LE BRETON, 2009).

Assim, pode-se afirmar que adesão a modos de vida saudáveis é também, uma construção social dependente das representações sobre risco em saúde, compreendidas ao longo da vida porque os sujeitos acumulam uma ‘bagagem psicossocial’, pelas vivências e interações, que se renova e se

reconstrói, sendo as representações expressão dessa bagagem (FREITAS, 1998; FREITAS *et al.*, 2008; FREITAS, 2010).

Os homens, ao terem consciência de sua atividade e do mundo em que estão, ao atuarem em função de finalidades que propõem e se propõem (Freire, 1983; Freire, 2000), podem ou não se submeter a riscos, mesmos conscientes como denotam os resultados deste estudo.

Os resultados apontaram, portanto, que a prevenção das DCNT depende das representações sobre risco, individuais e de grupos sociais, como aqueles por faixa etária. Entende-se que os riscos são parte e estão presentes nas diversas dimensões da existência humana, tanto aquelas de natureza interna ao sujeito como as externas do contexto de vida. Ao longo da trajetória do sujeito, as escolhas vão sendo realizadas e moduladas pelos contextos e pelos imponderáveis da vida, fundamentadas nas representações agregadas nesse mesmo percurso. Essas, concentram as formas de lidar com a saúde, para todas as faixas etárias, dizem respeito a certa necessidade de transgressão ou desejo de viver prazeres e aventuras, que perduram, mais ou menos, ao longo da vida, e à impossibilidade de se pensar em saúde constantemente no cotidiano, o que se opõe, fundamentalmente, ao modelo prescritivo das ações de saúde ainda existentes.

Ao se apropriarem destas expressões da subjetividade, como as representações, ações e políticas públicas poderão intervir para assegurar integralidade na produção da saúde. O desvelamento de representações permitirá novas reflexões e escolhas que podem resultar em modos de vida mais saudáveis, sem imposição de normas que não serão seguidas, mas respeitando-se o tempo e o percurso dos sujeitos e da coletividade. Cuidados preventivos para uma vida saudável nem sempre são prioridades para as pessoas porque podem ser opostos ao que se considera prazer. A culpabilização do sujeito como único responsável por sua saúde e a prescrição de normas 'rígidas' porque são científicas, parecem ser mais favoráveis a uma maior transgressão, do que o alcance da autonomia prevista na promoção da saúde como política pública.

CAPÍTULO 7: RISCO, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE FACE ÀS DCNT, NAS MANEIRAS DE VIVER E CUIDAR DA SAÚDE DOS ENTREVISTADOS

Comentários sobre o conjunto das entrevistas

As entrevistas foram realizadas nas residências dos participantes, no período de novembro de 2011 a janeiro de 2012. O primeiro contato foi telefônico, estabelecendo o convite à participação. Porém, muitas pessoas não foram localizadas, outras se negaram a participar, outras não apresentaram disponibilidade. Percebeu-se certa desconfiança das pessoas neste primeiro contato, no entanto, à medida que a conversa evoluía e esclareciam-se as dúvidas, já se dissipava este sentimento.

No contato pessoal observou-se, de fato, muita disposição dos sujeitos em participar da pesquisa, especialmente entre os sujeitos das faixas etárias 2 e 3 (acima de 31 anos). Na maioria das entrevistas realizadas estabeleceu-se uma relação empática entre pesquisador e entrevistado, o que possibilitou um ambiente confortável e uma dinâmica fluida da entrevista, tornando-a o mais natural possível. Em muitas pessoas entrevistadas percebeu-se o sentimento de importância em contribuir com uma pesquisa sobre os modos de viver e cuidar da saúde. As pessoas da faixa etária mais jovem (18 a 31 anos), especialmente as do sexo feminino, foram as que apresentaram maior dificuldade de interação com o(s) pesquisador(es), apresentando-se mais tímidas, reservadas e menos à vontade que os outros sujeitos observados nas entrevistas.

Conforme já mencionado na metodologia, realizamos a descrição dos participantes, com o objetivo de oferecer um detalhamento da evidência das entrevistas em um quadro disposto nos apêndices (APÊNDICE 6). Essa descrição dos participantes foi realizada por idade, gênero e identificação do sujeito na pesquisa. A cada um dos entrevistados foi designada uma identificação com a letra E (de entrevistado) e um número, que variou de 1 a 30 (conforme a ordem cronológica em que aconteceram as entrevistas). Então, E1 foi a identificação que designou o primeiro sujeito entrevistado, e assim

consecutivamente foram sendo identificados, sendo E 30, o último sujeito entrevistado.

Percalços para a construção das Categorias Teóricas

Apesar do ativo entrosamento na maioria das entrevistas realizadas, foi experimentado um leve sentimento de frustração nas primeiras abordagens, devido à evasão em algumas respostas, e certa imaturidade do próprio pesquisador ao imaginar que encontraria prontas, nas falas das pessoas, as representações dos sujeitos.

Contudo, o trabalho de análise mostrou rapidamente a ilusão acima apresentada e sua superação, devido à utilização do método proposto pela Análise Estrutural de Narração. Cada entrevista resultou em uma linha do tempo (trajetória de vida) de cada entrevistado, explicitando, ao longo, as representações desveladas. Estas representações foram tratadas como categorias empíricas, que confrontadas no conjunto dos participantes, propiciaram a construção das categorias teóricas que dizem respeito aos seus contextos de vida, riscos e modos de viver e cuidar da saúde.

As linhas do tempo: trajetórias de vida e representações

A partir da Análise Estrutural de Narração (AEN) de cada uma das 30 entrevistas, conforme pode se ver no Apêndice 4, foram construídas linhas do tempo com as representações encontradas. Cada linha do tempo configura-se como uma figura esquemática que representa a trajetória de vida dos entrevistados, contendo pontos de vista e julgamentos de valor que variam, bem como os respectivos contextos, ao longo da vida. Esses julgamentos de valor são as representações de cada um dos sujeitos, e suas modificações revelam a temporalidade da construção social dos valores e pontos de vista durante a trajetória de vida.

Assim, os desenhos permitem visualizar as representações como construções de uma temporalidade. Após listar todas as representações encontradas nas trajetórias de vida dos 30 entrevistados, conforme podem ser

vistas nas respectivas linhas do tempo, essas foram agrupadas por similaridade e deram origem à uma lista de representações. Essas foram, então, reorganizadas exaustivamente com o objetivo de agrupá-las por tema. Ao serem coerentemente agrupadas permitiram o surgimento das categorias empíricas, e em sequência as categorias empíricas permitiram a visualização de grandes categorias ou categorias teóricas (APÊNDICE 5).

Construção das Categorias

Detalhadamente, para início do trabalho foram analisadas as representações encontradas nas linhas do tempo e organizadas por objetos que sintetizassem os conteúdos encontrados, que intitulamos objetos temáticos. Esses foram definidos como **Cuidado e promoção da Saúde, Saúde e Doença, Risco**. Em torno destes, foram explicitadas as representações por similaridade do tema, teor ou tônica tratados. Assim, cada objeto temático foi subdividido conforme a existência de representações que fizessem necessária essa reorganização, sem contudo, nomearmos essas subdivisões. A fim de permitir ao leitor um melhor entendimento e visualização da análise realizada, ao lado de cada representação citada aqui no texto, há, entre parênteses, a identificação dos sujeitos que a partilham. Encontram-se também, ao final das análises dos objetos temáticos, as linhas do tempo dos sujeitos que revelaram tais representações. Assim, a análise se processou conforme pode ser observado nos resultados e acompanhado pelo Apêndice 5.

7.1 Cuidado e promoção da saúde

O conjunto dos entrevistados reconhece a alimentação como centro da promoção da saúde e referem que uma alimentação saudável é composta de alimentos 'naturais' (E4, E6, E8, E11, E12, E19, E20, E24, E29, E30).

Alguns sujeitos atribuem sentido à adesão a modos de vida saudáveis desde a idade mais jovem, considerando como objetivo um envelhecimento

melhor e isento de complicações decorrentes de doenças crônicas (E3, E16, E18).

A análise do conjunto das entrevistas permitiu visualizar que a adesão a modos de vida saudáveis, a disposição para o cuidado e autocuidado são constructos sociais adquiridos ao longo da vida e que as pessoas mais aderentes à ideia de promoção da saúde, são na realidade aquelas que desde a sua infância tiveram essa experiência, ou seja, aprenderam a se cuidar e a adotar hábitos saudáveis, tendo isso como um julgamento de valor introjetado desde cedo em suas vidas (E3, E6, E4, E8, E12, E16, E19).

Cuidado com a saúde é alimentação e atividade física (E4, E6, E8, E11, E12, E19, E20, E24, E29, E30).

É importante cuidar da saúde para envelhecer bem (E16).

Essas regras foram aprendidas. Nunca foi permitido excessos. Minha mãe sempre me ensinou isso (E16, 42 anos).

Tem coisa que não se aprende na escola, é dentro de casa e depende da disposição para pegar ou não a lição de vida (E12).

Cuidar-se exige mudança interior e disposição em criar novos hábitos ou modificar hábitos arraigados, o que exige muita luta (E19).

O ambiente molda a pessoa, influencia no bem estar, na qualidade de vida e define a disposição para o autocuidado (E11, E12, E 19).

Em várias entrevistas ficou evidente que em contextos sociais e materiais de extrema pobreza, conforme relatado por alguns sujeitos (E1, E13, E15, E18) não houve nem aprendizado, nem acesso ao cuidado. Observou-se, nessas trajetórias, que, geograficamente, elas tinham zonas rurais como cenário. Os dados das entrevistas revelam que para os sujeitos a “roça” é entendida como local de condenação a uma vida miserável, pela extrema pobreza e vulnerabilidade social que vivenciaram. Em contraponto, alguns entrevistados, mesmo sendo do interior, ou tendo vivido na roça, mas com contextos sociais melhores, reconhecem o espaço rural como um local

saudável por fornecer grande quantidade de alimentos de boa qualidade e 'naturais' e que, segundo seu entendimento, são saudáveis (E4, E20).

Num contexto social e material de falta, há vulnerabilidade e não há cuidado à saúde (porque não há aprendizado) (E1, E13, E15, E18).

Na roça não se aprende nada sobre cuidar da saúde, fica-se nas mãos de Deus (E13, E15, E18).

Cuidado é aprendido e acesso (à Atenção Básica) na cidade; na roça tudo é mais difícil (E1).

O aprendizado desde a infância como base para o cuidado e promoção da saúde foi a primeira categoria empírica desvelada:

- **Aprendizado desde a infância como base do cuidado e promoção da saúde;**

O conjunto das entrevistas revelou que o modelo centrado no consumo de consultas médicas e na realização de exames complementares para diagnóstico predomina como o modelo de cuidado. Para a maior parte dos entrevistados, cuidar-se significa ir ao médico e fazer exames regularmente, corroborando a perpetuação desse modelo assistencial e da cultura médica, conforme pode ser visualizado na figura esquemática das respectivas linhas do tempo, logo ao final deste item.

Mais é ir no médico mesmo, que a gente ia em médico, essas coisas assim. O resto é se alimentar bem, procurar comer muita verdura, essas coisas. Fora isso, o normal é ir ao médico mesmo (E20, 48 anos).

Eu já comecei a cuidar há alguns anos, principalmente porque eu tenho minha mãe que é diabética, é hipertensa e tem colesterol alto. Aí, faço, então, os check-ups anuais (E16, 42 anos).

Tenho uma boa alimentação, vou ao médico periodicamente, não espero a coisa piorar. Estou sempre fazendo exames... me cuido sim (E14, 38 anos).

Cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente (E2, E7, E9, E11, E14, E16, E20, E25, E27).

A segunda categoria empírica desvelada se refere à hegemonia do modelo médico centrado, nas representações e práticas de saúde dos sujeitos. Essa última representa uma dicotomia, um contrassenso dentro do que se propõem em termos de políticas promocionais de saúde e empoderamento:

- **Descompasso entre promoção da saúde e cultura médica ainda imperativa nas práticas de saúde e na concepção de cuidado dos entrevistados;**

O conjunto das entrevistas revelou que há diferentes concepções e objetivos para o cuidado e a promoção da saúde em cada faixa etária, corroborando os achados deste trabalho no conjunto dos dados obtidos dos grupos focais. Há a persistência da ideia de que jovens se cuidam pensando na estética (E19, E29), e que idosos precisam se cuidar, pois temem as complicações decorrentes das doenças crônicas (E3, E7), conforme pode ser visto nas respectivas linhas do tempo, abaixo.

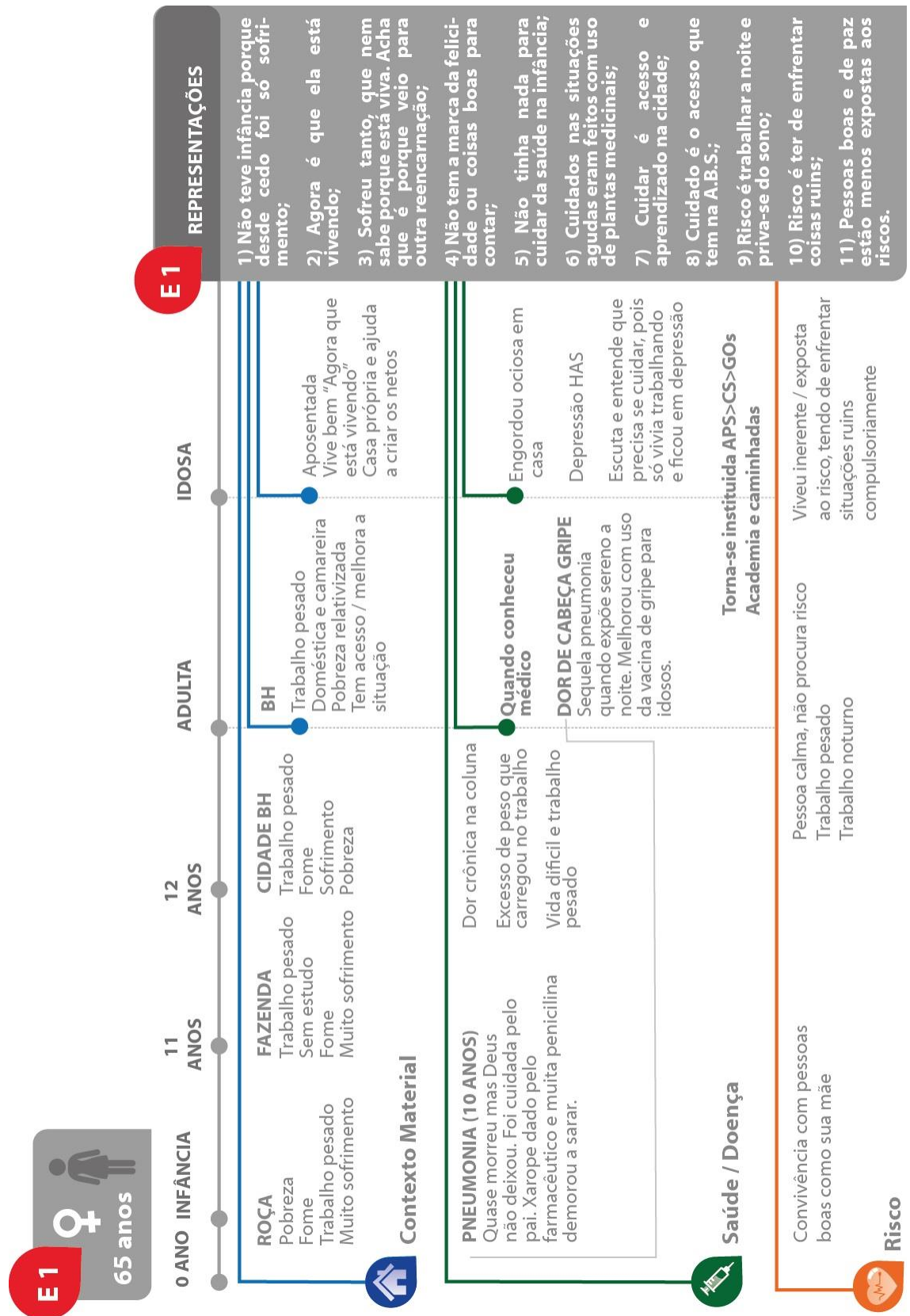
Cuidado à saúde varia conforme a faixa etária. Cuidado com a saúde e alimentação é para fins estéticos (25 anos), o resto é consequência, pois a consciência das DCNT só vem depois dos 40 anos (E19, E25, E29).

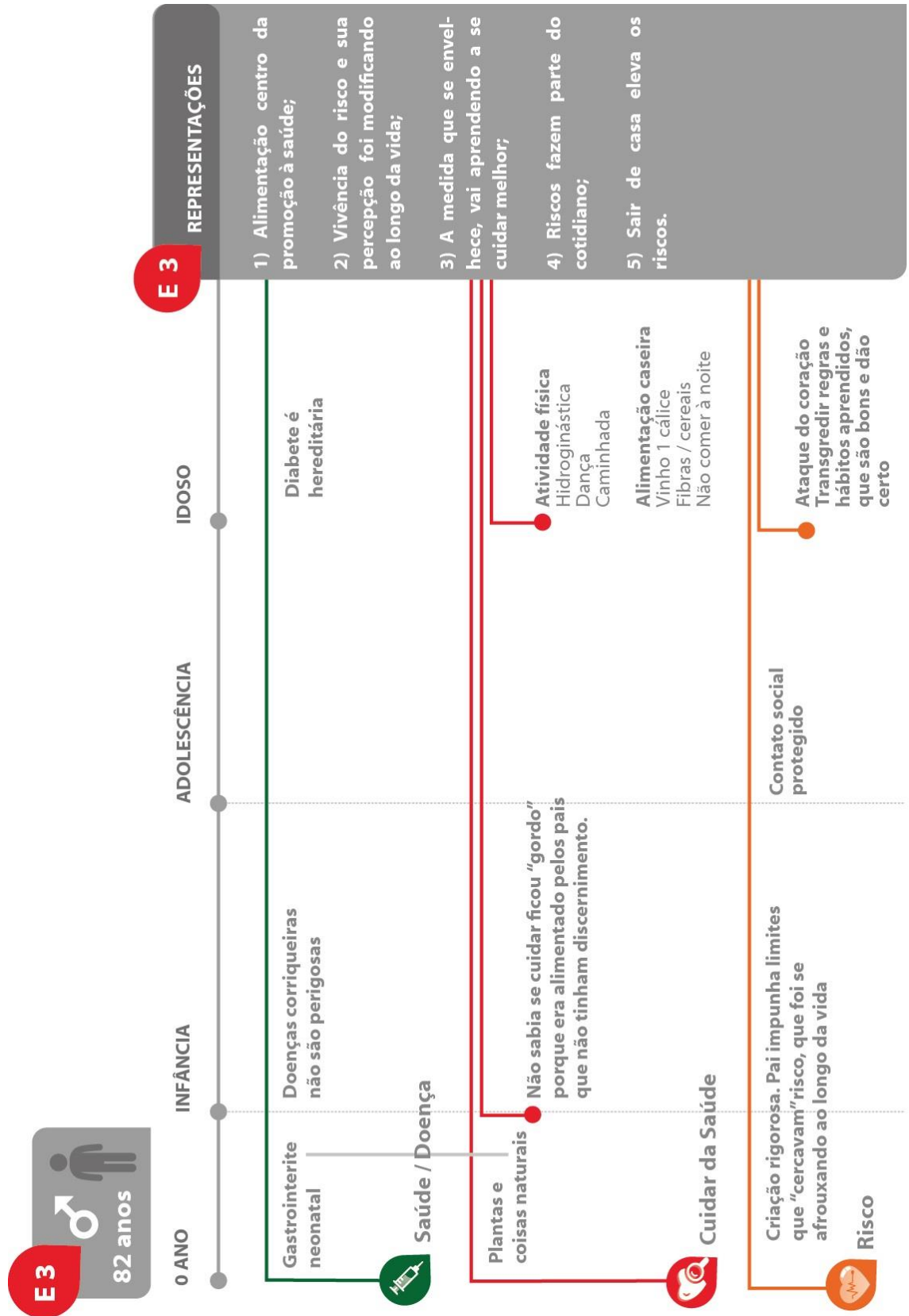
À medida que se envelhece, aprende a se cuidar melhor, o cuidado e autocuidado melhoram com a idade (E3, E12, E16).

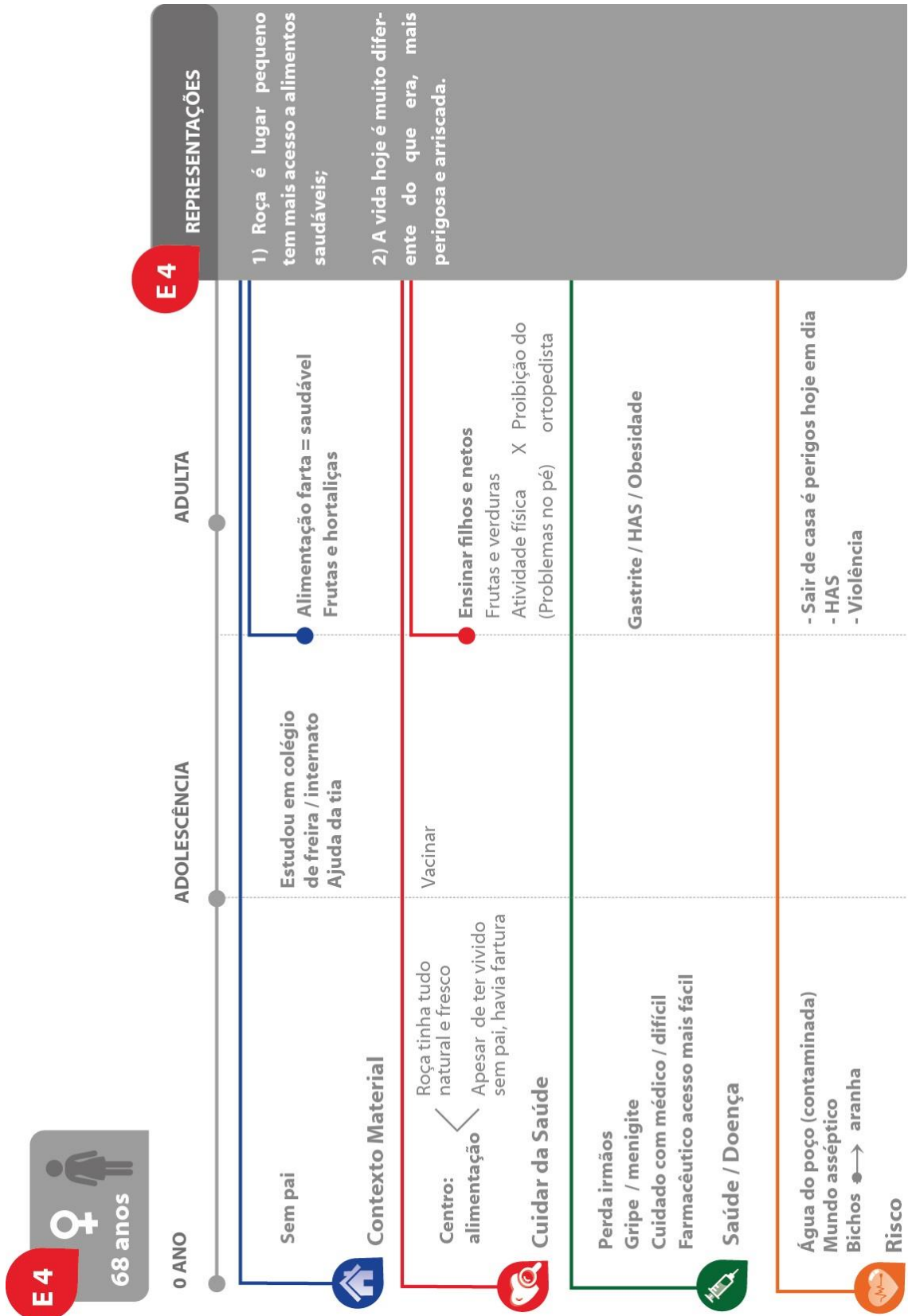
É preciso se cuidar nesta idade (82 anos), pois há mais risco de ataque cardíaco e complicações (E3).

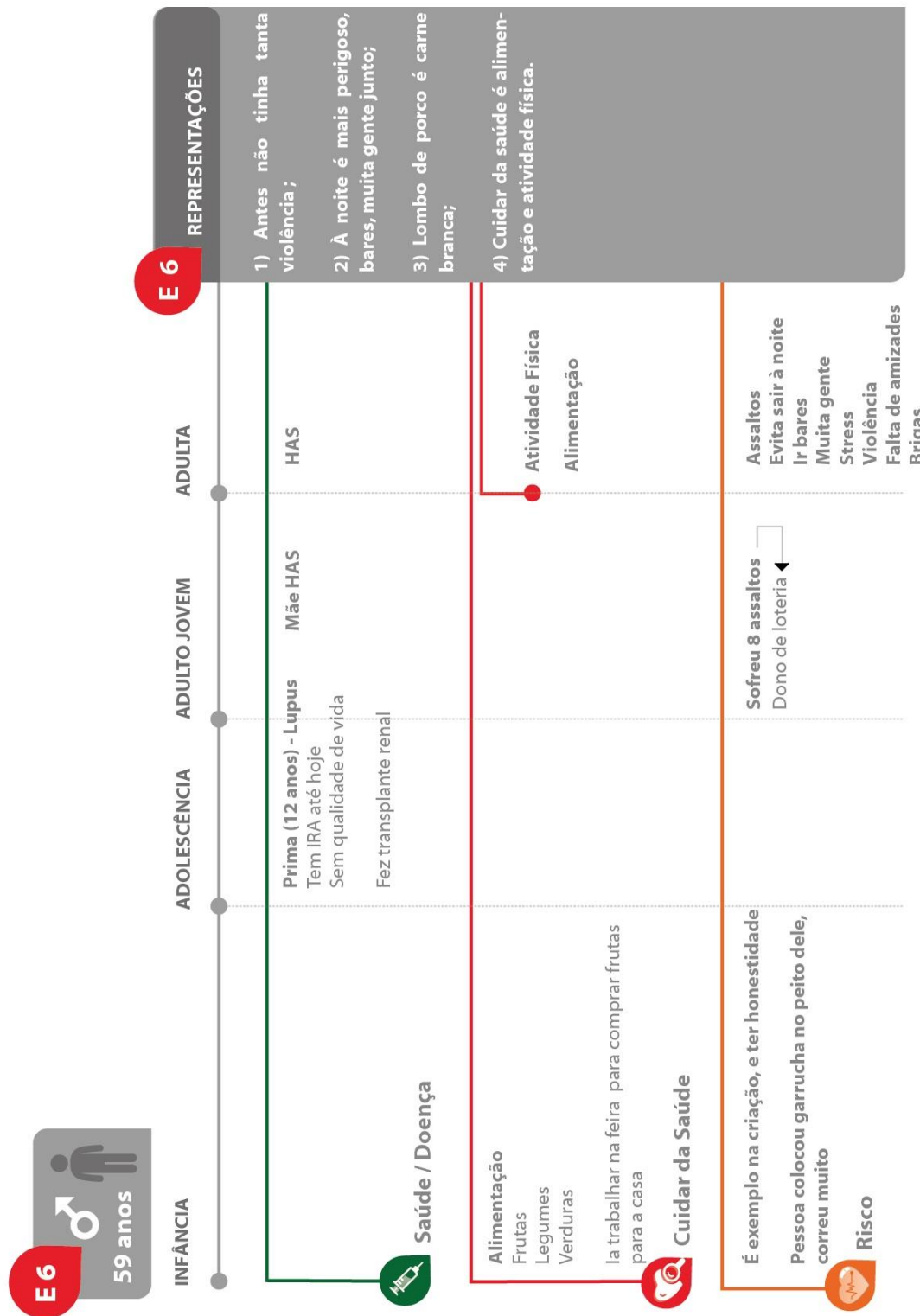
As importantes diferenças nas maneiras de conceber e promover a saúde conforme cada faixa etária, permitiram o desvelamento da terceira categoria empírica:

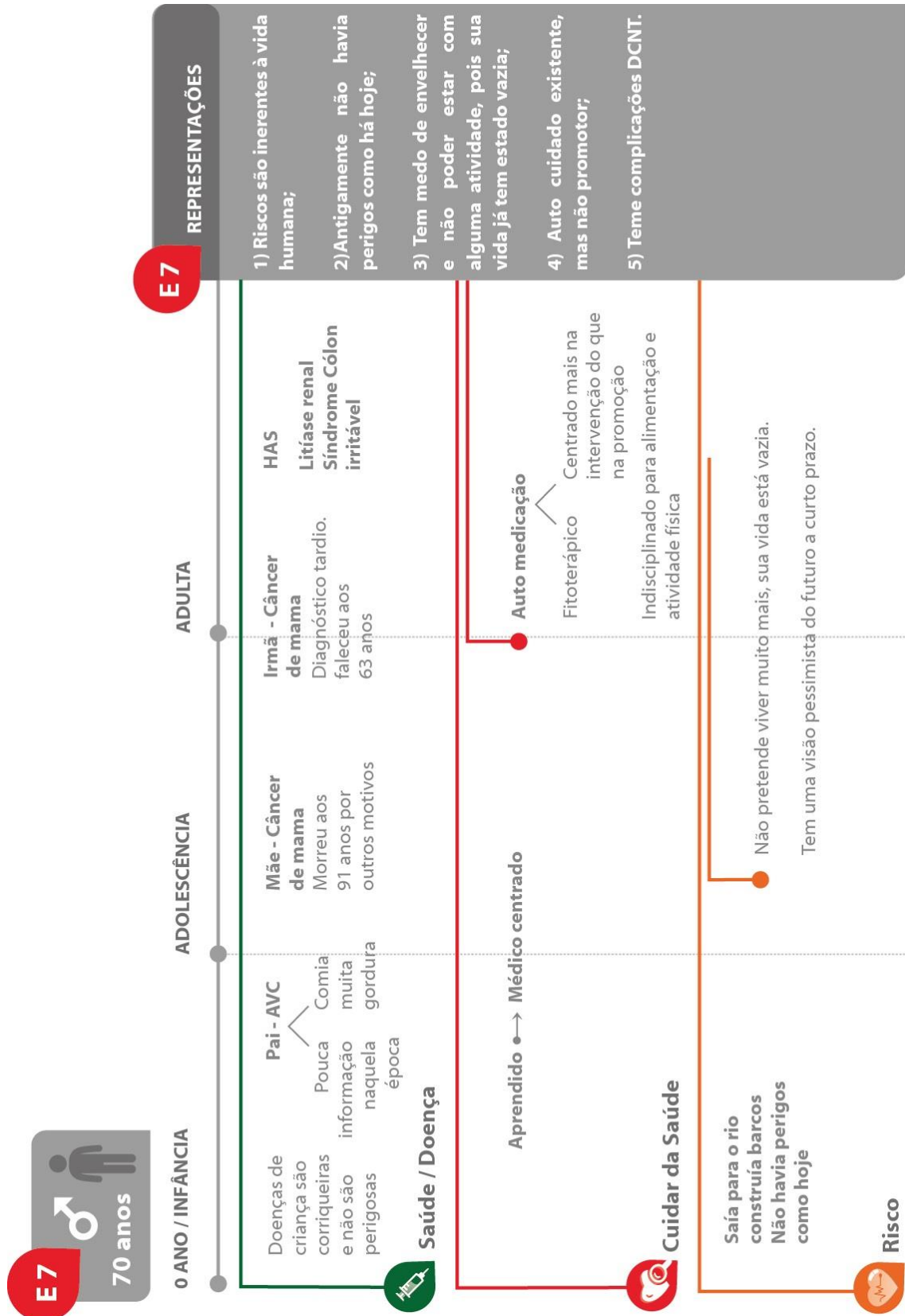
- **Diferenças na concepção e no objetivo da promoção da saúde por faixas etárias;**

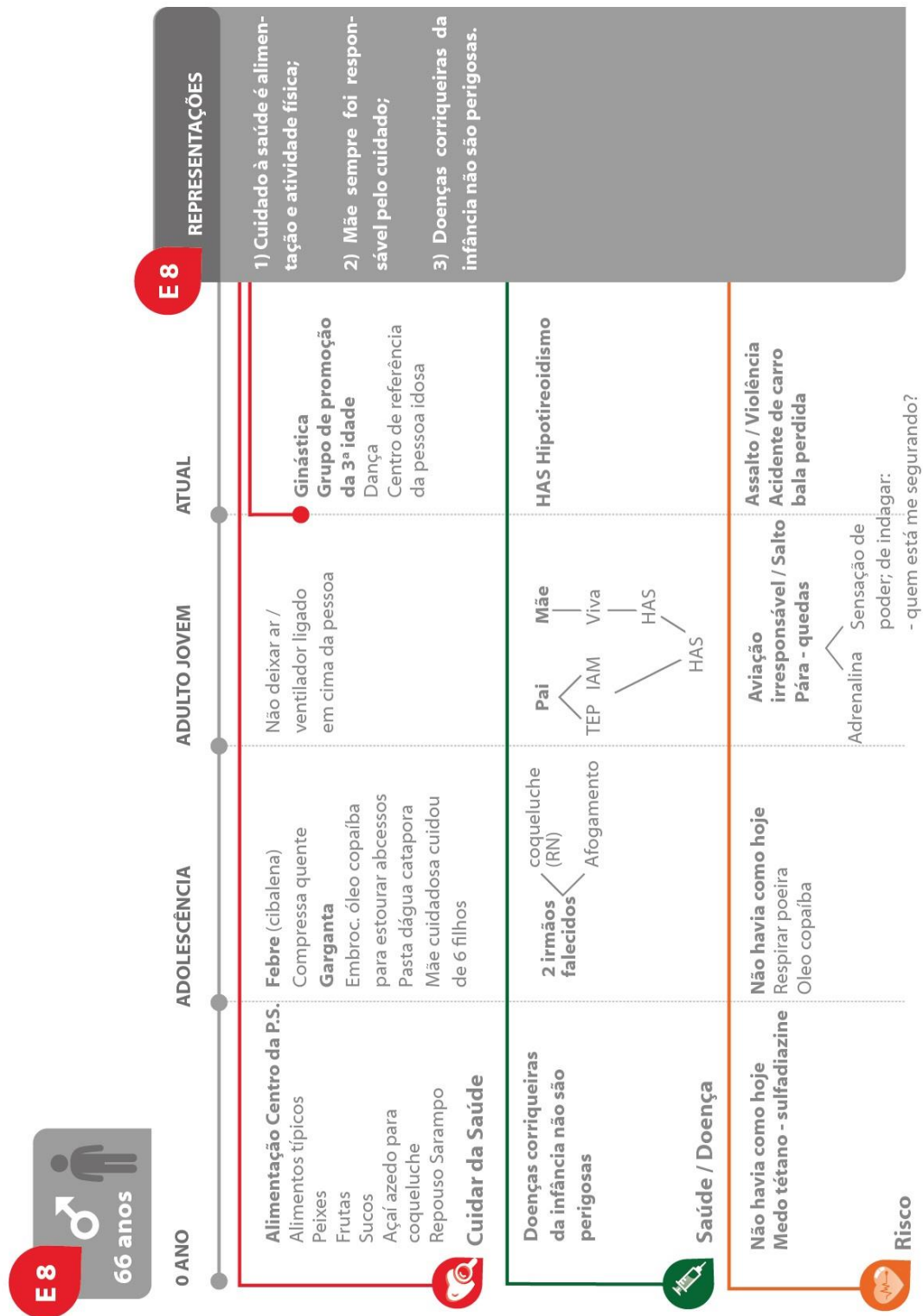


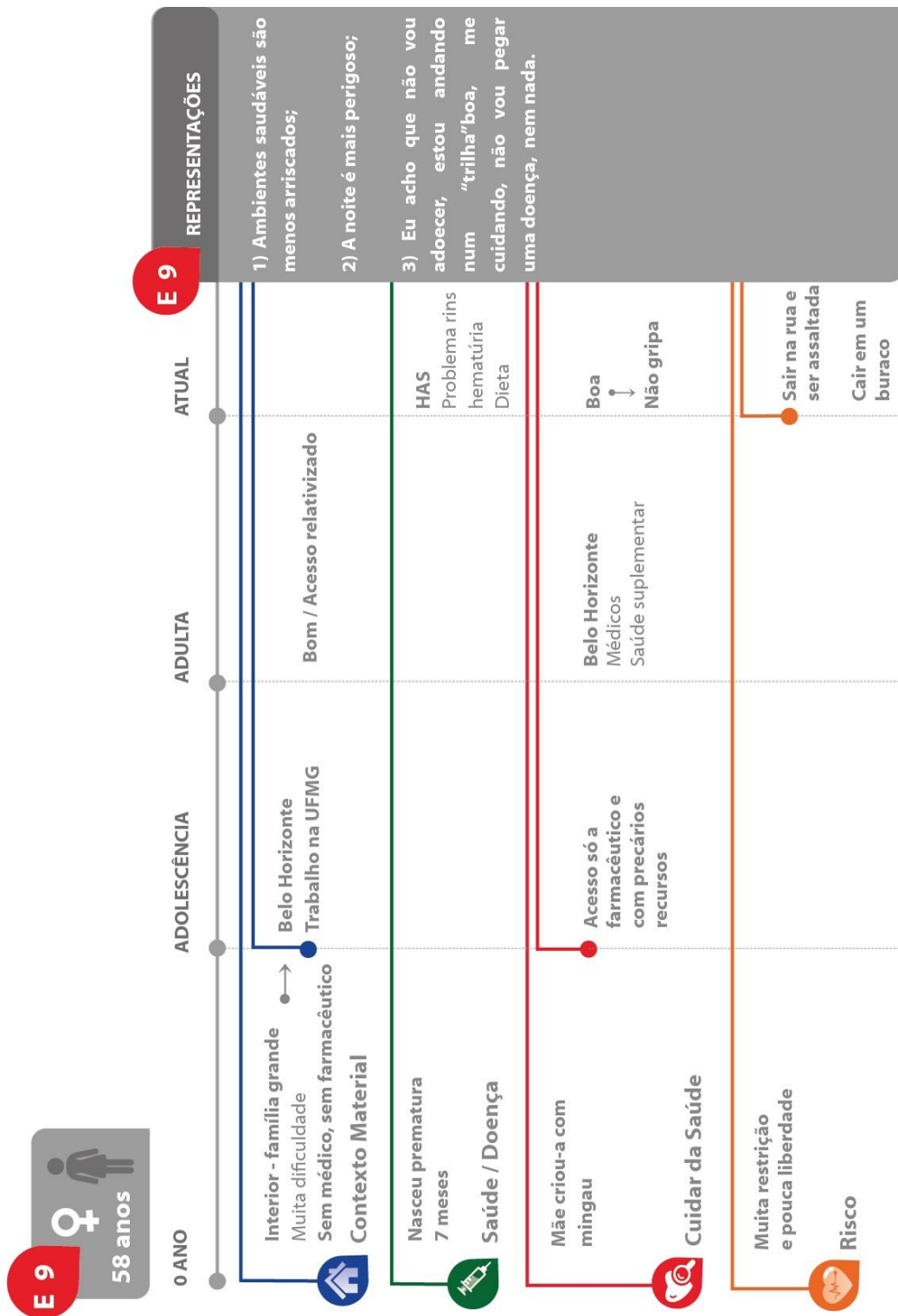


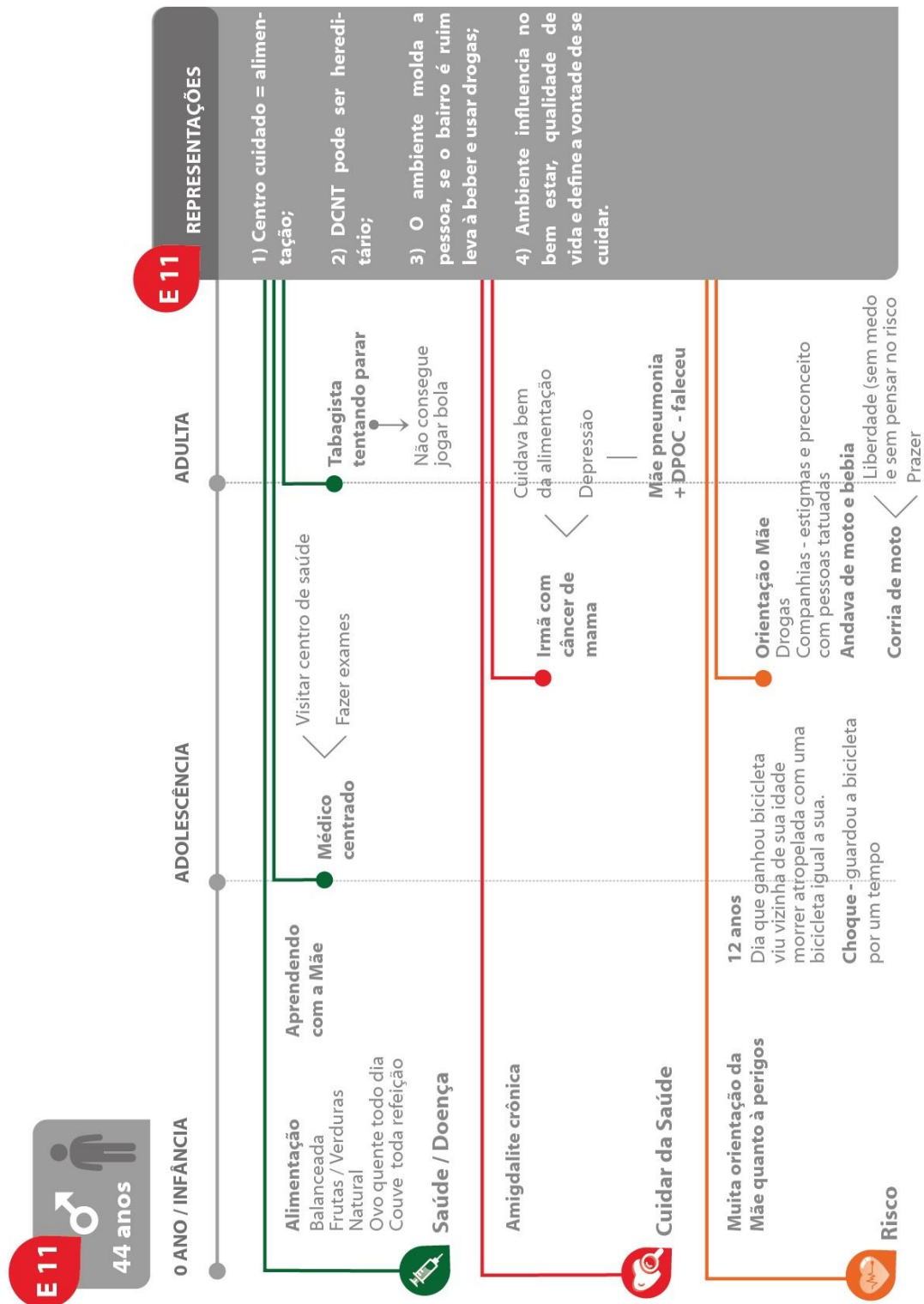


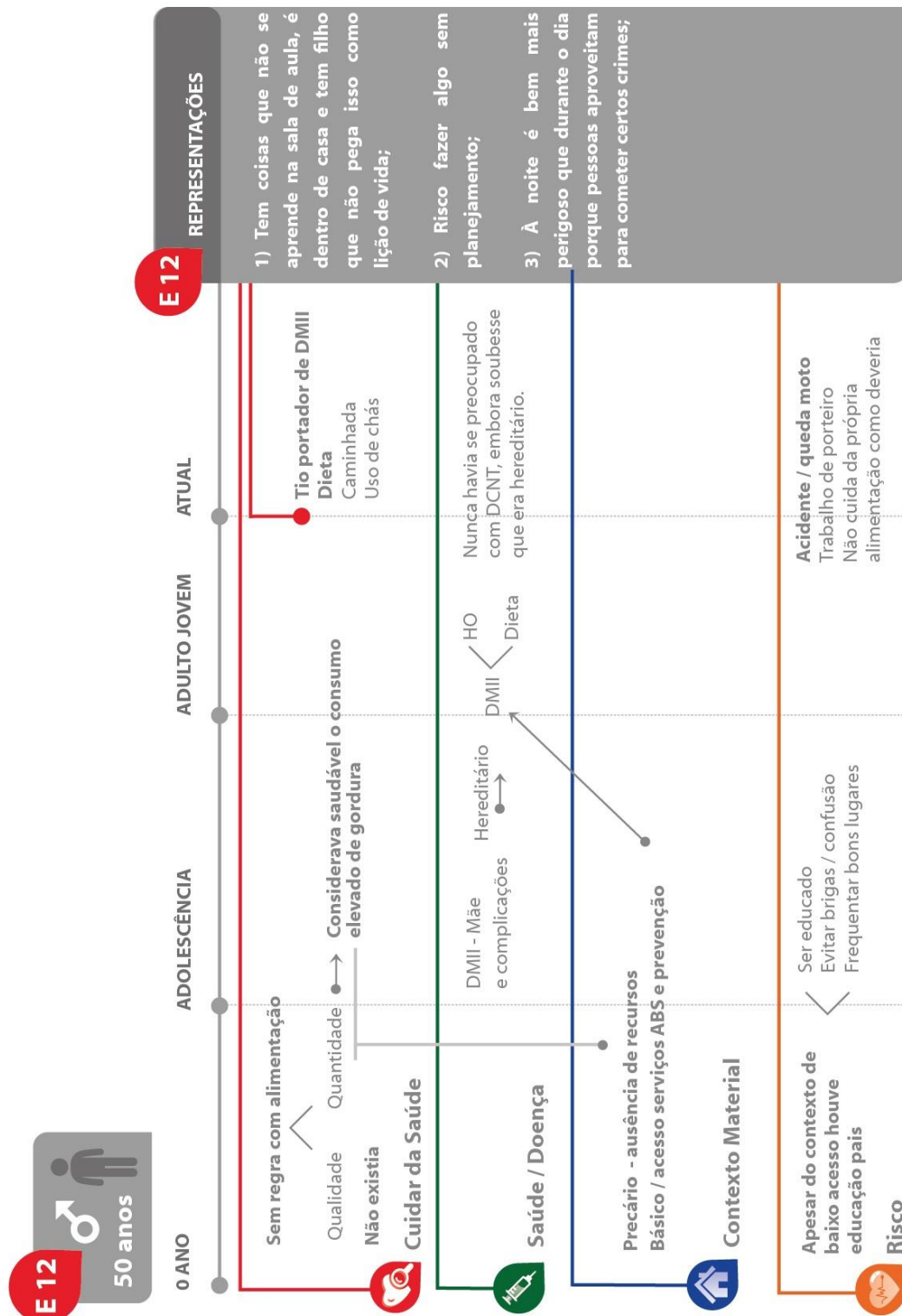


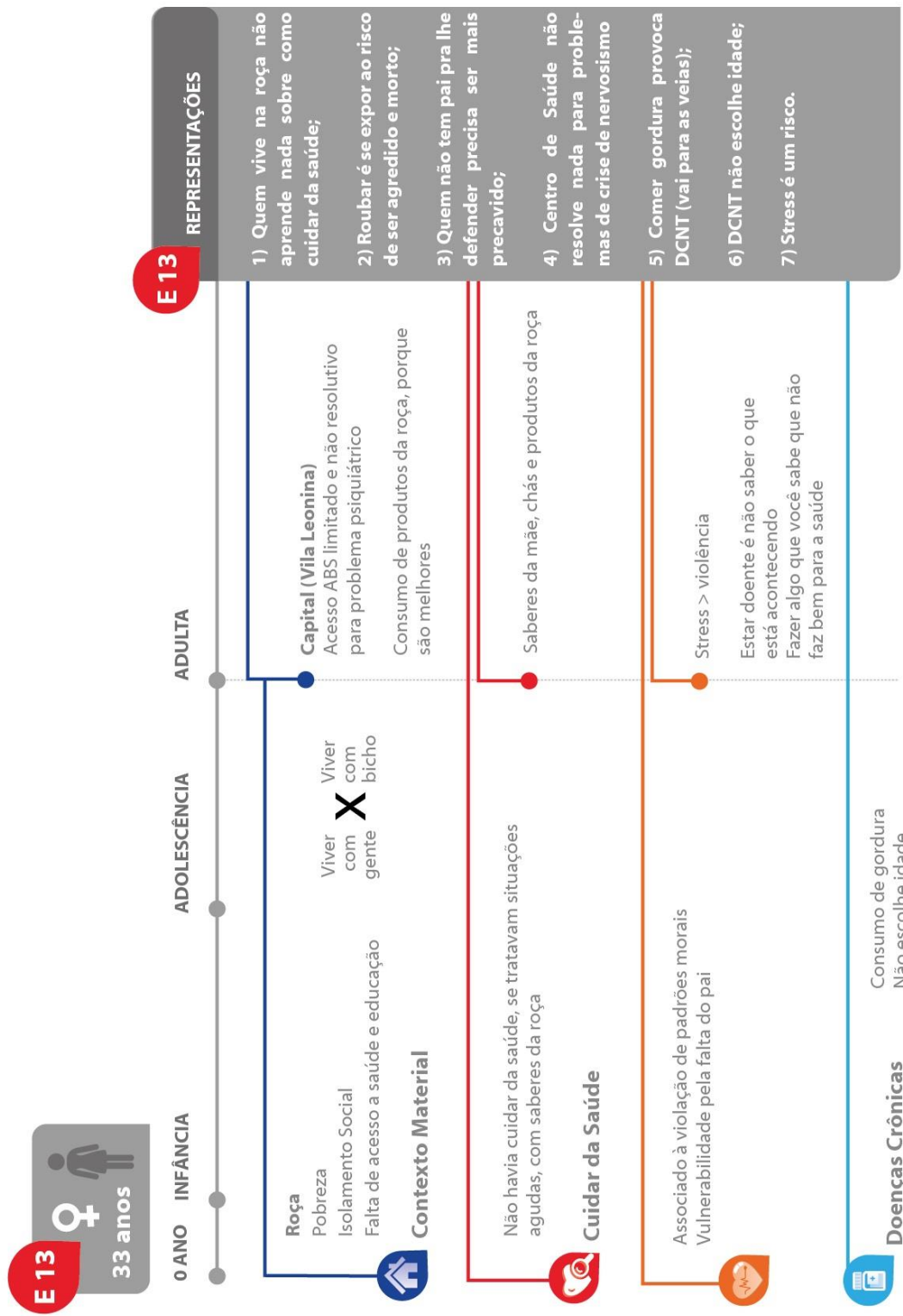


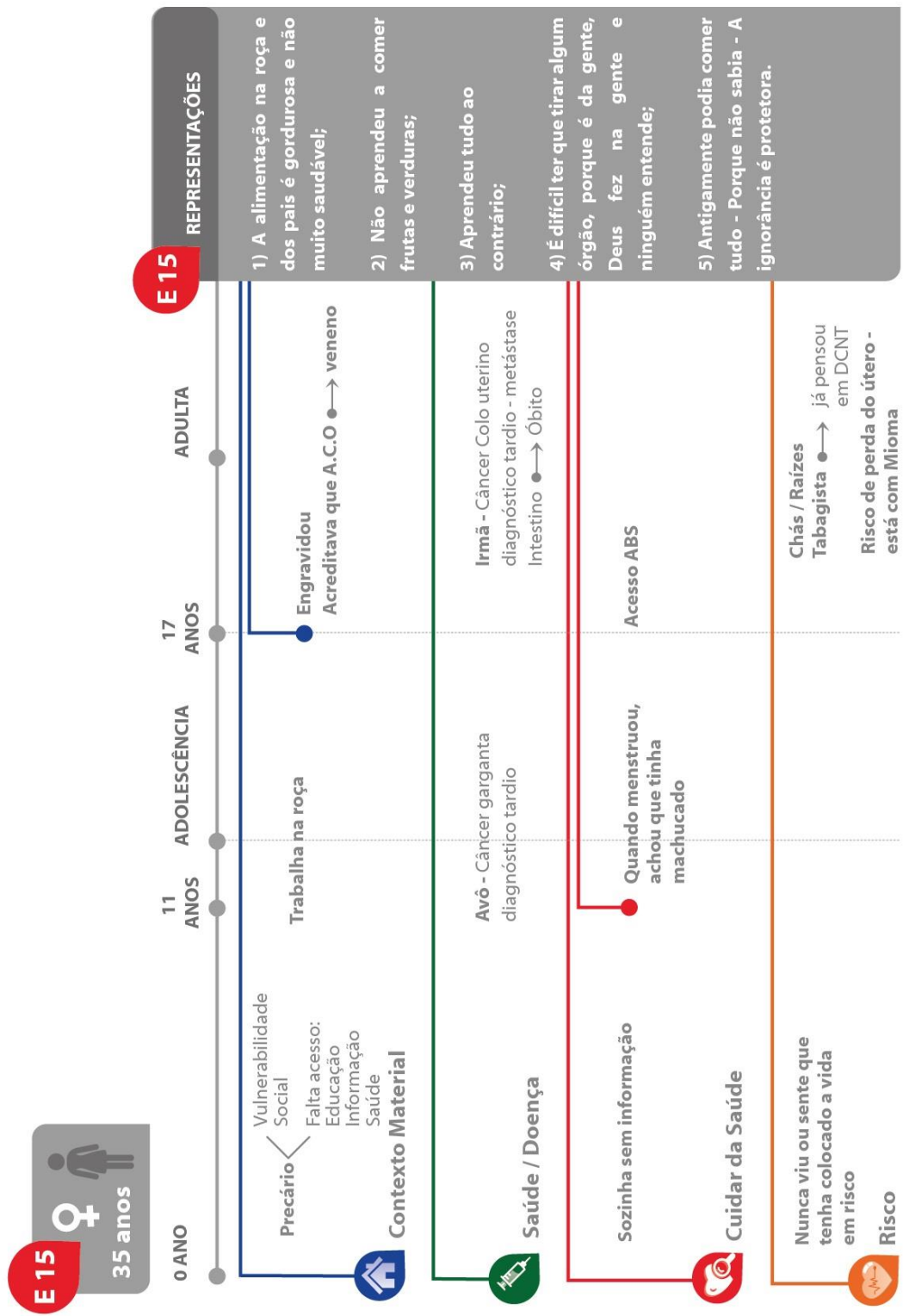


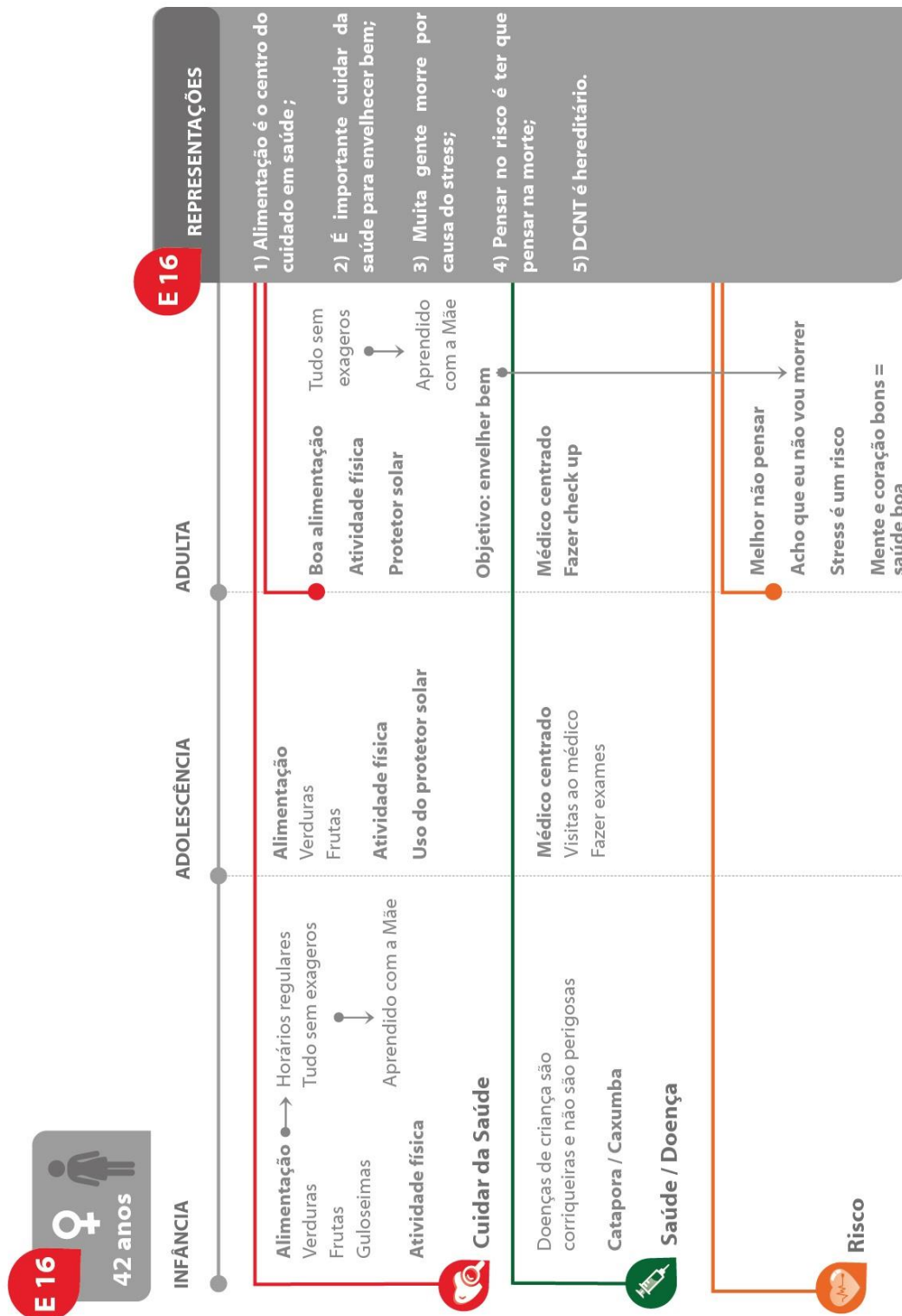


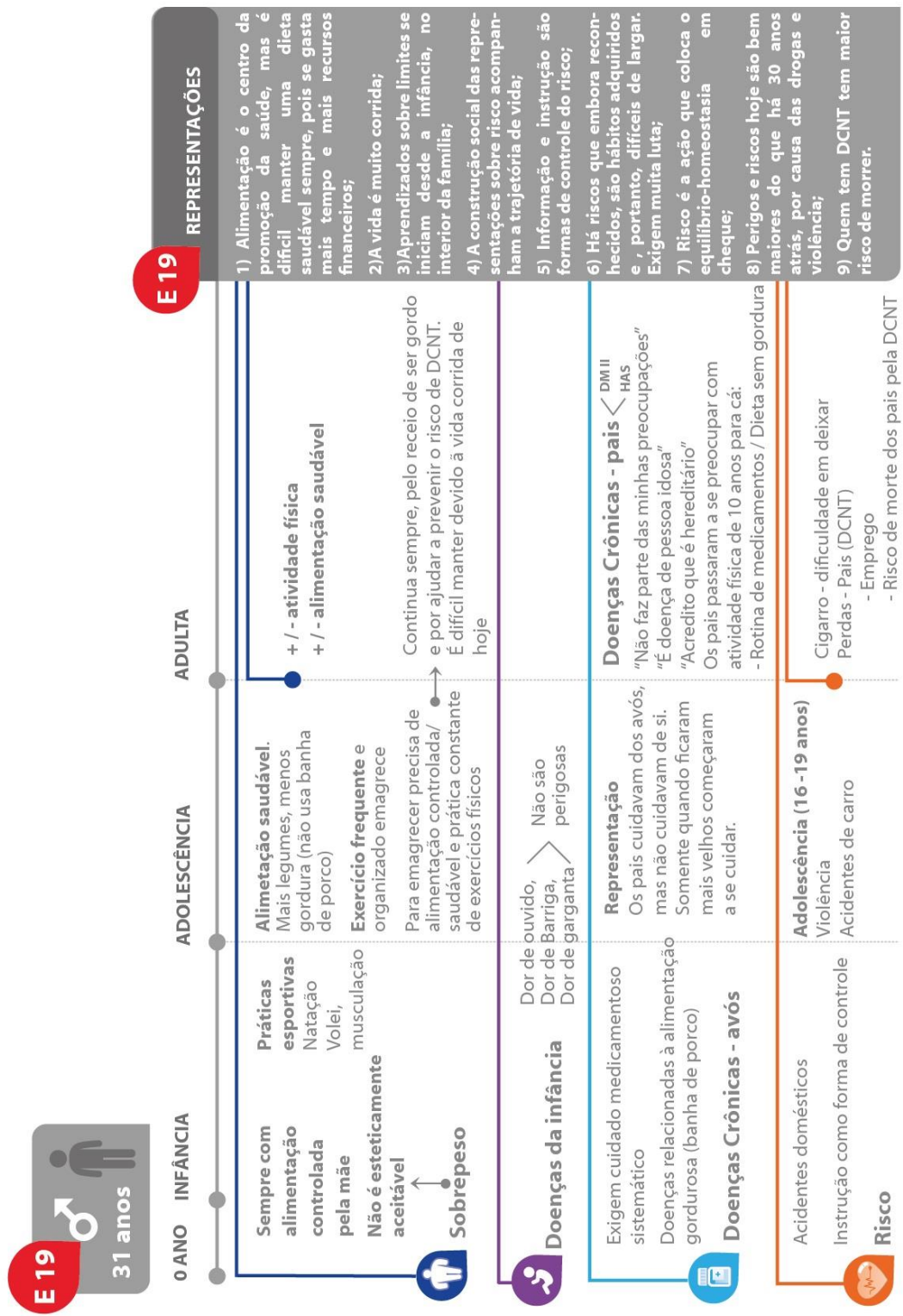


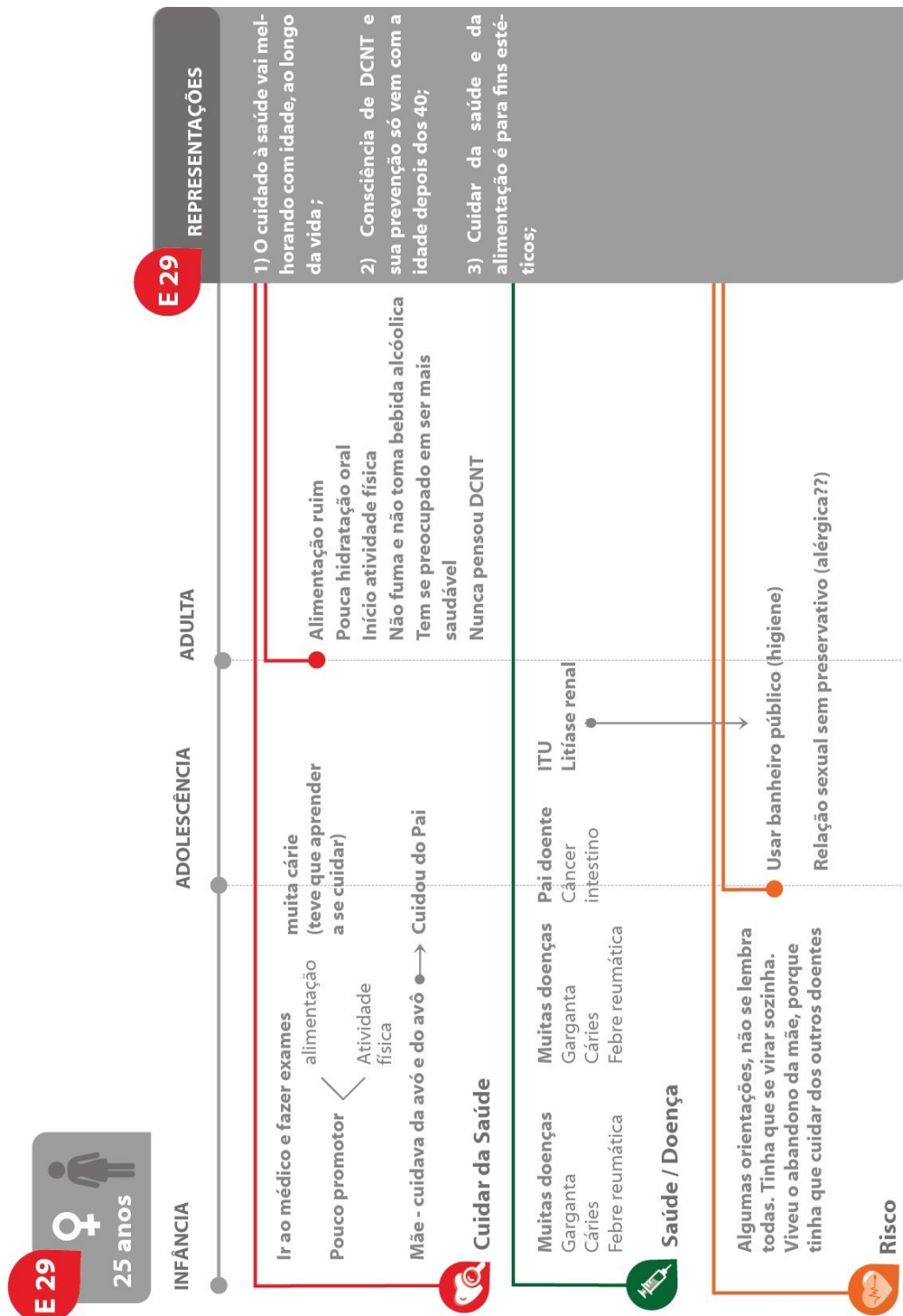












7.2 Saúde e Doença

O conjunto dos entrevistados refere que as DCNT são doenças de pessoas mais velhas e são hereditárias. Reconhecem esse caráter da hereditariedade e o referem para justificar a existência da doença ou o temor de sua provável ocorrência.

No entanto, observa-se que embora exista tal representação, os sujeitos da faixa etária jovem (18-30 anos) ou adulto jovem (31-50 anos) não afirmam ter comportamento de prevenção para DCNT, mesmo representando a hereditariedade como fator de risco para a mesma. Tal fato revela que a representação das DCNT relacionada à idade, parece ser mais forte e, conseqüentemente, mais definidora de uma postura de cuidado e autocuidado, do que a representação da hereditariedade das DCNT.

De uma forma geral, o conjunto dos entrevistados considera que as doenças da infância são corriqueiras e não são perigosas, embora alguns, mesmo com essa representação (E8), tenham tido experiência de perda de irmãos na infância por doenças como 'crupe' (difteria) ou meningite.

Doenças da infância são corriqueiras e não são perigosas (E8, E14, E19, E20).

A maioria do grupo de entrevistados da faixa etária 1 que representa os jovens (18 a 30 anos) e alguns sujeitos da faixa etária 2 (31 a 50 anos) consideram que as DCNT são doenças típicas de pessoas mais velhas ou com mais de 40 anos, e, conseqüentemente, não faz parte das preocupações deste grupo de pessoas, preveni-las. Contraditoriamente, foi dito por uma das entrevistadas (E13) que as DCNT não se relacionam com a idade, e de fato foi um achado curioso por isso ter sido identificado em uma entrevista de um sujeito (31 anos) da faixa etária 2 (de adulto jovem), em contexto social precário e sem acesso à educação, apontando que essa representação parece não estar relacionada com o acesso a informação ou com os contextos materiais de vida.

Dois entrevistados revelaram a dificuldade de acesso ao cuidado integral nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma referente aos problemas de saúde mental (E13), considerando que a UBS não é resolutiva para problemas dessa ordem. Relata que quando apresenta crises e procura a UBS são prescritos remédios, mas nunca a encaminharam para algum acompanhamento especializado a fim de sanar ou controlar mais efetivamente o transtorno.

Outro entrevistado (E21) referiu que já havia solicitado em sua UBS de referência que fizesse um *check up* para verificar riscos para DCNT, no entanto o médico lhe disse que não era necessário, uma vez que esse tipo de doença era de pessoa mais velha, o que não era o seu caso já que ele estava com apenas 27 anos na época. Tal fato corrobora a representação de que as DCNT estão relacionadas à idade, e o discurso do profissional de saúde, conforme relatado pelo entrevistado, parece dificultar a superação dessa representação e conseqüentemente a adoção de um comportamento promotor da saúde, com foco na prevenção das DCNT desde a idade mais jovem.

Doenças Crônicas não Transmissíveis são hereditárias (E3, E12, E16, E18, E19, E24, E25).

Hoje eu já penso no que eu vou herdar dos meus avós, dos meus pais. A preocupação já me ronda, porém ainda não fiz uma pesquisa, um trabalho específico pra achar, pra saber se sou hipertenso, se sou diabético. Não estou muito preocupado. Eu sei que isso vai acontecer, mas a princípio eu não estou fazendo nenhum tipo de busca pra saber isso (E19, 31anos).

Eu sei que eu estou na área de risco, porque isso é genético, né? E minha mãe já tem diabetes (E18, 40 anos).

Doenças Crônicas não Transmissíveis estão relacionadas à idade e são coisas de pessoas mais velhas (E19, E22, E23, E25, E29).

DCNT não escolhe idade (E13).

Centro de saúde não resolve problema de nervosismo e não considera que pessoa jovem deve fazer check-up preventivo para DCNT porque também considera que DCNT estão relacionadas à idade (E13, E21).

As representações encontradas originaram a quarta categoria empírica referente à idade e hereditariedade das DCNT:

- **Idade e hereditariedade das DCNT;**

Um importante dado encontrado foi a referência às Doenças transmissíveis feitas por vários entrevistados, apesar de ter sido focado a temática das DCNT, tanto na questão central quanto nas questões de relance utilizadas para redirecionar o tom da entrevista.

No entanto, a persistência de tais representações centradas no medo de se contaminarem com ‘alguma doença’, no ‘perigo dos agrotóxicos e dos alimentos industrializados’ que diminuem a resistência e possibilitam a entrada de microorganismos no corpo, revelam a refratariedade do pensamento higienista e da noção miasmática na transmissibilidade das doenças. Estes achados permitem o desvelamento da quarta categoria empírica que é o legado do higienismo como entrave para compreensão das DCNT, e conseqüentemente também para a adoção de uma postura promotora da saúde em relação às condições crônicas não transmissíveis.

Este fato parece estar diretamente relacionado à dificuldade de compreensão e entendimento da fisiopatologia das DCNT, exatamente por serem crônicas e não transmissíveis, não tendo um agente etiológico, um microorganismo culpado pela sua ocorrência. De certo, a dificuldade de compreensão e de superação do pensamento higienista que originam essas representações parecem ser a um ponto importante na compreensão da dificuldade de adesão a modos de vida saudáveis para prevenção das DCNT, uma vez que a representação de risco de adoecimento e morte existente entre os entrevistados é a de doenças transmissíveis.

Ainda nessa dimensão de doenças e possibilidades de contágio, a higiene surge como o ponto central do cuidado, do aprendizado e da

experiência, desvelando representações de um mundo asséptico como conceito de saúde.

Doenças transmissíveis são degradantes (E2).

Cuidar da saúde é cuidar do asseio, da higiene, do ambiente evitando o contato com pessoas doentes e assim a transmissão de doenças (E2, E5, E14, E17).

Produtos industrializados e agrotóxicos não são saudáveis, diminuem a resistência e aumentam a transmissibilidade de doenças, são os culpados pela saúde ruim de hoje em dia (E5, E17).

O marido da minha tia teve tuberculose. Ele vivia num lugar sem comunicação com ninguém, e ninguém poderia ter comunicação com ele, porque eu acho que a tuberculose era uma coisa muito degradante. A gente evitava frequentar ou ter contato com pessoas de sarampo, catapora, pra não ter isso. A minha mãe era uma pessoa muito exigente (E2, 69 anos).

Hoje a gente vê que as crianças que utilizam muito esses produtos industrializados estão à mercê mesmo daquelas doenças, gripes muito fáceis... Questão de resistência, qualquer tipo de bactéria, elas são muito frágeis em relação a isso. Até os adultos hoje são mais resistentes do que algumas crianças, pelo uso de coisas naturais. Nos tempos modernos, a gente sabe que tanta coisa sofreu mutações, a gente está à mercê de coisas muito ruins, porque mudou muito. Os vírus e as bactérias estão mais resistentes. Cada dia que passa, aparecem mais coisas, mais doenças, só quando acontece que você fala: "como é que isso aconteceu comigo? Será que eu estava perto de uma pessoa que estava com essa doença? Será que eu fui a algum lugar que poderia ter coisas que poderiam estar me contaminando? (E17, 31 anos).

Aprendi a lavar as mãos toda hora, escovar os dentes, era uma coisa que ela [a mãe] exigia da gente mesmo. Então, doença, eu nem lembro de ter tido, não. Eu fui criada no meio de cinco rapazes, a gente tinha que tomar o maior cuidado. A gente não podia assentar na cama dos irmãos, a gente tinha toalha, sabonete, tudo separado. Então, a minha mãe sempre teve muito cuidado com essas coisas (E2, 69 anos).

Você viver num lugar sujo é propício para você pegar algumas doenças (E 14, 38 anos).

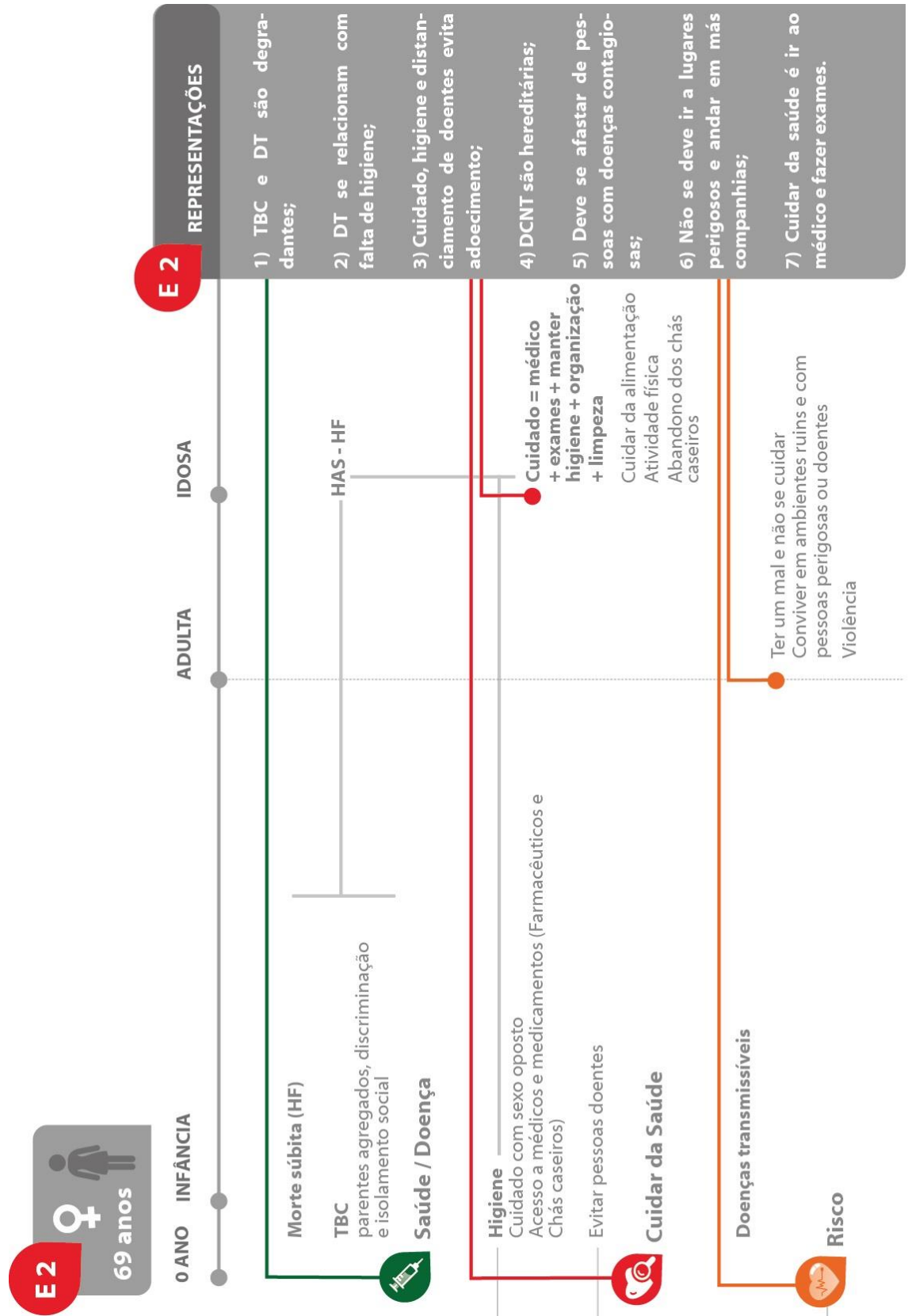
Cuidar da saúde é cuidar do asseio, da higiene, do ambiente, evitando o contato com pessoas doentes e assim a transmissibilidade de doenças (E2, E5, E14).

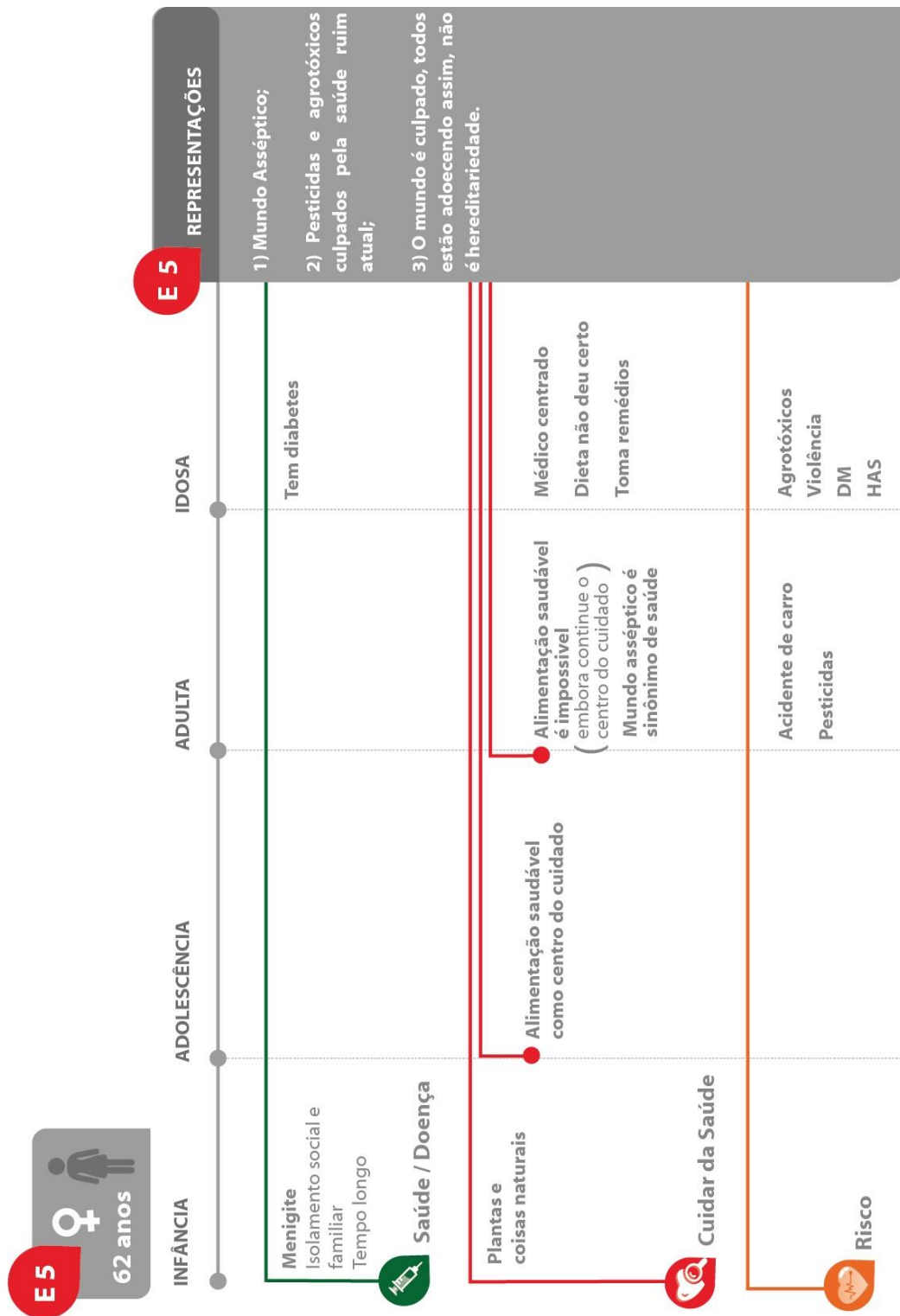
A vivência de isolamento pela experiência com uma doença infectocontagiosa foi observada na narrativa de uma das entrevistas e ancora um padrão de comportamento permeado pela representação de um mundo asséptico, como conceito de saúde, presente até hoje, na trajetória de vida de E5.

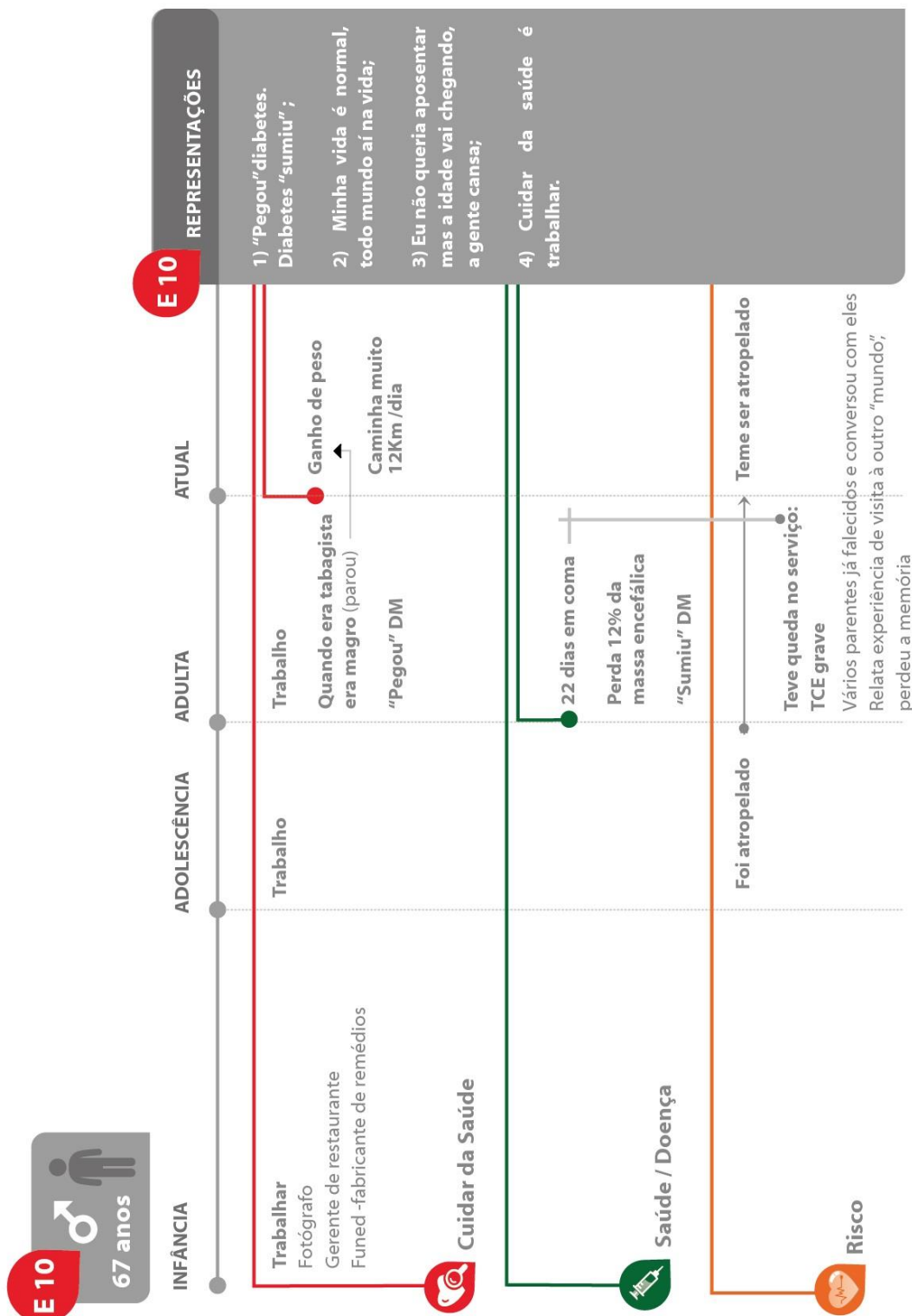
[...] tive meningite e mudei pra Belo Horizonte, fiquei internada, isolada durante quatro meses, fiz um longo tratamento. Graças a Deus, não tive sequelas. Naquela época era bem complicado, matava mesmo. Então eu ficava isolada, longe de parentes, dos irmãos menores e tal. Não adianta, sempre fico pensando que tudo pode ser transmitido para mim... [...] Hoje é tudo com agrotóxico, tudo é artificial. Então a saúde da gente fica muito mais debilitada do que era. Os pesticidas, as coisas pra aumentar e crescer mais rápido, eu acho que de lá pra cá foi só piorando, é uma coisa que eu tenho certeza. É o mundo em redor que é culpado disso tudo, porque todo mundo tá tendo esse tipo de doença (E5, 62 anos).

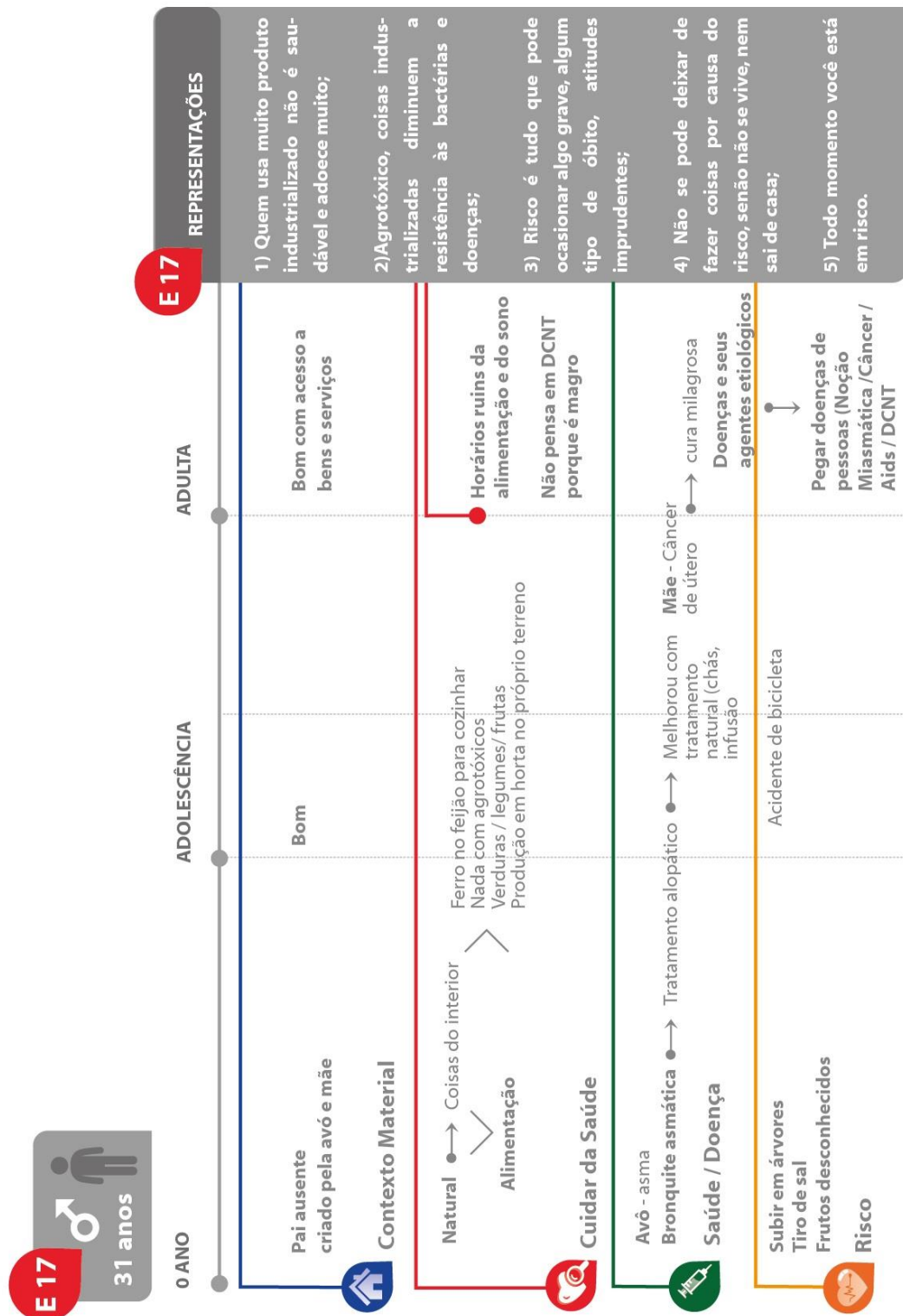
Assim desvelou-se a quinta categoria empírica:

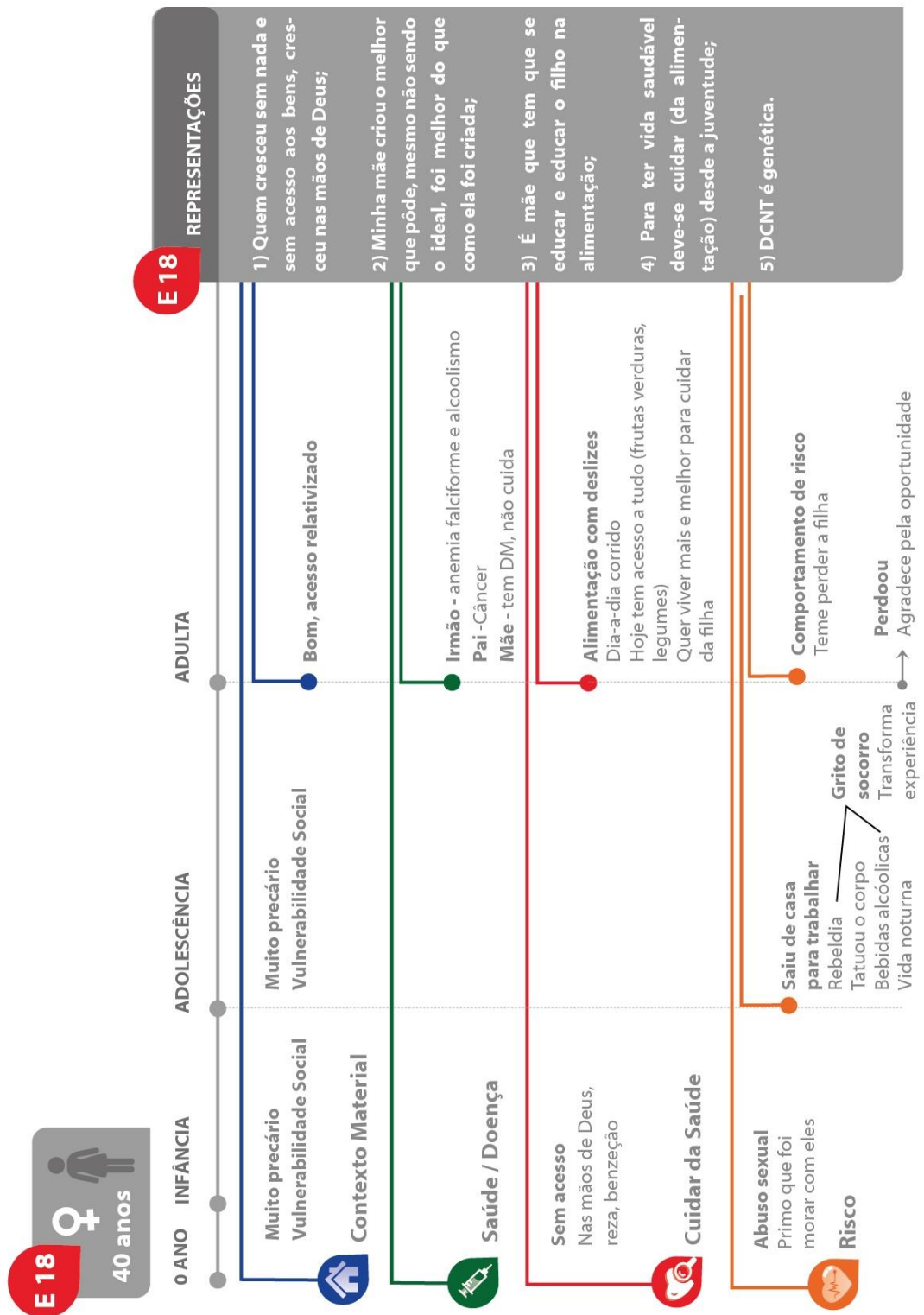
- **Legado do pensamento higienista e da noção miasmática: entrave para compreensão e prevenção das DCNT;**

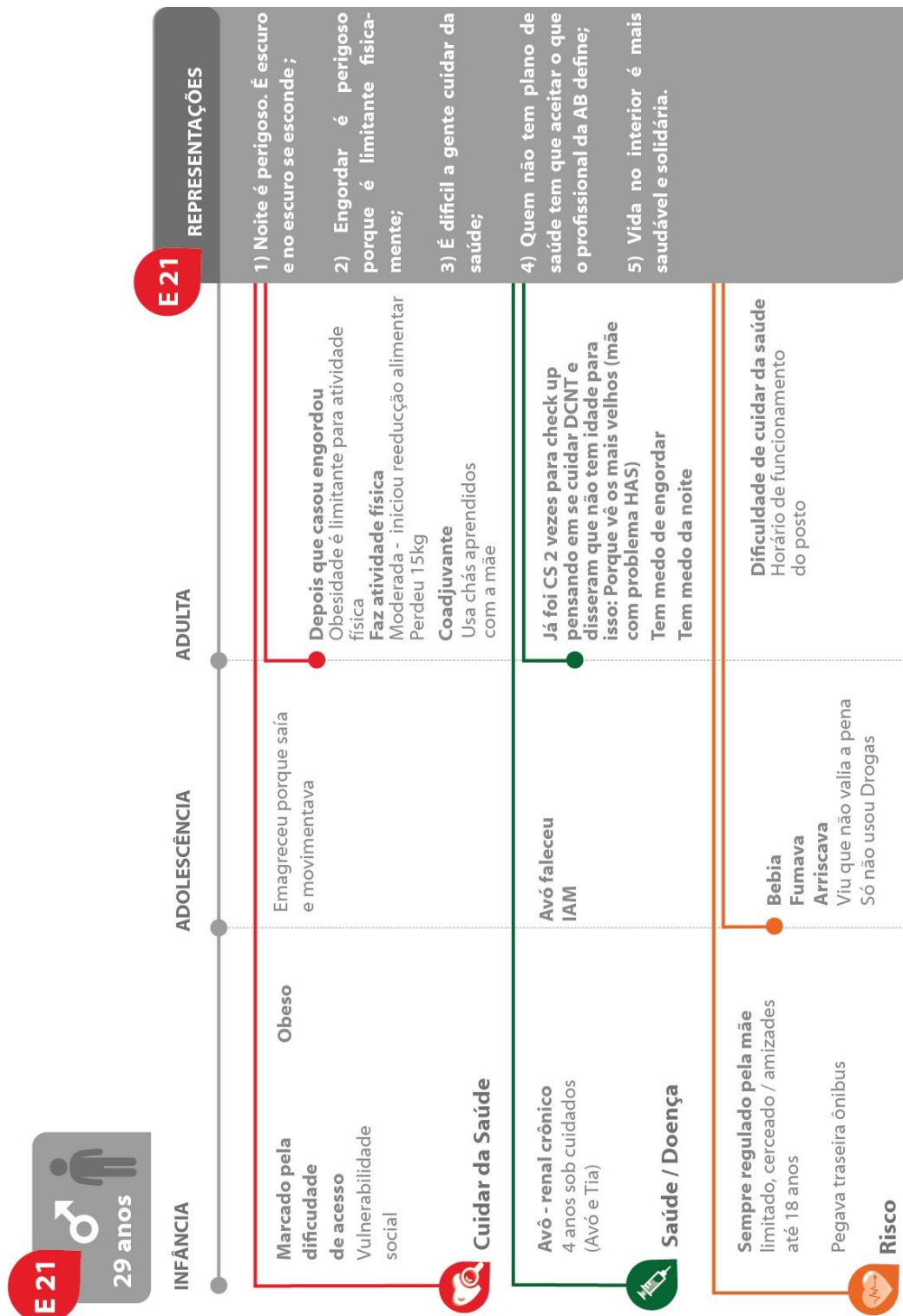


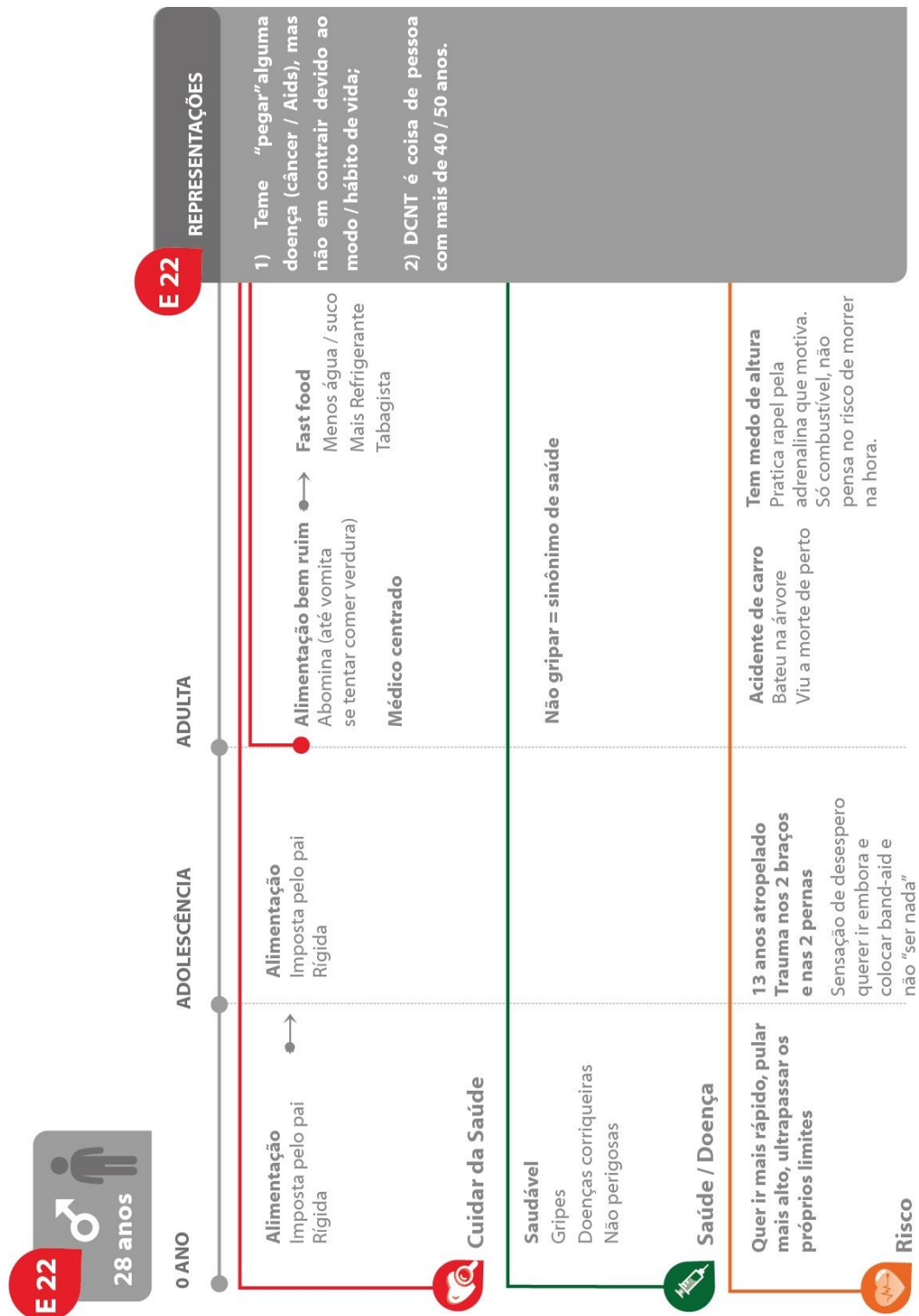


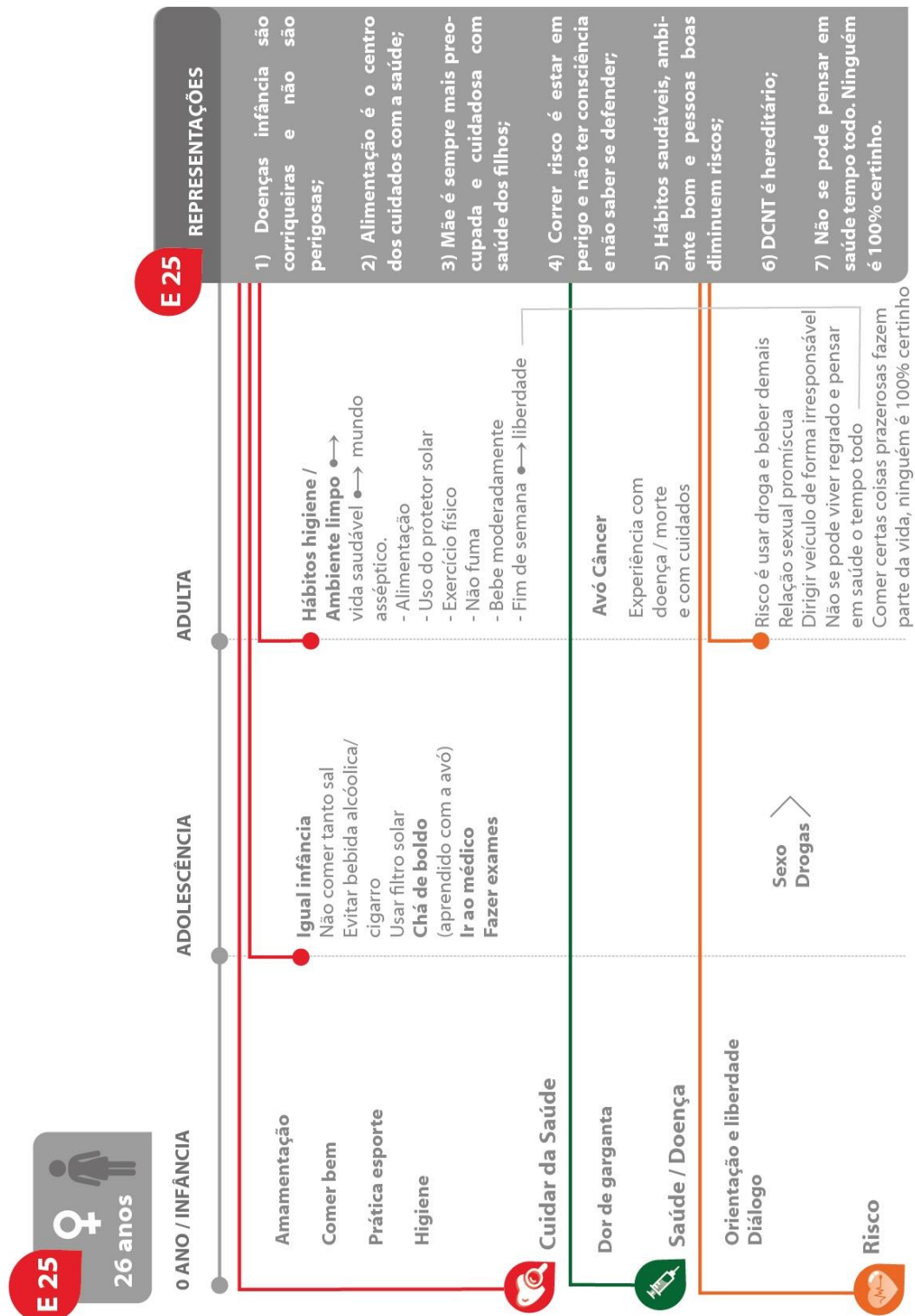












7.3 Risco

O grupo de entrevistados unanimemente considera que vivemos hoje num mundo bem mais perigoso que há alguns anos atrás, atribuem esse motivo a maior presença e maior variedade de drogas, fato que segundo os sujeitos entrevistados, gera mais violência. Referem que atualmente as gerações de jovens têm sido menos comprometidas e respeitosas com os pais e outras pessoas mais velhas. Consideram também, em unanimidade, que a vida nos centros urbanos é bem mais perigosa e estressante, e que a presença do *stress* é um risco não somente à saúde, mas também um risco social. Reconhecem que o *stress* pode ser um desencadeador da violência, gerando agressões interpessoais e podendo levar a morte.

Hoje em dia com aumento da violência e presença de drogas é mais perigoso que antigamente, quando havia mais respeito dos filhos com os pais (E4, E8, E12, E19, E20, E24, E26, E28).

Stress é um risco, muita gente morre por causa do stress (E6, E13, E16).

Corre-se mais riscos nas grandes cidades devido à vida urbana e a pior qualidade de vida (E6, E4, E7, E30).

Risco depende é de cada um, da informação, da educação, da escolaridade que se tem para se julgar (e se colocar) em risco ou não (E27).

Instrução, educação e diálogo são formas de controle dos riscos (E16, E19, E22, E28, E30).

Quem não tem pai para lhe defender deve ser mais precavido (E13).

Num contexto social e material de falta, há mais risco e vulnerabilidade e não há cuidado à saúde (porque não há aprendizado) (E1, E13, E15, E18).

A vivência dos riscos e sua percepção vão se modificando ao longo da vida (E3, E19).

É desvelada a sexta categoria empírica a partir das representações de que hoje vive-se num mundo bem mais perigoso que antigamente:

- **Vive-se atualmente numa sociedade bem mais perigosa que antes;**

O conjunto das entrevistas mostrou que as representações em torno do risco ressaltam seu caráter contingencial, como risco na vertente sociológica. Consideram que o risco faz parte do cotidiano, e sendo inerente à vida humana sempre se está diante dele, contudo utilizamos recursos que visam minimizar ou balizar esses riscos na vida diária. Ressaltam ainda que apesar do risco ser parte da vida, não se pode pensar nele o tempo todo, senão não se vive; ao refletirem, concluem que pensar nos riscos é ter que pensar na morte, e isso não é agradável, então evita-se pensar.

Riscos são, em parte, contingência e escolha, limiar entre bem e mal, mas há riscos que precisam ser corridos (E27, E30).

Quem tem DCNT tem mais risco de morrer (E3, E19).

Risco é privar-se do sono e ter de enfrentar situações ruins (E1).

Riscos são inevitáveis e os administramos diariamente com cuidados que os balizam (E20, E27, E28).

Riscos são inerentes à vida, mas não se pode pensar neles o tempo todo senão não se vive e nem se sai de casa, pois em todo momento se está em risco (E14, E17, E23, E24).

Pensar nos riscos é ter que pensar na morte (E16).

É desvelada a sétima categoria empírica a partir das representações de risco como contingência do mundo:

- **Risco como contingência do mundo;**

O conjunto das entrevistas revelou ainda a concepção de risco como possibilidade de escolha, ou seja, existem normas que balizam a vida cotidiana e minimizam os riscos. No entanto, a adoção dessas normas ou não dependem

da escolha do indivíduo e, conseqüentemente, definirão sua postura como um sujeito que vive mais ou menos em risco.

O grupo de entrevistados reconhece, algumas vezes, a necessidade de adoção das normas, mas revela a impossibilidade de se seguir a norma o tempo todo. Consideram que a vivência do risco vai se modificando ao longo da vida, de forma a aumentar a quantidade e a complexidade do que se percebe como risco, em suas trajetórias.

Reconhecem que uma postura dita 'de paz', ou tranquila, minimiza os riscos e que a educação, informação e diálogo são ferramentas geralmente utilizadas pelos pais, educadores ou responsáveis como forma de tentar controlar ou conter o risco.

Normas para manter a saúde são chatas e não é tão satisfatório quanto colocá-la em risco (E23).

Não se pode pensar em saúde o tempo todo, nem viver a norma o tempo todo, ninguém é cem por cento certinho (E14, E24, E25).

Álcool prejudica a saúde, quem diz só beber socialmente, 'mente' (E20).

Risco depende é de cada um, da informação, da educação, da escolaridade que se tem para julgar (e se colocar) em risco ou não (E27).

Hábitos saudáveis, bom ambiente e convivência com boas pessoas diminuem os riscos (E1, E2, E3).

Instrução, educação e diálogo são formas de controle dos riscos (E16, E19, E22, E28, E30).

A vivência dos riscos e sua percepção vão modificando ao longo da vida (E3, E19).

Pessoas boas e tranquilas estão menos expostas aos riscos (E1, E9).

Transgredir é bom, porém perigoso, então é um risco (E23, E24).

Aprendizados sobre limites e riscos se iniciam desde a infância (E19).

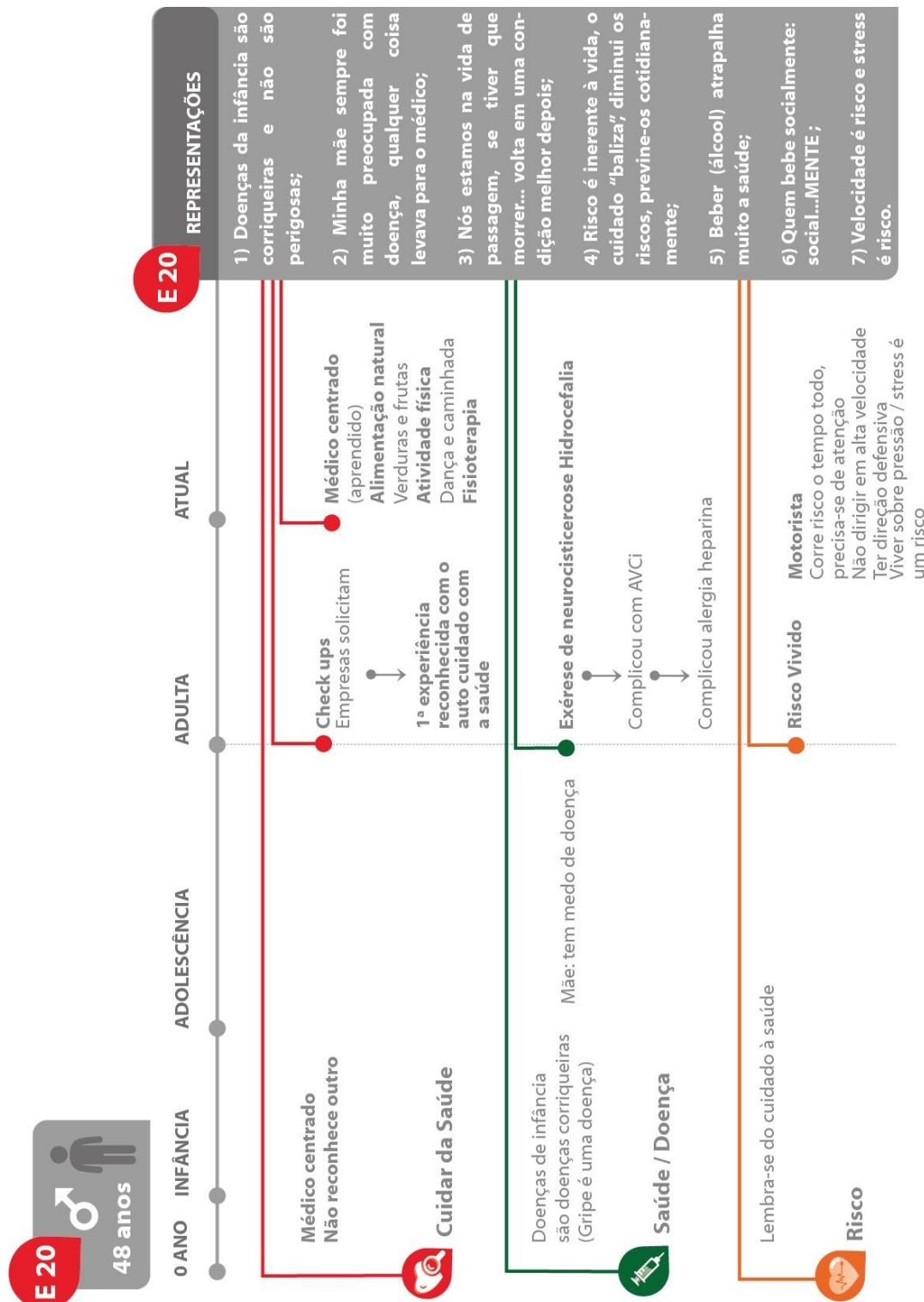
Risco é fazer algo sem planejamento (E12, E26).

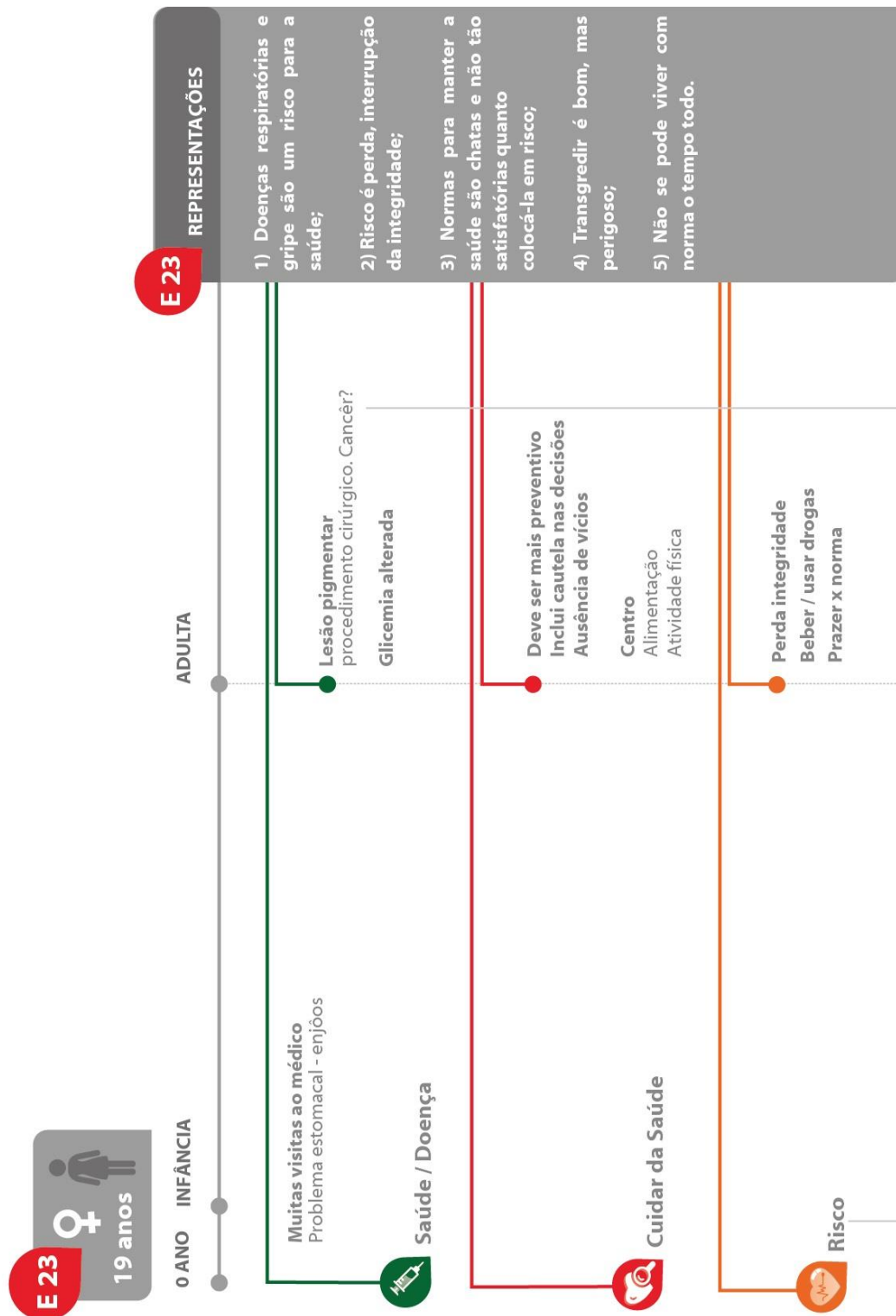
Prevenção faz parte de cada pessoa, da maneira como ela vive e concebe os riscos (E26).

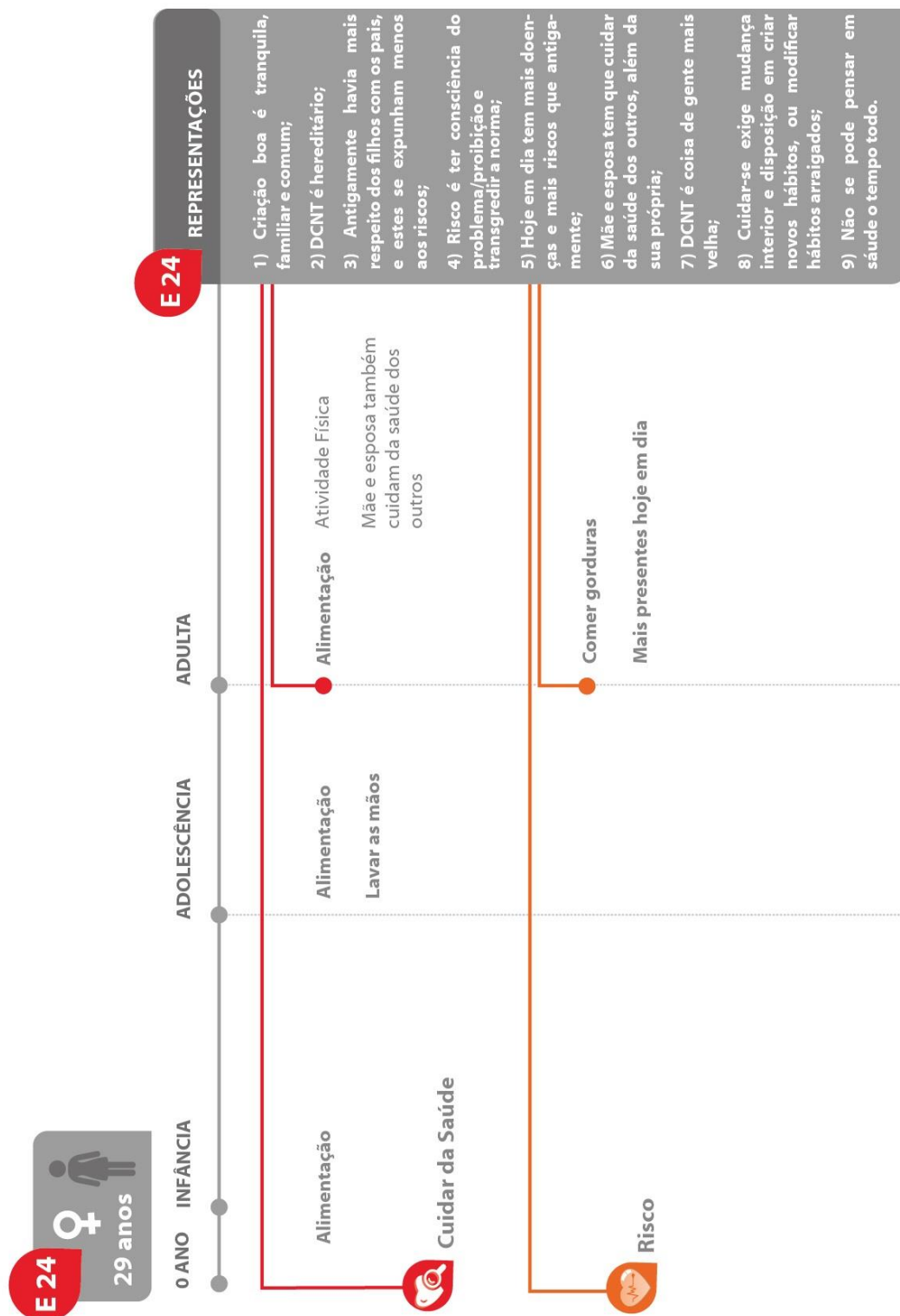
É constatado que a construção das RS sobre risco realmente acompanha a trajetória de vida.

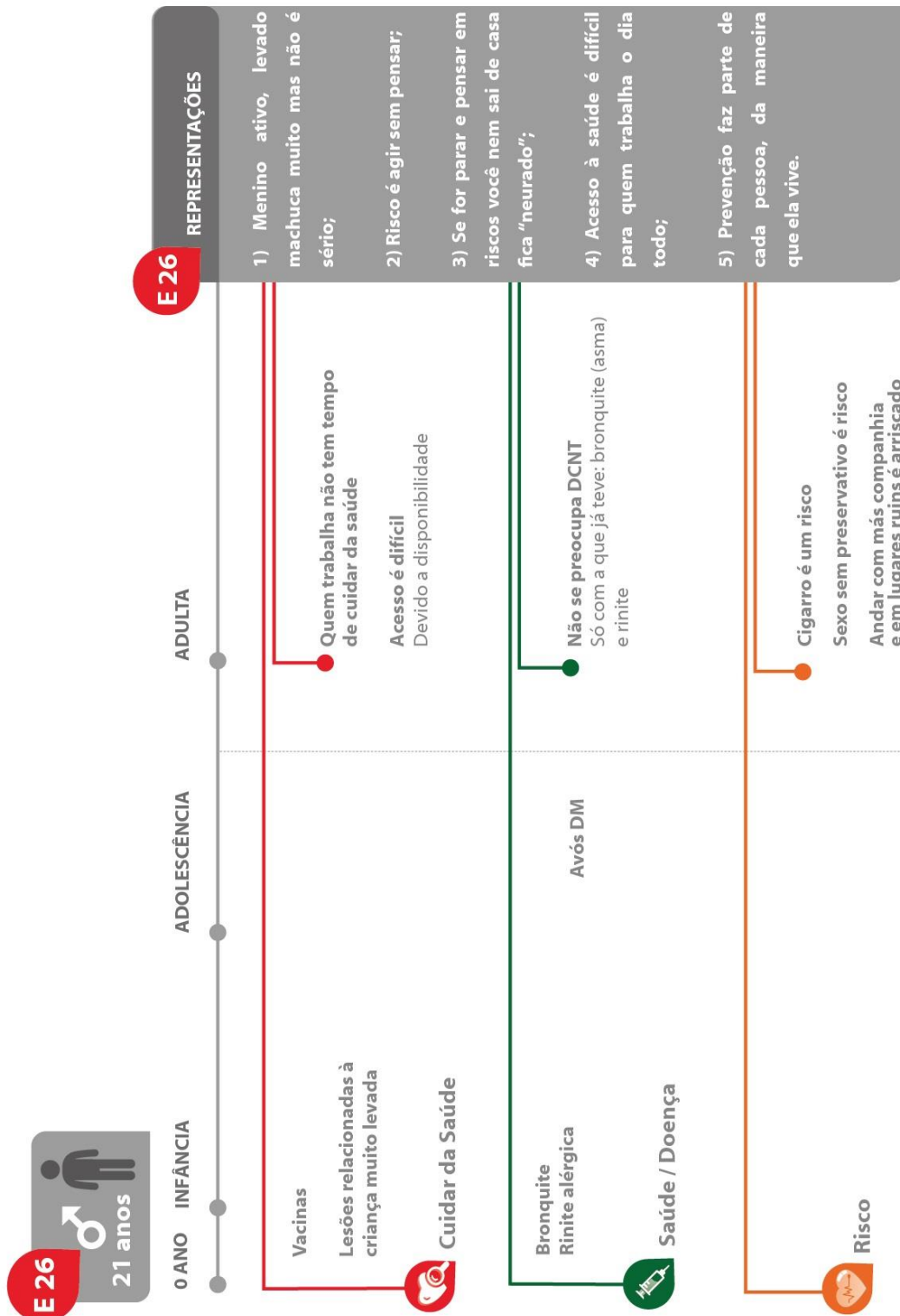
É desvelada a oitava categoria empírica referente ao risco como escolha, nas normas, passíveis de serem acatadas ou não:

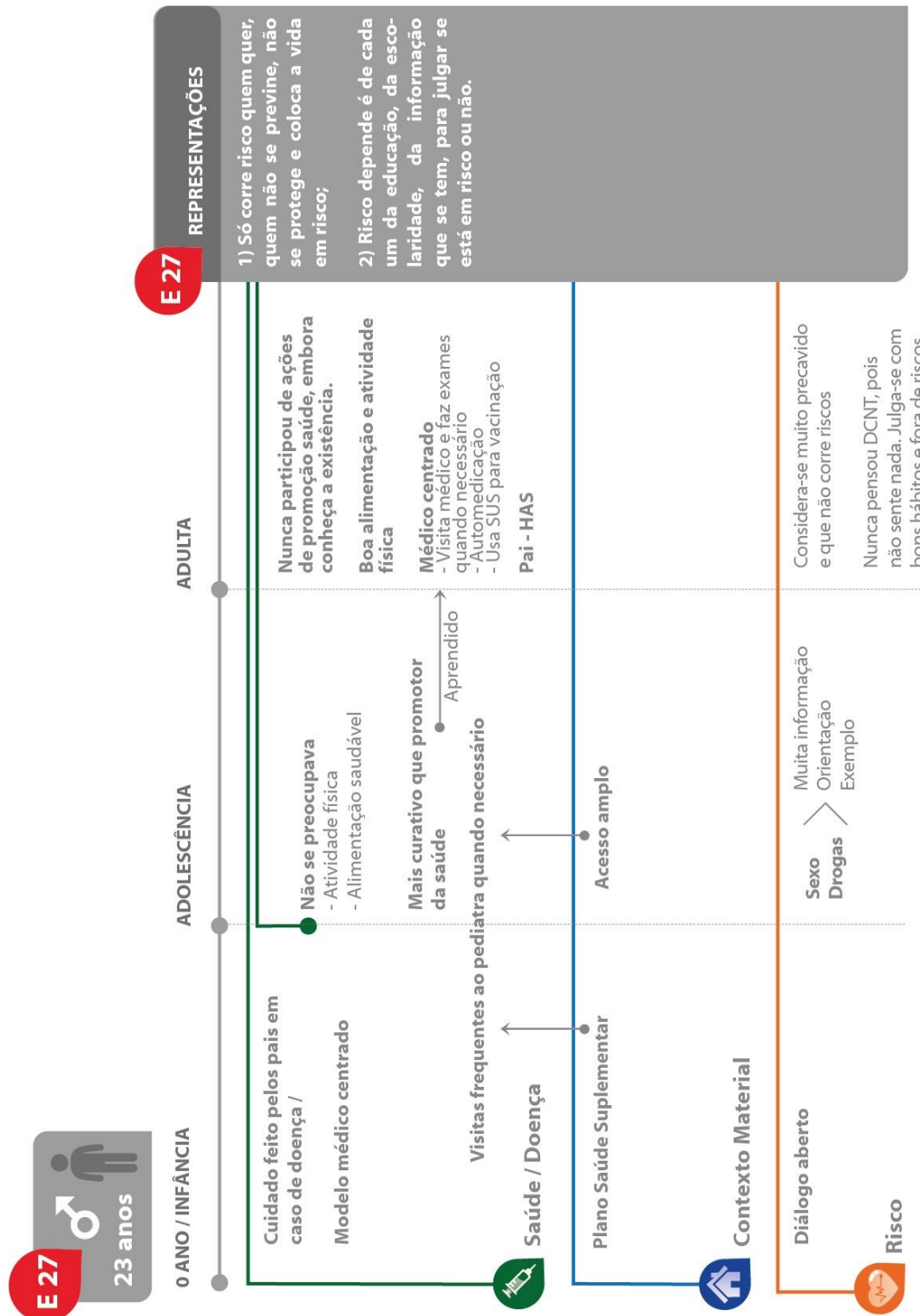
- **Risco como possibilidade de escolha: Acatar a norma ou transgredi-la?**

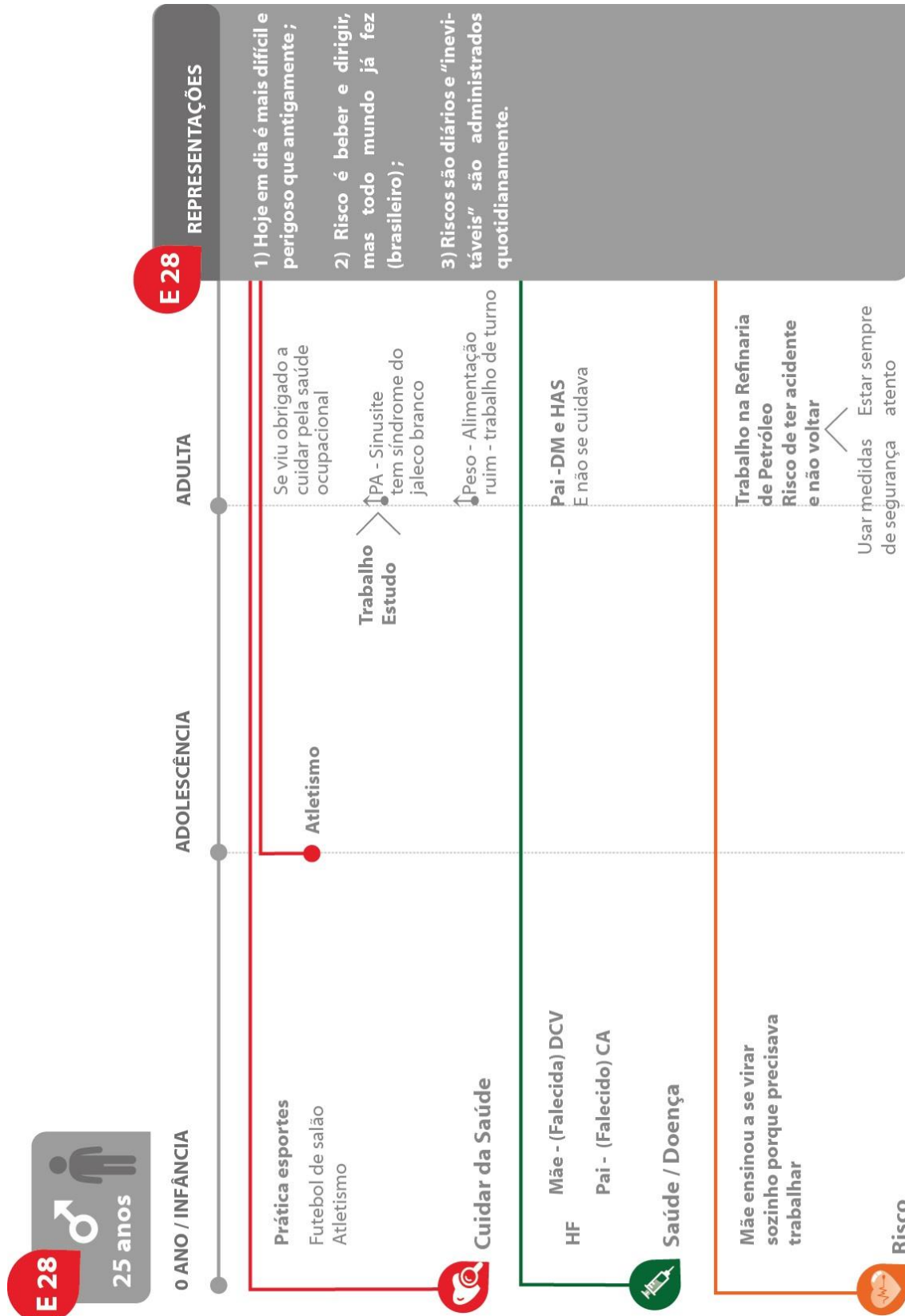


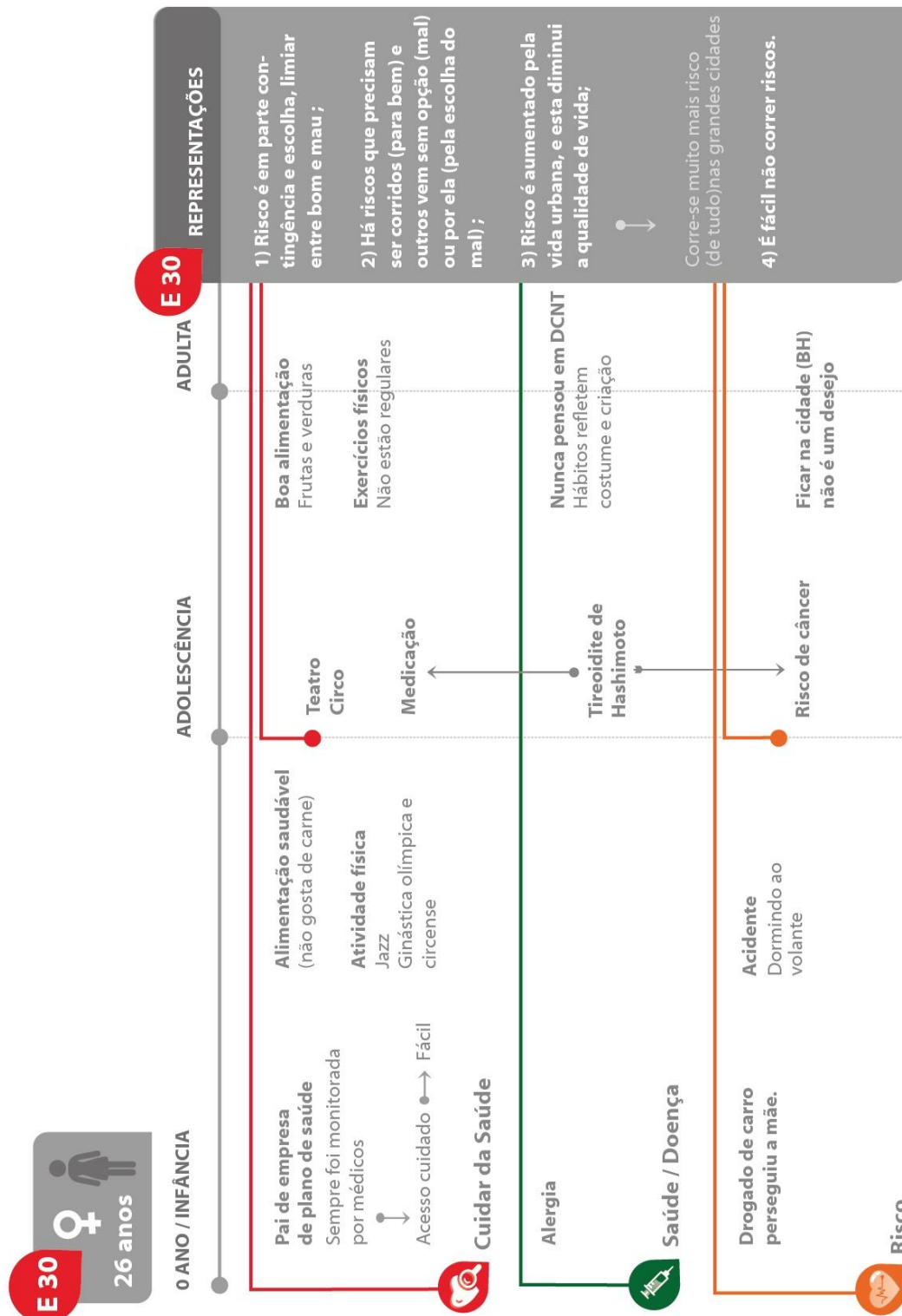








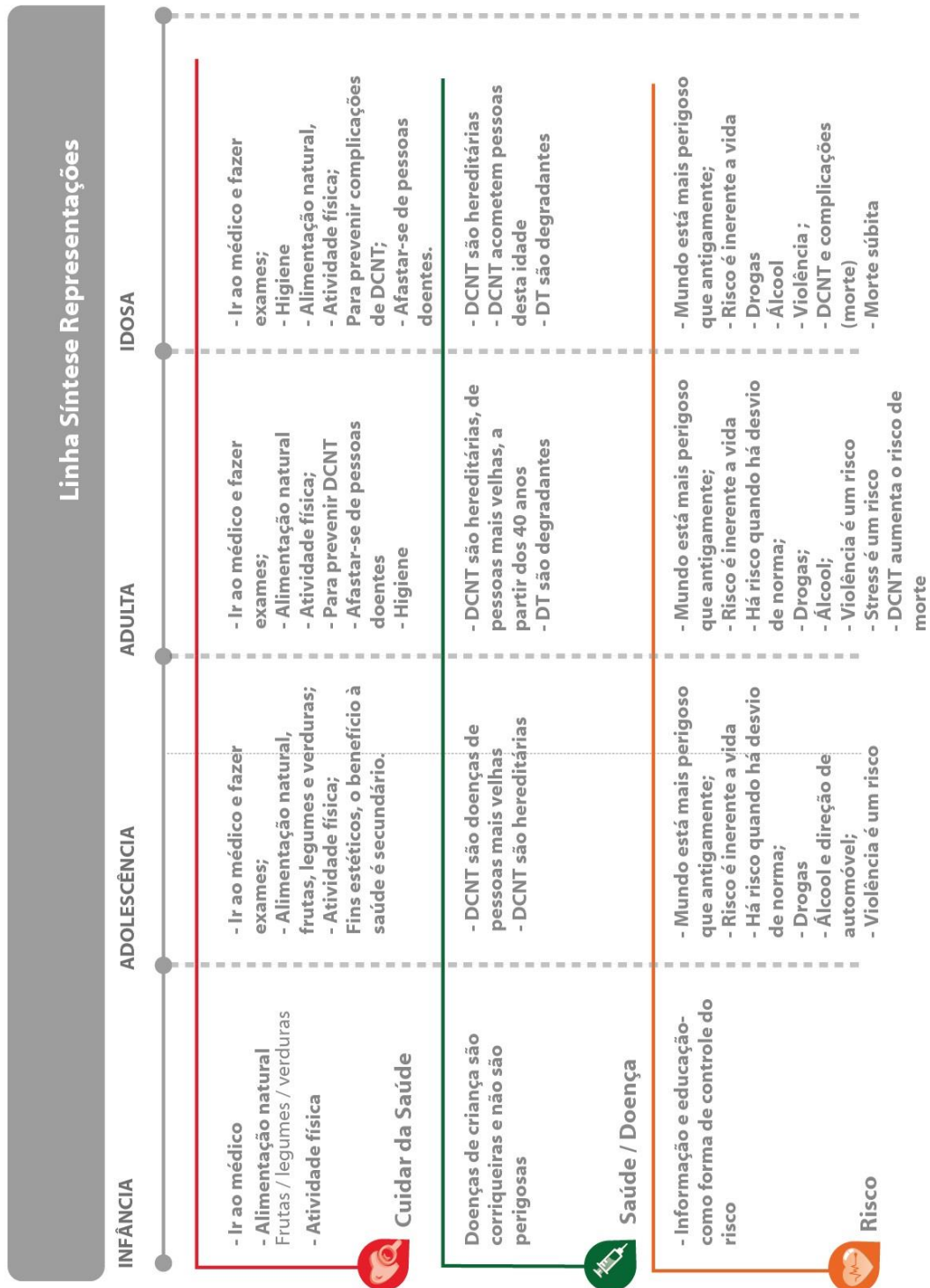


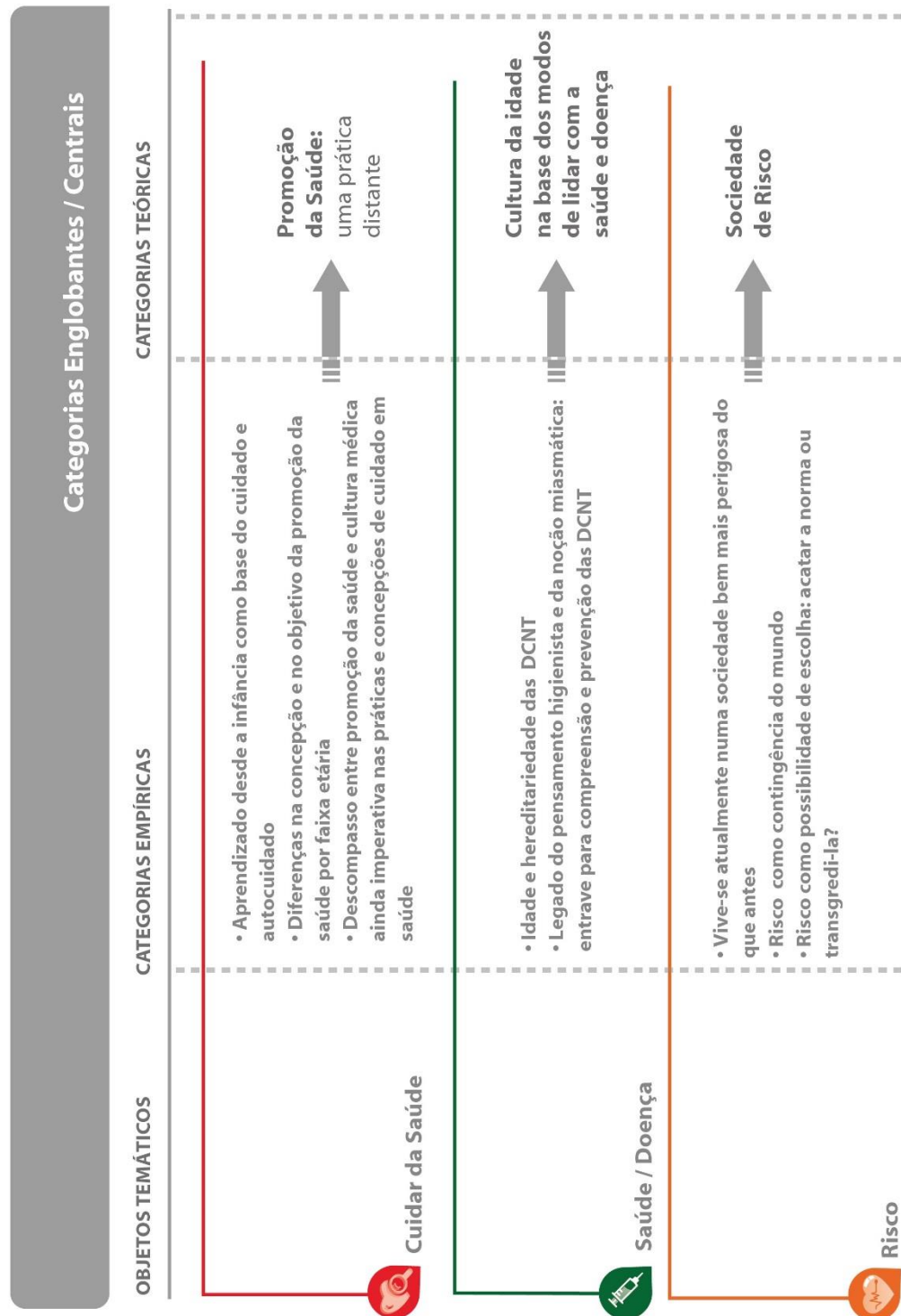


As categorias empíricas encontradas foram, então:

- 1) Aprendizado desde a infância como base do cuidado e autocuidado;
- 2) Diferenças na concepção e no objetivo da promoção da saúde por faixas etárias;
- 3) Descompasso entre promoção da saúde e cultura médica ainda imperativa nas práticas e concepções de cuidado em saúde;
- 4) Idade e hereditariedade das DCNT;
- 5) Legado do pensamento higienista e da noção miasmática: entrave para compreensão e prevenção das DCNT;
- 6) Vive-se atualmente numa sociedade bem mais perigosa do que antes;
- 7) Risco como contingência do mundo;
- 8) Risco como possibilidade de escolha: acatar a norma ou transgredi-la?

Os agrupamentos realizados com as representações por objetos ou temas, e com auxílio das linhas do tempo, que representam as trajetórias de vida permitiram a sintetização dos 30 esquemas, para construção de um uma linha do tempo síntese e convergente, conforme pode ser visualizada a seguir:





Categorias Teóricas

A partir da síntese e do afinamento das categorias empíricas foi possível desvelar três grandes categorias, ou categorias teóricas, e assim compreender a consolidação das construções sociais e subjetivas dos sujeitos a respeito dos objetos promoção da saúde e risco relacionados à DCNT conforme pôde ser demonstrado na linha síntese e na categorização que se seguiu. Apresentamos, as categorias teóricas emergidas:

1) Promoção da Saúde: Uma prática distante

2) A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença

3) Sociedade de Risco

A discussão das categorias está apresentada nos próximos capítulos.

CAPÍTULO 8. PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA PRÁTICA AINDA DISTANTE

A adesão a modos de vida saudáveis, a disposição para o cuidado e autocuidado são constructos sociais adquiridos ao longo da vida e os dados encontrados revelam que as pessoas mais aderentes à ideia de promoção da saúde são aquelas que desde muito cedo tiveram essa experiência, ou seja, aprenderam a se cuidar e a adotar hábitos saudáveis, tendo isso como um julgamento de valor introjetado precocemente em suas vidas.

Observa-se que os sujeitos que desde a infância, apresentavam alimentação saudável, rica em frutas e verduras e pobre em gorduras, sem excessos, e que praticavam atividades físicas, dentro de um processo educativo familiar, são, hoje, os sujeitos mais adaptados a modos de vida saudáveis e continuam a manter uma postura promotora da saúde, como um 'estilo de vida e de autocuidado'.

Este achado parece ser um importante instrumento norteador para as políticas públicas de saúde, pois à medida que se compreende que o aprendizado desde a infância é a base do cuidado, a atenção às mesmas, precisa focar ações sanitárias e de promoção da saúde que atinjam a população infantil. Sugere-se o desenvolvimento de ações de educação em saúde, que envolvam a coletividade, mas fundamentalmente crianças, pais e professores da educação infantil.

Rotenberg e De Vargas (2004) consideram que as práticas alimentares são oriundas de conhecimentos, vivências e experiências, construídas a partir das condições de vida, da cultura, das redes sociais e do saber científico de cada época histórica e cultural. As autoras analisaram práticas alimentares compreendidas entre a amamentação à alimentação cotidiana da família, e identificaram que hábitos e práticas alimentares são permeados pelo aprendizado materno, que têm início na infância, e estão associados aos hábitos urbanos de consumo. O trabalho das autoras corrobora os achados do presente estudo, que apontam para o aprendizado como base constituidora da promoção da saúde.

Assim, podemos considerar que representações moldadas no cotidiano da população, seus conhecimentos e práticas, tanto alimentares quanto de

promoção da saúde, nos informam sobre a saúde das crianças, sendo parte integrante na construção do saber, com vistas à reconstrução (ou reprodução) das práticas sociais de cuidado e promoção da saúde.

Na perspectiva do aprendizado, vale estabelecer a relação direta entre o cuidado, e a educação tendo sido esta a intenção da psicóloga norte-americana Bettye Caldwell quando, na década de 1970, cunhou o termo ‘*educare*’ a partir das palavras inglesas *education* (educação) e *care* (cuidado). Este termo começou a ser utilizado no Brasil em 1990, na área da educação infantil, como proposta de “integração entre as diversas necessidades da criança [...] sendo o cuidado e a educação vistos como funções complementares e indissociáveis” (SAUPE; BUDÓ, 2006).

Para os autores supracitados a complexidade do objeto da saúde exige atenção interdisciplinar, considerando que o cuidado e a educação (*educare*) em saúde são práticas “naturalmente” interdisciplinares, que precisam ser assim entendidas por todos os componentes das equipes de saúde. Tal entendimento amplia a proposta de integralidade nas ações de educação em saúde, que deve fazer parte de políticas específicas.

Além disso, faz-se necessário que os programas de ensino da área da saúde incorporem a promoção da saúde para além de um discurso idealista. Assim, os cursos na área da saúde necessitam oferecer experiências interdisciplinares de cuidado e educação em saúde, não como opção, mas como uma necessidade de reorientação na formação dos profissionais.

Considerando os espaços de intervenção a partir da teoria aqui proposta, do aprendizado como base para promoção da saúde, faz-se necessário que professores e demais trabalhadores da educação infantil sejam capacitados para promoverem saúde no cotidiano de suas ações e para estratégias de educação em saúde. Os achados dos grupos focais contribuem, portanto, para consolidação desta teoria, pois os sujeitos dos grupos focais consideram que os hábitos são incorporados desde cedo pelo indivíduo.

Várias agências mundiais de saúde (HSFC, 1999) apontam que os modos de vida e comportamentos aumentam o risco de doenças crônicas, considerando que mesmo que as alterações fisiopatológicas sejam, a princípio,

assintomáticas, iniciam-se precocemente, sendo, portanto, essencial que a prevenção das DCNT se inicie na infância.

A primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), aconteceu em 2009 com um inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, realizada em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação. Embora a pesquisa PeNSE esteja prevista em edições trienais, vale avaliar se a amostragem com alunos de 14 anos ou mais, seria a única elegível, pois conforme explicitado nas narrativas dos entrevistados, as ações de prevenção e de promoção da saúde são introjetadas (ou não), e construídas pelo sujeito desde à infância.

Provavelmente, uma PeNSE com alunos da educação infantil, aproveitando o modelo da UMEI (Unidade Municipal de Educação Infantil), seja uma alternativa mais pertinente por representar também, a possibilidade de ser uma estratégia de intervenção e educação em saúde, na população mais suscetível à formação de hábitos de vida saudáveis.

Entre as metas nacionais propostas no plano de enfrentamento das DCNT destacam-se os objetivos de redução da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes. Conforme revelado pelos dados, o alcance dessas metas envolverá mais atores e recursos que os serviços de saúde e as campanhas midiáticas. Para tal, faz-se necessária uma articulação entre família, criança e escola. O aprendizado inicia-se no seio familiar, mas repercute em cada ambiente e relação social que se estabeleça, sendo, portanto, importante considerar estas dimensões para o alcance desta meta, bem como reconhecer as ações de corresponsabilidade e cogestão envolvidas neste processo.

As estratégias que compõem o plano de enfrentamento das DCNT para o período de 2011-2022 (Brasil, 2011a), fundamentam-se no delineamento de diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde e c) cuidado integral. Na vertente da promoção da saúde destacam-se:

- 1) Programa Saúde na Escola: implantação em todos os municípios, incentivando ações de promoção da saúde e de hábitos saudáveis nas

- escolas (p. ex. cantinas saudáveis); reformulação de espaços físicos visando à prática de aulas regulares de educação física.
- 2) Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar.
 - 3) Plano Intersectorial de Obesidade: implantação do Plano Intersectorial de Obesidade, com vistas à redução da obesidade na infância e na adolescência.
 - 4) Fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco.

A WHO (2011) também aponta fortes evidências de sucesso no enfrentamento das DCNT com a intervenção pró nutrição saudável no ambiente escolar.

Essas estratégias serão efetivas em médio e longo prazos, na medida em que considerarem a importância da precocidade da intervenção, na vida de cada criança.

O Canadá, país pioneiro na reorientação do modelo de atenção à saúde, também tem se preocupado com as crescentes taxas de sobrepeso e obesidade, especialmente entre as crianças e jovens, e assim buscado parcerias com organizações e eficientes estratégias de comunicação em massa para promover mensagens de alimentação saudável para crianças, na tentativa de reverter o problema (AGLUKKAQ, 2011).

As trajetórias de vida mostram que o aprendizado desde a infância é a base do cuidado e, portanto, definidor de posturas saudáveis e de adesão à promoção da saúde, porque as representações mais importantes, ou mais profundas, que serão definidoras do modo de viver e promover a saúde, são introjetadas e construídas a partir da infância. Ainda que surjam outras representações ao longo da vida, a base da representação permanece. Estando o núcleo da representação consolidado, mesmo que surjam outras representações, é essa representação nuclear, chamada por Giami e Veil (1997) de original, que servirá de filtro para aceitar ou rechaçar as novas representações, que embora sejam construções sociais da temporalidade, serão sempre representações periféricas.

A alimentação, que aparece como centro da promoção da saúde nos discursos dos entrevistados, passa a ser então o objeto no qual o aprendizado tem mais relevância. Assim, nas práticas alimentares tudo que é permitido ou proibido constitui uma linguagem de classificação social da alimentação, pois a comida simboliza o contato diário com a vida, não apenas na dimensão da necessidade orgânica, mas, sobretudo, no sentido da participação social no mundo (VALENTE, 1986).

Corroborando os achados deste estudo, as práticas alimentares, como práticas sociais, constituem-se em um “campo de aprendizado no qual presente e passado se entrelaçam, onde a tradição e a possibilidade de inovação estão presentes” (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Giard (1998) aponta que se come aquilo que se pode oferecer e o que se gosta de comer. O "poder" considera a disponibilidade, a partir da produção, distribuição e comércio dos alimentos, considera acessibilidade como preço, considera o permitido pela cultura e o valorizado pela organização social. Para o autor, o gosto é complexo e associa-se ao jogo múltiplo de atrações e repulsas, fundado nos hábitos da infância, a partir do disponível, mas também da forma como o alimento é oferecido.

Faz-se importante, ao pensar no aprendizado como base para um cuidado promotor da saúde, e na alimentação como centro da promoção da saúde, considerar que “comemos nossas lembranças, temperadas por afetos, por ritos que marcaram, e marcam a vida, sabores de felicidade, de tristeza, de saudade, doces ou amargos sabores do passado” (ROTENBERG; DE VARGAS, 2004).

Outra teoria que merece ser levantada está fundamentada no achado de que a promoção da saúde acontece em níveis e de maneiras diferentes conforme a faixa etária dos sujeitos. Esse resultado foi similar ao que foi também mostrado com a análise dos grupos focais.

Observou-se que, em cada faixa etária, os sujeitos promovem a saúde de acordo com as experiências que teve, ou seja, novamente pode-se afirmar que as experiências dos sujeitos ao longo da vida modificam as representações, e assim, estas modulam as diferentes formas de viver e promover a saúde em cada faixa etária. Contudo, as representações mais

profundas permanecem, e conforme já apontado, serão as definidoras da maior capacidade da tomada de decisões saudáveis na vida dos sujeitos.

Retomando aqui alguns resultados vale lembrar que os jovens da faixa etária de 18 a 31 anos concebem e promovem saúde com a prática de atividades físicas, mas reconhecem que o foco de sua atenção é a estética e não a preocupação com a prevenção de DCNT. Em relação à alimentação, os jovens entrevistados individualmente, também estão menos preocupados com os fatores de risco para DCNT, do que com o efeito social de alguns deles, como a obesidade, por exemplo, considerada esteticamente inaceitável. Os jovens relatam, como nos grupos focais, posturas de descaso com a própria saúde, representadas como 'perigo à espreita' que 'acabará aparecendo' com o avanço da idade, mas enquanto a idade não avança, essa preocupação não é deles.

Os sujeitos da faixa etária 2, adultos de 31 a 50 anos, concebem e promovem a saúde com mais cuidado com a alimentação e prática de alguma atividade física, pois consideram que nesta fase é que se conscientizam dos riscos para DCNT. No entanto, este grupo etário apontou conflito na adoção de hábitos saudáveis quando esta implica em decisões, nas quais terá que abrir mão, de 'certos prazeres da vida'.

Os sujeitos da faixa etária 3, acima de 51 anos, concebem e promovem a saúde com o objetivo de evitar as complicações das DCNT, porque não querem adoecer, e pelo temor da morte, pois se consideram com maior risco de morrer por causa da idade. Em todas as faixas etárias a alimentação é referida como o centro do cuidado e da promoção da saúde, porém não se abre mão do prazer e de transgredir a norma da alimentação saudável. Observa-se ainda que, a promoção da saúde em cada faixa etária, acontece modulada pelas representações de idade e hereditariedade relacionadas às DCNT, e que serão posteriormente discutidas.

Remetendo ao fato de que a promoção da saúde envolve escolha e, como tal, não se coloca na esfera do conhecimento científico, mas na esfera dos valores, vinculando-se a processos que não se expressam de maneira precisa e facilmente mensurável (Czeresnia, 1999), torna-se importante considerar os pontos de vista dos sujeitos, por faixa etária, para se pensar a

promoção da saúde de forma diferenciada, favorecendo escolhas saudáveis e coerentes com os julgamentos de valor dos sujeitos, em cada época de suas vidas.

Entretanto, conforme Condrau (2007), a subjetividade, a experiência da saúde e da doença do ponto de vista dos sujeitos e como lidar com a elas é território inexplorado para os historiadores da medicina. Para o autor, a história da visão do paciente é tão subdesenvolvida agora, como era em meados da década de 1980, quando parecia que a história dos pacientes poderia se transformar em um novo paradigma para escrever a história da medicina.

Não se valoriza o ponto de vista de quem é sujeito, seja para a saúde ou para a doença, esses valores não são levados em consideração. Como afirma Porter (1985), o papel dos 'doentes' na história da cura - em ambas as dimensões, social e cognitiva - tem sido rotineiramente ignorado pelos estudiosos, que trabalham com a perspectiva de que a história da saúde e da medicina é sobre médicos, o que eles sabem e o que eles fazem.

Buss (2000) considera que a promoção da saúde procura articular o tema da saúde com os temas da condição e qualidade de vida, afirmando que este ideário representa "*uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as pessoas e seus entornos*". Essa visão está em consonância com os achados deste estudo, sendo a capacidade de promover saúde uma estratégia associada a valores, que vão se modificando ao longo da vida, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação social.

Outro importante aspecto que vale discutir está no fato de que apesar dos esforços realizados para se implantar um novo modelo de atenção à saúde, especificamente na reorganização da atenção primária pela Estratégia Saúde da Família (ESF), predominam ainda ações sustentadas em uma visão fragmentada da atenção à saúde e do ser cuidado. Entende-se que é "necessário superar essa visão reducionista e fragmentada da realidade, em busca de uma concepção integradora do processo saúde-doença, do ser humano envolvido nesse processo e da organização dos Serviços de Saúde" (VIEGAS, 2010, p. 22).

Este estudo encontrou dados que apontam para o predomínio da cultura proveniente da medicina científica. Para os entrevistados cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente. Essa representação parece vir na contramão das propostas de promoção da saúde, na perspectiva da autonomia e do empoderamento.

Ao demandar consultas médicas, mais consultas médicas, as pessoas são transformadas em consumidores vorazes de mais e mais tecnologias especializadas e não do cuidado em si, o que as fazem dependentes. Isso diminui a autonomia e a capacidade de agir sobre a vida e sobre o meio para manter, resgatar ou ampliar a saúde e a liberdade, vistas como coeficiente de liberdade vivida e capacidade de instituir normas vitais (CANGUILHEM, 2002). Vivemos “o momento da cultura médica. Constituiu-se uma ‘imagem do médico’ – a da busca e do poder da cura. A população manifesta um sentimento de credibilidade – uma fé na medicina” (VIEGAS, 2010, p. 89).

Em um universo social que vive o desencanto dos valores, a cultura médica – que se tornou parte importante de nossa cultura – “procura se atribuir um sentido: o *sentido médico*, que consiste em viver utopicamente para evitar completamente a doença, retardar a hora da morte, ou até mesmo impedi-la; em suma, conservar a qualquer preço o mais precioso de todos os bens: a saúde” (LAPLANTINE, 2004, p. 204).

A cultura médica traduz, talvez, a herança de uma saúde medicalizada, pois há uma exigência de remédios e exames como se, por si, produzissem a solução para as demandas dos usuários (Viegas, 2010), que, de acordo com Merhy e Franco (2005, p. 182), é “a produção imaginária da demanda” que resulta na elevada busca por ação médica. Os autores partem do “pressuposto de que ela é socialmente construída e está relacionada ao perfil do Serviço de Saúde e à forma como se processam a produção do cuidado e as relações entre trabalhadores e sua clientela”. Nesse sentido, os resultados da presente investigação mostram que as representações sobre cuidado em saúde e saúde/doença definem tal demanda, como uma produção imaginária efetivada nos modos como vivem e se relacionam usuários e prestadores de serviços.

Destarte, a população deve participar de outras ações ofertadas além das consultas médicas; para isso, é indispensável a vinculação do usuário ao

serviço. A construção de vínculo permite avançarmos na tão almejada 'desmedicalização' e torna possível a ampliação da clínica, por meio da educação em saúde, das práticas de vida saudável, do atendimento interdisciplinar, das redes de apoio na construção social do cuidado em saúde (VIEGAS, 2012).

Os achados deste estudo revelam que as representações estão em consonância com o modelo médico centrado e hospitalocêntrico que se pretende superar, a antítese da promoção da saúde, guardando estreita relação com a fragmentação dos processos do cuidar em saúde, e do modelo voltado para as condições agudas de saúde.

A vida real dos Serviços de Saúde tem mostrado cotidianamente, no Brasil, que conforme os modelos de atenção que são adotados, nem sempre a produção do cuidado em saúde está comprometida efetivamente com a cura, a prevenção de riscos e agravos e a promoção da saúde, em uma visão abrangente do ser humano. Pensar modelagens dos processos de trabalho em saúde, em qualquer tipo de Serviço, que consigam combinar a produção de atos cuidadores, de maneira eficaz, com conquista dos resultados na cura, na promoção e na proteção da saúde, é um nó crítico fundamental a ser trabalhado pelo conjunto dos gestores e trabalhadores dos estabelecimentos de Saúde (MERHY, 2007).

Para o autor supracitado,

[] não são quaisquer ferramentas de governo que permitem agir em um modelo, centrado no usuário, que visa um novo modo de construir o cuidado e o forjamento de novos sujeitos em ação, comprometidos radicalmente com a defesa da vida individual e coletiva dentro de uma ótica de direitos sociais plenos (MERHY, 2007, p. 35).

O uso de ferramentas como educação permanente e educação em saúde apresentam comprovada efetividade na prevenção e no controle das condições crônicas (Mendes, 2012), mas é necessário repensar as práticas atuais, inclusive sobre as formas e conteúdo das próprias ferramentas.

Faz-se importante uma releitura do Cuidado, na tentativa de superação desta dicotomia, que é por vezes perpetuada pelos próprios profissionais de saúde, sustentando a permanência da representação encontrada. Cuidado para Boff (2002, p.89), influenciado pela leitura de Heidegger em *Ser e Tempo*, apresenta-se no sentido de "não se tratar de pensar e falar *sobre* o cuidado

como objeto independente de nós. Mas de pensar e falar *a partir* do cuidado como é vivido e se estrutura em nós mesmos. Não *temos* cuidado. *Somos* cuidado”. Para esse autor isso significa que o “cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo-de-ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado, deixamos de ser humanos”.

A promoção à saúde é a abordagem que tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo, buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas. Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde-doença, presente no ideário da medicina social do século XIX, defendendo ações que levem em conta a importância da articulação intersetorial, das abordagens interdisciplinares e da participação social (CARVALHO, 2004).

Para Verdi (2005), a promoção da saúde tem se constituído, na última década, em um dos temas mais citados e reiterados nos diferentes espaços da produção do conhecimento e das práticas de saúde. Nesse trabalho, a autora considera que a promoção da saúde é compreendida como modelo sanitário caracterizado pelo conjunto de elementos de natureza teórica, cultural e técnica que se organizam com o propósito de responder às demandas do campo da saúde e cuja existência é possibilitada apenas na realidade concreta. Os achados deste estudo apontam que estamos distantes de trazê-la para o concreto, nas nossas práticas atuais.

De fato, modelos sanitários são construções sociais resultantes de relações de disputas e acordos entre diferentes segmentos da sociedade, que confrontam seus interesses nas diferentes arenas sociais, como o das próprias práticas de saúde, sem que necessariamente, se tornem ‘realidade concreta’.

Na promoção da saúde, o empoderamento ou *empowerment* transforma-se em um conceito necessário de se apropriar, e funciona como ferramenta política básica que se contrapõe a propostas de gestão e regulação do social que sustentam projetos que contribuem para a manutenção da ordem social iníqua e injusta (CARVALHO, 2004).

Os resultados aqui encontrados mostram que ainda há um abismo entre o que se pensa e discursa sobre promoção da saúde e as práticas reais de saúde, que continuam fundamentadas em um modelo ultrapassado, mas ainda presente no cotidiano das ações, e que permeia o imaginário das pessoas, sustentando a representação de que cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames.

Como sugere Condrau (2007), ou o paciente (usuário/sujeito) é um parceiro independente no encontro médico, semelhante à fórmula que são necessários dois para o tango, ou o paciente é um resultado do olhar do médico, sem nenhuma oportunidade ao tango. Assim, o ponto de vista do “paciente” permanece enigmático. Por um lado, há uma chamada a considerá-lo como um parceiro importante, voz, sujeito, objeto ou o que você gostaria de nomeá-lo, com o objetivo último de reescrever a história da medicina, de acordo com a sua própria visão. Por outro lado, temos as declarações de que o paciente realmente desapareceu da narrativa médica ou é apenas um ‘subproduto’ da medicina (CONDRAU, 2007).

Nessa lógica, tal história parece ter relação com as estruturas de poder, e os ‘pacientes’, que estão nesse lugar de ‘pacientes’ parecem ser os menos propensos a desafiar o poder médico e sua influência, corroborando assim a medicalização de todas as práticas de saúde e cuidado.

É nessa perspectiva que se faz necessário um amplo debate a respeito de como superar esse paradigma, que é também da história da medicina e das práticas médicas, nos espaços sociais e políticos, e assim empoderar o ‘paciente’ para que ele deixe de ser paciente e seja ator no seu processo de cuidar e promover saúde.

A nova história social da medicina e a dicotomia existente entre a teoria e as práticas reais de saúde geram um movimento necessário em termos políticos e acadêmicos que urgem pelo redirecionamento do olhar para o ponto de vista de quem é cuidado pelo sistema de saúde.

A medicina hoje é uma profissão extremamente bem enraizada, de prestígio, atrelada a um corpo relativamente autônomo de conhecimentos e práticas. Não é de surpreender, então, que tenda a produzir histórias de si essencialmente expressas no molde de sua própria imagem. Assim, perpetua-

se a visão de que a história de cura é, por excelência, a história da médicos. Contudo, essa 'conta médico-centrada' da ascensão da medicina pode envolver uma grande distorção histórica. Por que é preciso dois para fazer um encontro médico - a pessoa sujeito da ação (paciente), e o médico, sendo portanto duas vias de um encontro (PORTER, 1985). As demais profissões da área da saúde acabam por sucumbir a essa mesma lógica.

Na verdade, cada vez mais esses encontros tem sido de múltiplas vias, frequentemente com rituais sociais complexos que envolvem a família, a comunidade e os outros profissionais de saúde, cada vez mais atuantes nas esferas assistencias, cada um com seu saber específico, em sua disciplina específica, na tentativa de entender e alcançar a integralidade.

Entretanto, essa ainda é uma busca complexa e que deve ser direcionada pelo ponto de vista dos sujeitos, de quem é cuidado, seja na saúde, seja na doença. Não se pode pensar num cuidado integral para DCNT sem priorizar e redirecionar as práticas atuais de saúde em prol de atingir, de fato, o ideário de promoção da saúde.

CAPÍTULO 9. A CULTURA DA IDADE NA BASE DOS MODOS DE LIDAR COM A SAÚDE E DOENÇA

A representação central sobre DCNT está relacionada à idade, assim, os jovens acreditam que os riscos de adoecimento são maiores para as pessoas idosas, não se constituindo por hora, uma preocupação para esta faixa etária. Os sujeitos das demais faixas etárias também consideram que as DCNT estão relacionadas à idade, no entanto, por já estarem próximos a uma faixa considerada por eles 'de risco' começam a se preocupar com a possibilidade de sua ocorrência. A vivência de doenças crônicas costuma realmente ser maior em pessoas acima de 50 anos, conforme referiram os sujeitos desta faixa etária, que participaram da pesquisa, acreditando estarem mais expostos ao risco de adoecimento e morte por DCNT.

A superação da representação original, das DCNT serem relacionadas à idade, é fundamental para o reconhecimento da necessidade de se adotar, precocemente, hábitos de vida saudáveis. A literatura tem evidenciado uma tendência à precocidade do aparecimento de DCNT, sendo que dados da WHO (2011) mostraram que cerca de $\frac{1}{4}$ das mortes globais relacionadas às DCNT acometem indivíduos com menos de 60 anos de idade. A representação de que as DCNT são hereditárias também está presente nas falas dos entrevistados. No entanto, mesmo reconhecendo o caráter hereditário das DCNT, especialmente os jovens, não modificam suas maneiras de viver e cuidar da saúde considerando a hereditariedade, e, assim, não adotam posturas de cuidado porque representam que ainda não chegaram à idade de desenvolvimento (acima dos 40 anos) dessas doenças.

A relação das DCNT com a idade é uma representação mais forte do que a representação do seu caráter hereditário, sendo esta primeira representação, a que modula, mais intensamente, a postura dos sujeitos no que se refere à prevenção e ao cuidado à saúde.

A representação de idade relacionada às DCNT acompanha a trajetória dos sujeitos, interferindo na adoção de práticas saudáveis, e corroborando a representação de que indivíduos de faixas etárias diferentes promovem a

saúde de formas diferentes. Desta forma, a preocupação e a capacidade de cuidado vão evoluindo, e melhorando conforme a idade vai aumentando.

Algumas das representações relacionadas à hereditariedade e DCNT foram explicitadas no sentido de que “as medidas preventivas são ineficazes quando há fator genético predisponente”, o que pode resultar em baixa adesão a modos de vida saudáveis, fazendo com que posturas de descaso com a saúde sejam justificadas por tais representações.

Outro dado encontrado que relacionou doença e idade foi a representação de que doenças da infância são comuns, corriqueiras e não são perigosas, como se não existisse a possibilidade de adoecimento por DCNT na infância.

Roy Potter (1985) encontrou dados que corroboram a ideia de que doenças da infância (sarampo, caxumba, catapora e coqueluche) não despertam preocupação e são percebidas como doenças ‘de rotina’, bem como meningite, salmonelose ou amebíase.

Apesar das informações sobre idade e hereditariedade e sua relação com as DCNT estarem amplamente disponíveis para a população, inclusive através dos meios de comunicação, observou-se que essas informações fundamentadas no risco biomédico ou risco epidemiológico, parecem não dar sentido e não estimular posturas de cuidado e autocuidado. Como se o risco apontado pela epidemiologia ou pela saúde pública estivesse ‘fora do sujeito’, como algo presente no mundo, não sendo, portanto, um risco concebido e introjetado ou construído por eles.

Uma importante descoberta partiu da revelação que para os entrevistados, as representações de risco para DCNT se misturam com as representações que eles têm dos riscos para doenças transmissíveis.

No conjunto das entrevistas vários relatos mostraram a visão miasmática e de transmissibilidade de doenças permeando a representação de um mundo asséptico como um mundo sadio ou livre do perigo de doenças, ainda que durante todo o período da entrevista, mantivéssemos o foco nas DCNT como nosso objeto de estudo.

Esse achado permite teorizar que a incompreensão dos processos fisiopatológicos das DCNT, a ausência de um agente etiológico ou um

microorganismo culpado é um entrave para a prevenção deste grupo de doenças, porque as representações mais profundas dos sujeitos que se relacionam com a doença e com a morte, são de doenças transmissíveis.

Alguns entrevistados acreditam estarem mais expostos ao risco em situações quando há falta de adequados hábitos de higiene e de condições de moradia. Exatamente como aconteceu nos grupos focais, quando a tuberculose (TBC) foi o exemplo geral dessa situação, considerada como uma doença degradante, bem como todas as outras doenças transmissíveis.

O medo de doença fundado no terror das antigas doenças epidêmicas são representações persistentes, independentemente do conhecimento científico e informações que circulam na mídia, ou que se tem nos serviços de saúde (GRMEK, 1995).

A construção das teorias sobre a propagação das doenças epidêmicas, conforme concebem Czeresnia (1999) e Canguilhem (2002), considera que os valores relativos à individualidade e à alteridade interferiram na construção da teoria celular; e na origem dessas teorias está a percepção do contágio. Isto é, de que a doença epidêmica propaga-se por meio do contato com doentes ou objetos por eles tocados.

Contágio é uma experiência originária que se refere ao medo do contato com o outro. O pânico vivenciado nas epidemias esteve relacionado a atitudes obscurantistas e irracionais de rejeição. São as chamadas representações 'originais', assim intituladas por Giarni; Veil (1997), e que perpetuam no imaginário das pessoas, dificultando a compreensão de outros tipos de doenças, especificamente aquelas que são causadas pelos modos de vida e comportamentos.

Segundo Czeresnia (2001), a origem da doença na Idade Média era concebida por circunstâncias que ampliavam os espaços de permeabilidade do corpo, sendo mais predispostos a adoecer aqueles mais abertos ao contato e aos estímulos. O conceito de transmissão constrói, assim, uma nova racionalidade capaz de controlar o medo difuso associado à velha noção de contágio, permitindo alcançar formas mais efetivas de intervir sobre a propagação de doenças epidêmicas. Esse conceito surgiu no século XIX, no contexto da emergência da medicina moderna. No entanto, a autora aponta

que após este período a explicação sobre a propagação das doenças epidêmicas deslocou-se do sentido do tato/contágio – de uma compreensão miasmática, que produzia uma apreensão vaga, para o sentido da visão, possibilitando uma definição mais objetiva e precisa das origens das doenças (CZERESNIA, 2004).

Contudo, essa explicação não está de acordo com os achados deste estudo, pois conforme observamos, a visão miasmática ainda perdura nas representações dos sujeitos e define posturas de maior cuidado em relação às doenças transmissíveis do que em relação às DCNT.

A teoria de doença epidêmica moderna contribuiu para a construção de representações corporais que levaram a um crescente “fechamento” das suas interfaces, tornando o corpo uma estrutura primariamente defensiva, conforme afirma, ainda, Czeresnia (1997). Para a autora, isto permeia o imaginário dos sujeitos, sustentando as representações encontradas que permitiram a construção desta teoria.

Outros significados que sustentam esta teoria estão associados ao uso de fertilizantes, pesticidas, agrotóxicos e outros produtos que, segundo os entrevistados, comprometem a qualidade dos produtos naturais, interferindo diretamente na saúde.

Diante desse resultado torna-se importante que as políticas públicas considerem e reflitam a respeito das representações encontradas com o objetivo de superá-las através do aumento do número e da qualidade das informações relacionadas às DCNT, do empoderamento e da responsabilização dos sujeitos, a fim de que compreendam que, no que se refere às condições crônicas, a promoção da saúde e adoção de modos de vida saudáveis, estão para as DCNT como os agentes etiológicos estão para as doenças transmissíveis.

Nesse sentido, diferentes teorias interpretativas do processo saúde-doença foram identificadas ao longo da história. Observa-se que todas têm distintos projetos de intervenção sobre a realidade, em resposta às necessidades sociais.

As teorias até o século XIX podem ser sintetizadas nas vertentes ontológica e dinâmica. Na concepção ontológica, a doença assume o caráter

de uma entidade natural ou sobrenatural, externa ao corpo humano, que se manifesta ao invadi-lo. A concepção dinâmica compreende a doença como produto da desarmonia entre forças vitais.

Na Europa, no final do século XVIII, predominavam explicações para o adoecimento humano que consideravam os paradigmas socioambientais, esboçando as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença. Miséria e miasmas eram invocados para explicar a disseminação das enfermidades.

Com o advento da bacteriologia, a concepção ontológica firmou-se vitoriosa e suas conquistas levaram ao abandono dos critérios sociais na formulação e no enfrentamento das doenças. Os estudos de Chadwick sobre as causas da diminuição da população inglesa e de John Snow sobre o caráter transmissível da cólera instituíram as bases metodológicas da Epidemiologia (SILVA *et al.*, 1990; FACCHINI, 1994).

Atualmente, há predominância da teoria da multicausalidade, com ênfase nos condicionantes individuais. Como alternativa para a sua superação, propõe-se a articulação das dimensões individual e coletiva do processo saúde-doença (OLIVEIRA; EGRY, 2000). Evidências da determinação social do processo saúde-doença e os primeiros modelos estatais de interferência na saúde das coletividades fizeram surgir esse novo modelo, que articulado aos movimentos ideológicos do sanitarismo e da medicina social, foi congruente às correntes de pensamento vigentes na época e em seus locais de origem, Inglaterra e Europa Ocidental (SILVA *et al.*, 1990).

A saúde, hoje, é, frequentemente, pensada em termos negativos, como a ausência de doença, porque a representação original é de que o sujeito, a população, se torna doente porque há algo de fora que traz a enfermidade. A Organização Mundial da Saúde, ao definir a saúde como "o completo bem-estar físico, mental e não apenas a ausência de doença", propôs-se justamente a superar essa negatividade através de um conceito integrador que, mais que um conjunto de negativas, pretende designar a inexistência de qualquer condição indesejável (OLIVEIRA; EGRY, 2000).

Paralelamente, o modelo da determinação multicausal atribui a gênese da doença a múltiplos fatores inter-relacionados em redes de causalidade. A

despeito da sua positividade, que tem garantido sua hegemonia, as limitações deste modelo têm levado a considerá-lo ineficiente. Elas dizem respeito à impossibilidade de conhecer o peso relativo de cada um dos fatores na determinação do fenômeno. Como também ao fato dos modelos empíricos em epidemiologia trabalharem tais fatores isoladamente, resultando, paradoxalmente, na redução deste modelo à unicausalidade. A aplicabilidade deste modelo na formulação de políticas de saúde esbarra na dificuldade de estabelecer prioridades para a atuação frente à inúmeras opções causais (BARRETO; CARMO, 1994).

Dentre os modelos de unicausalidade que acabam por operar na prática, Barreto; Carmo (1994) distinguem algumas teorias: Teoria do germe, Teoria dos estilos de vida e a Teoria genética. A teoria do germe que tem seu auge com o advento da bacteriologia, ainda se mantém como alternativa importante, a despeito da diminuição relativa do número de casos de doenças infecciosas na maioria dos países, frente ao aumento das enfermidades crônicas não transmissíveis. Essa teoria corrobora os resultados deste estudo, com a presença das representações que evocam esse entendimento 'miasmático' da transmissão de doenças, mesmo tendo as DCNT como objeto desta investigação. Os dados do presente estudo, ainda revelam que a teoria do germe é ainda a teoria de compreensão do processo saúde-doença para os entrevistados, permitindo-nos considerá-la como um paradigma a ser superado para que se alcance a integralidade e a promoção da saúde no cuidado em relação às DCNT.

A provável explicação para a existência desta teoria ainda nos dias de hoje é fornecida por Oliveira; Egry (2000) ao considerarem que estratégias de intervenção ancoradas na teoria do germe podem se limitar às medidas voltadas ao controle do agente infeccioso, tendo como alvo privilegiado o corpo humano individualizado. Como exemplos têm-se os programas de vacinação e as terapêuticas antimicrobianas.

Por sua vez, a teoria dos estilos de vida considera que o modo de vida das pessoas, seus hábitos e os comportamentos de risco são a gênese da doença. O problema aí seria o foco das intervenções necessárias de proteção à saúde e à adoção de estilos de vida mais saudáveis, porém no plano

individual. Nessa concepção, a informação e os programas de educação em saúde aparecem como uma alternativa importante de intervenção no processo saúde-doença (OLIVEIRA; EGRY, 2000). Esta teoria parece também corroborar a efetividade das estratégias apontadas na discussão da promoção da saúde, mas que inclui o plano coletivo.

A teoria genética ganhou força na medida em que evoluíram as pesquisas sobre genoma humano. Retoma-se a vertente ontológica, considerando que as explicações para o adoecimento estão adormecidas nos códigos genéticos individuais, o que constitui "... a expressão máxima da biologização na causalidade das doenças e da individualização nas práticas de saúde" (BARRETO; CARMO, 1994, p.24). Essa visão, embora guarde relação com as representações encontradas sobre a hereditariedade das DCNT, está longe de satisfazer os anseios de reformulação de uma teoria de saúde doença para a Saúde Coletiva.

Oliveira; Egry (2000) consideram, ainda, a necessidade de superação dos modelos causais clássicos, centrados em ações individuais através da adoção de modelos interativos que incorporem ações individuais e coletivas. Uma nova maneira de pensar a saúde e a doença, segundo as autoras, deve incluir explicações para os achados universais de que mortalidade e morbidade obedecem um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas, de modo que, menores rendas ou *status* social estão associados a uma pior condição em termos de saúde.

Essa evidência é indicativa de que os determinantes da saúde estão localizados fora do sistema de assistência à saúde. Ou seja, se os indicadores de mortalidade e morbidade mantêm-se estáveis ao longo do tempo, mesmo que as principais causas de adoecimento se modifiquem, há o apontamento que outros fatores adjacentes influenciam a suscetibilidade às doenças, mesmo quando pensados como fatores de risco. O acesso aos bens sociais, incluindo os que produzem cultura e reflexão compartilhada, parece ser o caminho mais promissor para a superação necessária, porque pode estabelecer possibilidades de mudança de representações, autonomia e quebra do paradigma do processo saúde doença.

CAPÍTULO 10. SOCIEDADE DE RISCO

Os entrevistados foram unânimes em dizer que “hoje em dia é tudo muito perigoso”, como se há alguns anos, tais perigos não existissem, ou ainda, fossem mais restritos ou mais controláveis. Essa visão de que vivemos num mundo mais perigoso atualmente, e que tais perigos são potencializados pelos condicionantes da vida nas grandes cidades, guarda uma relação de coerência com uma das teorias sociais do risco, a teoria da modernidade reflexiva de Beck (1999), também conhecida como Sociedade de Risco.

Na perspectiva de Dean (1999), em dias atuais, o risco pode ser visto como um “*estado contínuo*” e, nesse sentido, nunca desaparece completamente; isto significa que estamos perenemente em risco, de fato.

Segundo Giddens (2000), o risco sempre será uma tentativa para colonizar o futuro, como uma espécie de antecâmara para tais acontecimentos que estão por vir, porém, o risco em si mesmo é uma entidade neutra (Ewald, 1991) e abstrata, que necessita estar ligada a uma situação concreta para ganhar sentido. Se considerarmos que alguém ou alguma coisa está em risco, isso significa que o evento ainda não ocorreu. É neste sentido que, segundo Adams (2005), o risco é, em parte, fruto da nossa mente, dado que traduz essencialmente uma projeção incerta de acontecimentos vindouros (AREOSA, 2010).

Considerando essa linha de pensamento, Slovic (2001) preconizou que “os perigos são reais, enquanto os riscos são construções sociais”. Essa proposta de diferenciação conceitual entre riscos e perigos guarda coerência com o objeto em pauta do presente estudo. Contudo, para Thompson e Wildavsky (1982), o risco sempre será um produto social porque se as pessoas em seus diferentes contextos (sociais) revelam convicções contraditórias sobre como é o mundo exterior, isto torna expectável que poderão ter, também, ideias diferentes sobre o universo dos riscos.

Areosa, (2010) propôs quatro perspectivas das teorias sociais do risco: a Perspectiva Culturalista, o modelo da Sociedade de Risco, a Abordagem Sistêmica e a Governamentalização do Risco. Manteremos o foco da discussão

na Sociedade de Risco, mas com algumas ideias compartilhadas entre as outras perspectivas teóricas.

Ulrich Beck (1992) apresentou, na década de 1980, o inovador conceito de '*Sociedade de Risco*', para alertar sobre os riscos aos quais as sociedades atuais estão sujeitas, particularmente os riscos de caráter tecnológico e ambiental. Para Beck et al. (2000), sociedade de risco significa que vivemos a consequência dos efeitos secundários das ações e assim habitamos um mundo fora de controle, onde nada é certo além da incerteza. A novidade desta noção está no fato de que algumas decisões humanas podem envolver consequências e perigos globais, ilimitados.

A teoria de Beck considera que não se sabe se vivemos num mundo mais arriscado do que o mundo em que as gerações passadas viveram. No entanto, este é um aspecto da teoria que não confirma os discursos convictos dos sujeitos da pesquisa, que se referem ao aumento de riscos na sociedade atual.

Beck et al (2000) refletem que o problema não está situado na "quantidade" do risco; a grande diferença histórica entre o passado e o presente, é que hoje sabemos ser impossível controlar as consequências de algumas decisões civilizacionais. É neste contexto que Beck e Giddens utilizam o termo 'incertezas fabricadas', o que, por outra perspectiva, sustenta as representações encontradas neste estudo.

Uma das teses centrais do autor desta teoria revela que alguns dos novos riscos deixaram de poder ser pensados como fenômenos locais, circunscritos a uma determinada área ou situação, visto que assumiram um caráter global. Essa teoria da Sociedade de Risco teve um enorme impacto social na sua fase inicial, embora, posteriormente, fosse também alvo de diversas críticas à sua concepção. A Sociedade de Risco emerge em resposta à obsolescência da sociedade industrial (BECK *et al.*, 2000). A terminologia '*Sociedade de Risco*' designa essencialmente uma condição das sociedades contemporâneas, nas quais os riscos sociais, individuais, políticos e econômicos tendem, de forma crescente, a escapar ao controle e monitorização da sociedade.

Segundo Beck, existem dois estágios distintos para estas duas realidades sociais, isto é, a Sociedade de Risco sucede à Sociedade Industrial. A transição da Sociedade Industrial para a Sociedade de Risco é irreversível, assim o autor denomina este período transicional como “Modernidade reflexiva ou Reflexividade”, e que representa o início da Sociedade de Risco (BECK et al., 2000).

Para o teórico, as organizações atuais tornaram-se, simultaneamente, produtoras e consumidoras das múltiplas formas e fontes de risco que não conseguem controlar. A sociedade industrial perdeu aos poucos suas “certezas”, sabendo-se que estas constituíam um dos seus principais alicerces. Preconizou que no mundo existem algumas situações imponderáveis, contingentes e aleatórias, onde já não há espaço para as certezas anteriores. É aí que surge uma ruptura inevitável com o passado, porque os parâmetros explicativos da Sociedade Industrial já não faziam sentido, na dinâmica da modernidade (BECK, 1997).

Esse reconhecimento do caráter contingencial e imponderável do risco, também está de acordo com os dados que fizeram emergir esta categoria e que, portanto, corroboram a teoria da Sociedade de Risco. Riscos individuais sempre existiram, no entanto, a modernidade gerou novos tipos de riscos, radicalmente distintos dos anteriores (Areosa, 2010), os quais se pode denominar de riscos difusos, conforme representam também os sujeitos deste estudo.

Paradoxalmente, apesar de certa tendência para a “democratização” do risco nos dias atuais, a distribuição social de alguns riscos permanece desigual. Beck (1992) considera que na “modernidade avançada”, a produção de riqueza é sistematicamente acompanhada da produção de novos riscos que, por sua vez, representam um fenômeno de origem humana.

Os críticos da teoria de Beck (Lash, 2000; Elliott, 2002) defendem que o sucesso do conceito de Sociedade de Risco se deve mais a circunstâncias históricas, do que propriamente ao conteúdo. Luhmann (1993), teórico de uma das perspectivas sociais do risco, a teoria Sistêmica do Risco, considera a sociedade de risco mais como um conceito de modismo do que propriamente uma teoria social consistente. Outros críticos defendem que a teoria de Beck

circula entre a verdade e a profecia, apontando certa falta de precisão nas propostas políticas para lidar com os diagnósticos de riscos globais, e consideram reducionista a visão de risco de sua teoria (Areosa, 2010). Beck foi também pejorativamente apelidado de teórico da catástrofe ou teórico apocalíptico.

Em alguns aspectos, as demais teorias sociais do risco corroboram, em maior ou menor intensidade, os resultados encontrados, sendo úteis para uma discussão mais consistente, considerando a densidade e as múltiplas nuances que o objeto 'risco' apresenta.

A Teoria Culturalista é marcada pela obra de Douglas e Wildavsky, intitulada *Risk and Culture*. Os autores iniciam sua obra com o seguinte Questionamento: "Poderemos conhecer todos os riscos com que nos deparamos, no presente ou no futuro?" A resposta é taxativamente negativa, considerando o mundo como local repleto de riscos insuspeitos. Outro questionamento emergido na obra diz respeito à decisão das pessoas sobre os riscos que pretendem enfrentar e quais os riscos que pretendem ignorar ou rejeitar. A resposta, de acordo com a Teoria Culturalista, se relaciona com aspectos de natureza cultural (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982).

Assim, para os autores da Teoria Culturalista, a definição social dos riscos é culturalmente determinada. Outro destaque dessa concepção aponta que indivíduos diferentes revelam preocupações diferentes sobre os mesmos riscos. Krimsky (1992) considera que a Teoria Culturalista entende o problema do risco a partir de três áreas comuns:

- O estatuto ontológico do risco;
- A teoria da seleção social do risco;
- A utilização de modelos que testam a ligação de variáveis sociológicas com as atitudes individuais perante o risco.

Douglas e Wildavsky (1982) enfatizam que existem motivos que levam as pessoas e organizações a selecionarem determinados tipos de risco dentro das suas preocupações e a rejeitar outros com a mesma magnitude. O risco é então entendido, como algo carregado de significado, fortemente influenciado por valores e crenças sociais, ou seja, o risco é culturalmente construído. Nessa teoria, a avaliação de riscos e a preocupação em aceitar determinados

riscos não levantam apenas problemas psicológicos, mas sobretudo problemas sociais. A percepção do risco é considerada como uma resposta cultural às ameaças sofridas. Assim, a Teoria Culturalista constrói o seu conhecimento sobre o risco através da observação das diferenças e das contradições existentes, ou seja, a partir da avaliação efetuada sobre as diferentes situações da vida cotidiana nas sociedades.

Outra importante dimensão apontada nessa teoria se refere à heterogênea distribuição social dos riscos. Douglas e Wildavsky (1982) exemplificam que, de forma geral, as pessoas mais pobres têm menos saúde, morrem mais cedo e têm mais acidentes do que as pessoas mais ricas. Outros autores de perspectivas distintas da sociologia do risco, como Armstrong (1984) ao falar da visão dos pacientes na história da medicina, corroboram o fato de que a classe social é um dos principais determinantes da saúde e do comportamento das pessoas. Na dimensão desta teoria, conforme citado por Areosa (2010), seus autores identificaram cinco categorias distintas de sujeitos em relação às representações do risco:

- atemorizados – a vida é uma loteria, os riscos estão fora de controle e a segurança é uma questão de sorte;
- burocratas – os riscos são aceitáveis, enquanto as instituições têm rotina para seu controle;
- eremitas – os riscos são aceitáveis, enquanto não envolvem a coerção dos outros;
- igualitários – os riscos deveriam ser evitados, a menos que sejam inevitáveis para proteger o bem público;
- empreendedores – os riscos oferecem oportunidades e devem ser aceitos, na expectativa de se obter outros benefícios.

Apesar da relevância desta perspectiva teórica, ela não está isenta de críticas, especialmente aquelas de autores que consideram a compreensão do risco bem mais complexa do que a categorização utilizada no modelo culturalista, visto que o risco não é redutível apenas a aspectos de natureza cultural (RENN et al., 1992, HANNIGAN, 1995).

Em consonância com esta perspectiva teórica estão algumas das representações encontradas que apontam que a visão de risco de cada um é

marcada por sua informação, escolaridade e cultura. Segundo estes sujeitos, a decisão de se expor ao risco e de quanto se expor a ele, é modulada, basicamente, pela influência da cultura em atribuir significado ao risco.

Outro aspecto interessante dessa teoria dialoga com os resultados que se referem às representações de sujeitos que distinguem situações de risco condicionadas ou determinadas por situações de vulnerabilidade social vivenciadas. Independente de tais situações não serem determinadas pelos aspectos culturais, Douglas e Wildavsky são os principais teóricos a defenderem as diferenças sociais na exposição ao risco, embora também esta dimensão tenha sido apontada na Sociedade de Risco de Beck.

Outra importante teoria é a Abordagem Sistêmica do Risco. Uma das principais contribuições para a Abordagem Sistêmica do Risco foi o trabalho de Luhmann (1993). Sua perspectiva distingue os conceitos de risco e perigo e de risco *versus* segurança. Nessa concepção, a noção de risco depende mais do modo como é ele observado e não tanto das suas pressupostas características objetivas. Apesar de risco e perigo estarem associados à ideia de potencial perda futura, o autor defende a distinção de ambos os conceitos. Para Luhmann (1993), o perigo se origina de fontes externas e as consequências ou prejuízos independem da nossa vontade. E o risco, ao contrário, tem origem em decisões próprias. O autor recorre ao seguinte exemplo: Quem fuma, aceita o risco de morrer de câncer, mas para quem não fuma e respira a fumaça do cigarro dos outros, o câncer deve ser visto como um perigo.

Giddens (1998), precursor de Beck na teoria da sociedade do risco, concorda com a interligação conceitual de Luhmann entre as noções de risco e perigo, mas discorda de Luhmann quando este preconiza que “se nos abstermos de agir, não corremos riscos”. Ao contrário de Beck e Giddens, a inação não é vista por Luhmann como um risco. Esta é uma diferença significativa entre a Perspectiva Sistêmica e a Sociedade de Risco, e nessa perspectiva, os achados do estudo estão de acordo com a Sociedade de Risco.

Slovic (2001), defensor da Teoria Psicométrica do Risco de Fischhoff *et al.* (1984) também concorda com a distinção entre risco e perigo proposta por Luhmann. Contudo, a Teoria Psicométrica do Risco faz parte dos estudos da Psicologia do Risco, uma vertente diferente das teorias sociais do risco, não

entrando em linha de conta para o presente estudo. Ressalta-se, no entanto, que, do ponto de vista teórico, Luhmann (1993) concebe o risco como um desvio à norma. Segundo o autor, o universo é visto como um espaço de contingência que necessita ser transformado em algo passível de ser gerido. Na sua perspectiva, aquilo que se entende sobre a noção de risco não deve ser procurado fora do sistema social. Esta crença subjetiva numa certa invulnerabilidade individual, perante acontecimentos futuros negativos, e tem sido designada como “otimismo irrealista” (WEINSTEIN, 1980). Para o teórico da abordagem sistêmica, confiamos nesta premissa e, simultaneamente, negligenciamos certos tipos de riscos porque não temos alternativa a esta situação, pois, caso contrário, só nos restaria viver num mundo de permanente incerteza, ansiedade e instabilidade emocional (AREOSA, 2010).

A teoria de Luhmann sustenta alguns dos dados encontrados que se referem à distinção proposta pelo autor entre risco e perigo, embora nenhum dos entrevistados tenha apontado passividade ou inação como um fator protetor. A representação de que pessoas mais cordatas, consideradas de paz, e conseqüentemente, que não vivem constantemente em conflitos explícitos tão comuns na sociedade moderna, estão menos expostas ao risco foi a encontrada no presente estudo.

Nesse sentido, outro aspecto importante desta contribuição teórica para os achados do estudo se refere à contingência do risco.

A representação de que os tanto os riscos quanto os perigos fazem parte dos imponderáveis da vida, pois são aspectos contingentes da vida humana, esteve presente na maioria das narrativas dos entrevistados, como aconteceu também nos grupos focais.

O discurso geral dos sujeitos participantes da pesquisa associa a contingência dos riscos, apontando a democratização destes, principalmente com a época em que vivemos de exacerbação dos medos, associada à impossibilidade de controle sobre os riscos, referindo uma visão típica da Sociedade de Risco.

A contingência do risco representada pelos sujeitos o coloca como aspecto inerente à condição humana, como corroboram os jovens participantes dos grupos focais. A vida cotidiana é multiplicadora de ocasiões de perigo,

pelas escolhas feitas, por distração, esquecimento, negligência ou inépcia dos outros. Contudo, há precauções sociais ou pessoais que balizam a vida cotidiana, limitando a vulnerabilidade do sujeito e do coletivo (LE BRETON, 2009).

Areosa (2010), nessa perspectiva, reforça que a utilização do termo risco permite determinar um meio de problematizar o futuro. O risco é uma forma de projetar possibilidades sobre o futuro estando ainda no presente, embora essa relação temporal seja marcada por outros aspectos contingenciais, visto que o futuro é opaco e ambivalente (situado entre o provável e o improvável). Nessa linha, para Luhmann (1993), o risco tem uma função operatória necessária à redução da complexidade, sabendo-se que esta complexidade é determinada pela incerteza do tempo futuro.

Quando os efeitos nocivos de determinadas condições estão confirmados, entramos no domínio da aceitabilidade social do risco, onde é avaliada a relação custo-benefício. Apesar do caráter contingencial do risco, estudos mostram que a partir de um determinado nível, as pessoas deixam de aceitá-los (DOUGLAS, 1985). Entretanto, a própria perspectiva Culturalista é sedenta da explicação sobre a razão que leva as pessoas a ignorarem muitos dos perigos potenciais à sua volta, selecionando determinados riscos, por vezes menos relevantes, centrados no caráter contingencial de alguns deles (AREOSA, 2010).

Em *Risk and Culture* (Douglas; Wildavsky, 1982), uma das possíveis explicações para esta questão se deve ao fato de, nos últimos anos, aquilo que antes era visto como fonte de segurança tornou-se fonte de risco, de acordo também com teoria da Sociedade de Risco. Com ironia, Douglas e Wildavsky (1982, p. 10) afirmam que “as pessoas não têm receio de nada, a não ser da comida que comem, da água que bebem, do ar que respiram, da terra onde vivem e da energia que utilizam”. Parodiando os entrevistados, pode-se dizer que, apesar do medo, os sujeitos comem, bebem, respiram e utilizam toda a energia de que precisam.

Reconhecer o caráter contingencial do risco é benéfico, inspira cuidado e responsabilização do ser humano, contudo observa-se, por vezes, que esse caráter contingencial é usado para justificar posturas de descaso ou descuido

com as situações, pessoas, coisas e com a própria saúde. Na perspectiva do discurso das fatalidades, os sujeitos procuram justificativas para suas ações de imperícia, negligência ou imprudência.

Nessa dimensão, La Mendola (2005) nos ensina que considerar o risco como equivalente ao jogo de azar implica um desserviço à cultura da responsabilidade e torna impossível a análise das motivações de quem se encontra em situações de imponderabilidade. A imponderabilidade não pode ser vista como uma alternativa à responsabilidade. Mesmo nos jogos de azar, os jogadores demonstram a si próprios que estão vivos, experimentando o conjunto das percepções e das emoções com o próprio corpo. Sua necessidade é celebrar a autodeterminação, trata-se de uma demanda de aquisição de poder, de uma questão de *empowerment*. Como afirma La Mendola, (2005, p. 60):

O deslizamento semântico do termo risco, passando a significar perigo, assinala o medo que nossa sociedade exprime com relação à demanda pragmática de aquisição de poder por parte dos protagonistas, ao ato de assumir a responsabilidade que começa pela escolha de quais riscos enfrentar.

Considerando o aspecto da heterogênea distribuição social dos riscos, já apresentado da Teoria Culturalista, que aponta para o fato de que pessoas pobres estão mais expostas ao risco do que pessoas ricas (Douglas; Wildavsky, 1982), não se pode afirmar que essa exposição se dê voluntariamente.

A relação entre custos suportados e benefícios esperados é um aspecto importante na tomada de decisão sobre a exposição aos riscos. Talvez certos indivíduos prefiram estar expostos a determinados riscos laborais ou ambientais do que estarem desempregados, por exemplo. Existem determinados condicionantes sociais de caráter coercivo que influenciam a aceitabilidade do risco. Estes tipos de risco podem não ser desejados, mas as pessoas têm de fazer opções, nomeadamente quando têm de ponderar entre os custos e os benefícios de certos riscos (MITJAVILA, 2002).

Outro caráter revelado pelos resultados se refere ao fato de que estas decisões estão pautadas em padrões sociais estabelecidos, ou seja, no

acatamento das normas sociais e institucionais, e no seu oposto, a transgressão da norma.

A norma é uma lei imanente; é uma regularidade observada e um regulamento proposto. A Modernidade propôs a separação dos homens entre normais e anormais, distribuição que produz no interior de cada indivíduo uma cisão e um esforço de se conformar aos valores sociais, uma tensão culpabilizadora que provoca a homogeneização dos comportamentos. Apreende-se o funcionamento do poder disciplinar: atenção às diferenças visíveis de comportamento, hierarquização destas diferenças segundo a polaridade entre normal e anormal, atribuição de identidade aos indivíduos segundo o desejo que os conecta aos desvios de comportamento, experiência da culpa pela inquietação com a normalidade de seus atos e desejos (VAZ, 1999).

Para o autor supracitado, trata-se da tríplice operação da norma delimitando o poder de ação dos indivíduos sobre eles mesmos. A norma substitui o conceito de natureza humana, usual no século XVIII. Quando se fala que certo comportamento é inerente à natureza humana, indicamos que nada podemos em relação à sua efetuação no mundo. Quando denominamos um comportamento de anormal, acreditamos que podemos mudar e nos obrigamos a transformá-lo. Primeiramente, trata-se de transformar o anormal em normal, não apenas corrigir, mas, sobretudo, não questionar os valores ditos normais. Segundo, a norma é um modo de reunir fato e valor, de conectar o ser ao dever-ser. Terceiro, por ser culpabilização, a norma implica um mecanismo de *feedback*: sua existência a reforça, ao produzir o temor e a repulsa do anormal (VAZ, 1999).

Através da emergência do risco, podemos apreender a invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia, a nova articulação entre mídia e ciência, e a mídia legitimando-se por ocupar o lugar daquele que adverte da existência dos riscos e propõe meios de contorná-los. A mídia opera assim, em parte, como divulgadora das normas; experimentamos não apenas a estetização do cotidiano, mas também a cientificização de nossas vidas e mortes.

A hesitação entre acatar a norma ou transgredi-la, referida pelos entrevistados, repousa na necessidade de ter que decidir entre fazer e não fazer algo, especialmente quando está implícito nas decisões o desejo, como um ponteiro que oscila entre o prazer e o risco futuro, entre a emoção imediata e o futuro projetado. Para Vaz (1999), a hesitação não pode ser positivada, pois se trata, sempre, de uma decisão sob pressão temporal: há pouco tempo para agir e muita coisa está em jogo – entre praticar o ato sexual ou não, entre comer ou não uma feijoada, pode-se estar decidindo a vida inteira –, e as informações são insuficientes e de difícil aplicação.

O conceito de risco vai se tornando, cada vez mais, um instrumento de controle social no qual a ciência e seus *experts*, são os principais elementos de produção de normas, e a mídia o grande aparelho de controle. Analisando esse processo, é possível verificar como o risco à vida, assimilado intuitivamente pela coletividade, vem a ser muito bem operado pelo capitalismo (MORAES; NASCIMENTO, 2002).

O acesso do indivíduo ao consumo, paradoxalmente alerta para as consequências de um vínculo excessivo com tais práticas ou produtos de consumo que lhe proporcionam prazer. Trata-se de um jogo entre o vício ou prazer e o risco: em que medida a perda de controle na relação com o que nos dá prazer pode implicar em risco futuro. Tal reflexão permite iluminar o que acontece em relação à saúde e a doença. A premissa das doenças crônicas outorga a necessidade de um cuidado contínuo, pois ser portador de uma condição crônica é estar em estado perene de quase doença, não necessariamente descompensado ou manifestado como mal-estar, mas que implica a permanência de um cuidado.

Para Vaz (1999, p. 61):

O cristianismo, bem como a exacerbação da cultura prescritivista das práticas médicas, para nossa memória de homens do final do século XX, resume a atitude de culpabilização e adesão à norma: cabia ao homem descobrir-se como mais do que seu corpo, descobrir-se como alma que deve lutar contra os desejos para escapar da morte e conquistar a eternidade bem-aventurada.

Para Mitjavila (2002) essa questão da arbitragem oferece uma perspectiva interessante para estudar o funcionamento das instituições na contemporaneidade. Nessas últimas, os sujeitos implicam-se para tomar

decisões, que, com frequência, se apresentam como alternativas dicotômicas em múltiplas circunstâncias. A 'arbitragem' permite, assim, decidir assuntos muito diferentes entre eles, como acatar a prescrição médica e abrir mão dos prazeres da vida, ou transgredi-la e vivê-la intensamente.

São decisões como estas que permeiam a vida de todos nós, conforme revelaram também os resultados dos grupos focais e das entrevistas, e que dependerão muito mais do desejo, da força de controle social que a representação de risco traz, do que necessariamente da informação proveniente dos estudos epidemiológicos e das prescrições dos profissionais de saúde. Ressalta-se, no entanto, que esse controle social passa, obrigatoriamente, por esses últimos, mesmo que o sujeito comum não se dê conta disso.

Se em termos teóricos formais, existe uma clivagem científica na abordagem do risco entre as teorias que adotam uma concepção objetiva deste e as que o encaram como uma construção social, de acordo com Frade (2009), há uma clivagem ainda maior entre a concepção e a percepção do risco biomédico e do risco sociológico, explícita na narrativa de vida das pessoas entrevistadas.

Estes aspectos mostram que a resposta dos indivíduos ao risco varia de acordo com as representações que têm dele e não de acordo com as suas características objetivas ou com a sua avaliação científica. "A avaliação científica constitui uma parte da resposta dos indivíduos ao risco, na medida em que ela seja integrada na percepção individual dos mesmos" (RENN, 1992, p. 66).

Logo, se as percepções podem variar entre indivíduos e entre grupos, isso levanta sérias dificuldades do ponto de vista da gestão do risco, pois haverá que determinar quais são prevalentes e sustentar validamente essa escolha. No entanto, esta abordagem do risco, ao introduzir no discurso científico a valorização do reconhecimento e das preocupações que as pessoas têm do risco, ajuda a tornar as decisões sobre ele mais consistentes e próximas da realidade, e a integrar certo tipo de efeitos adversos que as perspectivas técnicas não abrangem (FRADE, 2009).

Frade (2009) considera, ainda, que o que importa não é tanto a compreensão das experiências e políticas de redução do risco, mas a sua dimensão emancipatória, ou seja, como dotar os diferentes grupos sociais do poder necessário para que eles mesmos determinem o seu nível de risco tolerável.

Assim, em termos de políticas públicas, vale considerar as representações desveladas sobre o risco e vislumbrá-las também por essa vertente sociológica do risco, para, a partir daí, considerar um caminho para a construção do empoderamento necessário para o alcance de uma verdadeira autonomia rumo à promoção da saúde.

**PARTE III- CONSIDERAÇÕES FINAIS,
REFERÊNCIAS, ANEXO E APÊNDICES**

“Viver é muito perigoso... Porque aprender a viver é que é o viver mesmo... Travessia perigosa, mas é a da vida. Sertão que se alteia e abaixa... O mais difícil não é um ser bom e proceder honesto, dificultoso mesmo, é um saber definido o que quer, e ter o poder de ir até o rabo da palavra”.

João Guimarães Rosa

CAPÍTULO 11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe esclarecer que ao final da realização dos grupos focais, com a amostra do VIGITEL 2008, que foram o ponto de partida desta pesquisa, foram desveladas diferenças de cuidado em relação às faixas etárias. A partir de então, pressupôs-se que há uma construção das representações que é realizada ao longo da vida, este fato levou-nos a realizar as entrevistas individuais, considerando a trajetória de vida dos sujeitos, para investigar esse fenômeno em profundidade.

A realização desta pesquisa em duas fases, bem como a diferença na metodologia da coleta de dados em cada uma delas, e ainda a diferença na análise no que tange a complexidade dos objetos, foram aspectos que justificaram a dificuldade de sua realização, mas que também respondem pela riqueza do material obtido.

As maiores dificuldades decorreram da complexidade dos objetos pesquisados e como estes permeiam a realidade das pessoas, como se apresentam nas narrativas, como e onde se encontram nas trajetórias, assim como, quais modificações os julgamentos de valor sofreram ao longo da vida, de cada um dos entrevistados.

A realização dos grupos focais representou um trabalho grande, porém com uma maior participação do grupo de pesquisa NUPESC, tanto na logística organizacional dos encontros, como para compreensão e análise do material coletado, que proporcionou facilidades possíveis somente por meio do trabalho em equipe. A realização desta fase, prioritariamente, foi fundamental para aproximação dos objetos de estudo, para um delineamento mais claro do fenômeno que se apresentava e que foi, posteriormente, investigado em profundidade.

A realização das entrevistas individuais foi o ápice desta investigação em profundidade e representou exatamente um 'mergulho' na infinidade de aspectos que envolvem a representação de risco e promoção da saúde, e as maneiras de viver e cuidar da saúde. Além da dificuldade dos agendamentos das entrevistas relacionadas à disponibilidade dos sujeitos e limitada por um

prazo temporal para sua realização, as interações iniciais representaram uma barreira que foi vencida a cada contato, em cada uma das 30 entrevistas.

Essa imersão na coleta de dados e a análise das entrevistas foi um trabalho realmente denso e solitário, mesmo com a participação ativa de membros do grupo de pesquisa. Cada uma das entrevistas teve a duração, em média de 35 a 70 minutos, a amplitude do *corpus* das entrevistas totalizou em torno de 300 páginas. Esses aspectos exigiram muitas leituras e releituras do material obtido, e cada releitura permitiu uma maior clareza e compreensão das narrativas apresentadas, analisadas com o rigor da análise estrutural de narração.

Os dados obtidos com os grupos focais foram essenciais para o esclarecimento de questões e para o desvelamento de representações, que compreenderam a primeira aproximação com o objeto. Observou-se que, nos grupos, as representações reveladas refletem a coletividade, não há ali, nada que seja um ponto de vista exclusivo, os relatos constituem uma construção social coletiva e plenamente partilhada entre os participantes. Um grupo focal não é lugar para grandes (ou pequenos) segredos, ali não é possível relatar e, conseqüentemente, compreender a temporalidade das construções subjetivas realizadas, nem é possível ter narrativas que evoquem a trajetória de vida de algum participante. Nos grupos focais busca-se um consenso ou esclarecimentos de conflitos explicitados.

Os resultados dos grupos focais e das entrevistas foram realmente complementares, e assim permitiram um entendimento maior da interface dos objetos estudados. Vale esclarecer aqui, a diferença de resultados no que tange à sua profundidade, que os dois métodos de coleta utilizados puderam propiciar.

As representações desveladas com as reflexões dos grupos focais excederam os objetos 'riscos e proteção relacionados às DCNT', apontaram para as práticas de saúde realizadas, sinalizaram o que foi posteriormente detectado nas entrevistas sobre a 'confusão' existente entre doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis, sinalizaram que as expressões da subjetividade devem ser consideradas e podem subsidiar políticas públicas capazes de intervir para assegurar integralidade na produção da saúde.

Finalmente, os resultados obtidos com os grupos focais desvelaram representações que suscitaram novas reflexões sobre as escolhas que podem resultar em modos de vida mais saudáveis, respeitando-se o tempo e o percurso dos sujeitos e da coletividade.

Os resultados obtidos com as entrevistas também permitiram o alcance do objetivo proposto, foi possível compreender as representações contidas nas trajetórias de vidas dos entrevistados e desvelar suas maneiras de viver e cuidar da saúde, incluindo risco, promoção da saúde e prevenção das DCNT.

Retomando os pressupostos que sustentaram esta pesquisa podemos afirmar que:

a) aspectos subjetivos são construídos e acumulados por meio das interações sociais ao longo da vida, em contextos socioeconômicos e culturais específicos, explicitados nas narrativas de vida;

b) as interações constroem e contêm representações que são, por seu lado, introjetadas pelos sujeitos e coletividades, sofrendo, ao longo do tempo, transformações mais ou menos lentas, sendo, portanto, e ao mesmo tempo, individuais e coletivas, e expressas nas trajetórias de vida;

Esses dois pressupostos podem ser confirmados com a revelação da categoria que aponta o aprendizado como base definidora do cuidado e autocuidado, ao longo da vida. Remete ao fato de que tais aspectos subjetivos serão mais intensos e definidores das posturas, quanto mais precocemente introjetados, sofrendo transformações, obviamente, mas sendo as originais aquelas representações mais profundas dos sujeitos, conforme podem ser expressas nas trajetórias de vida.

c) nessas trajetórias, os sujeitos constroem julgamentos de valor e pontos de vista sobre os objetos, sustentados em bases psicossociais, que se configuram em representações presentes ao longo da vida e que servem de filtro para aceitar ou rechaçar novas representações;

Esse pressuposto tem sua confirmação nos dados que revelaram, por exemplo, a representação de idade e hereditariedade para o desenvolvimento de DCNT, e conseqüentemente as diferenças na concepção de cuidado e promoção da saúde entre as faixas etárias, representadas pelos sujeitos, tanto dos grupos focais quanto das entrevistas abertas.

d) saúde e doença, doenças não transmissíveis, riscos e riscos específicos em relação a estas últimas, assim como adoecimento e morte, se organizam em pontos de vista e posturas, presentes em falas e atos dos sujeitos;

Pode-se refletir com este pressuposto e os dados encontrados, que as representações de adoecimento e morte dos entrevistados, se associaram muito mais às doenças transmissíveis, do que às DCNT. Este achado justifica, em parte, à postura de descaso com o cuidado em relação às DCNT, considerando que não há um entendimento efetivo da fisiopatologia destas. Assim, as doenças transmissíveis amedrontam mais, e conseqüentemente, são mais definidoras de uma postura de cuidado e prevenção.

e) nas representações encontram-se as formas de lidar com o risco, que incluem a singularidade de cada um e que revelam a disposição para se cuidar ou para correr riscos.

Ou seja, é a representação da relação das DCNT com a idade que define a disposição para o cuidado em cada faixa etária, revelando as diferenças no objetivo e na promoção da saúde, entre as respectivas faixas etárias.

Observou-se, ainda, que os indivíduos com uma trajetória de vida na qual houve maior acesso, mais informação, aprendizado precoce sobre cuidados com a saúde, e maiores possibilidades de reconstrução psicoafetiva e social, apresentam maiores possibilidades de engajamento com a própria vida e, conseqüentemente, adotam modos de vida mais saudáveis e promotores da saúde.

Desvela-se aí, também, uma categoria sociológica que considera que a construção psicossocial, que se dá na trajetória de vida, define posturas de aceitação ou rejeição aos acontecimentos, impactando na motivação para o cuidado e autocuidado em saúde. Em toda trajetória de vida há dificuldades e conflitos, mas aquelas pessoas que encontram meios para se reestruturarem, são mais abertas e motivadas, seja para a promoção da saúde ou para o enfrentamento da doença. Estas pessoas mantêm vínculos afetivos e sociais que contribuem para melhor qualidade de vida e uma postura de maior cuidado consigo mesmas. Diante disso, afirma-se ainda que as interações sociais

também influenciam as maneiras como as pessoas vivem, cuidam e promovem saúde.

No caso do objeto de estudo em questão, vale reafirmar que a análise de fatores de risco e de proteção para as DCNT confirmou que as intervenções necessárias estão, por vezes, fora da governabilidade dos gestores do SUS, mas é parte integrante das decisões mais gerais do sistema político e econômico e fazem parte do cotidiano das pessoas.

Fundamentando-se na corresponsabilidade e participação coletivas, emerge, nesse contexto, o ator principal do processo: o usuário do sistema de saúde. Os sujeitos têm seus pontos de vista e julgamentos de valor norteando seu modo de ser e de viver, e que estão contextualizados na heterogeneidade do social, modulados por suas experiências e pelas representações construídas (e modificadas) na trajetória de suas vidas.

Tal heterogeneidade se expressa na fragmentação de posturas e valores coletivos, no excesso de normalização paralela à falta de lei, o que leva a formas de subjetivação que não propiciam uma verdadeira autonomia libertadora do sujeito.

A autonomia “possível” é, obviamente, modulada pela visão de mundo dos sujeitos e grupos sociais, pelas representações sobre saúde e doença e sobre riscos calculáveis ou não, no que se refere às possibilidades de adoção de modos de vida saudáveis no caso das DCNT.

As seguintes teorias emergiram da análise dos dados obtidos, e aqui as retomamos, sinteticamente:

- ✓ A idade e hereditariedade são fatores relacionados às DCNT, e fazem parte do espectro das informações científicas sobre elas, ou seja, constituem a interface do risco biomédico e epidemiológico desses agravos. No entanto, parecem não dar sentido a uma postura de cuidado e autocuidado, tanto quanto o risco experimentado pelos sujeitos (como o próprio adoecimento, o próprio envelhecimento, por exemplo). A vivência e representação das situações de doença dialogam com o risco sociológico. Assim, compreende-se porque a informação, por si

só, não é capaz de modificar posturas, e o modo de viver e cuidar da saúde. As diferenças nas formas de viver e promover a saúde entre as faixas etárias podem ser também compreendidas, à luz do fato de, a representação da associação de DCNT com a idade, ser mais profunda do que a representação do caráter hereditário destes agravos.

- ✓ O risco biomédico-epidemiológico parece não ter seu lugar entre as representações de risco dos sujeitos. A visão de risco dos sujeitos e grupos está fundamentada na vivência, experiências e interações sociais e, portanto, se referem ao risco sociológico. O risco é em parte contingência e escolha, mas não é possível fazer sempre escolhas saudáveis ou isentas de riscos, independente de conhecê-los. Da mesma forma que não é possível viver a norma o tempo todo, sejam normas de prescrições médicas e de outros profissionais de saúde, ou mesmo normas sociais.
- ✓ O 'lugar' que o risco biomédico-epidemiológico ocupa, é o lugar do embasamento da norma, sempre prescritiva e impossível de ser cem por cento adotada.
- ✓ A base para o cuidado e autocuidado, coerente com um modo positivo de viver e cuidar da saúde, conforme preconizado pelas epidemiologia e saúde pública, dependerão muito mais do aprendizado sobre a forma de viver e cuidar da saúde, que, desde a infância, foram experimentados pelos sujeitos.
- ✓ A incompreensão da fisiopatologia das DCNT, e a profundidade das representações de doença e morte, relacionadas às doenças transmissíveis, presentes nas narrativas dos sujeitos respondem, em parte, pela dificuldade de prevenção das DCNT, da adoção de um modo de vida saudável, com foco nesses agravos.

- ✓ A representação central do cuidado à saúde se relaciona com o cuidado médico, com o consumo de consultas e exames, e está na contramão de um modelo assistencial da atenção primária à saúde, da promoção da saúde, da integralidade e do empoderamento dos sujeitos, estando mais coerente com o modelo assistencial médico centrado, que se pretende superar com o modelo da promoção da saúde.

Com base nos resultados do trabalho, podem-se propor algumas sugestões para os gestores da Saúde Coletiva no Brasil nos diferentes níveis de atenção e complexidade:

- a) Ampliar o PeNSE, para alunos da educação infantil e do ensino fundamental, realizando um estudo piloto para aproximação da situação da saúde das crianças, além de inclusão de questões sobre suas representações;
- b) Inserção de disciplinas de educação em saúde nas matrizes curriculares da formação em pedagogia, e outros cursos de licenciatura capacitando estes profissionais em educação para saúde, contemplando os conteúdos básicos de nutrição e atividade física;
- c) Inserir nas UMEI e em outras escolas, em todos os municípios, um programa de cantinas saudáveis e reformular os espaços físicos visando à realização regular de aulas de educação física;
- d) Formar parceria com as equipes do NASF e as Unidades de Saúde para realização de acompanhamento nutricional e orientações na Escola;
- e) Fortalecimento das ações de educação para a saúde, validando os processos exitosos de educação para a saúde.
- f) Fortalecimento das ações de promoção da saúde, reorientando a formação profissional em saúde, fazendo com que os profissionais se apropriem da Promoção da Saúde na

perspectiva da salutogênese. Podendo-se utilizar como ferramenta o próprio Pro-Saúde, como instrumento para realinhar conteúdos curriculares e permitir reflexões sobre sua prática e que conceito a tem embasado.

- g) Reforçar a questão da promoção da saúde e do empoderamento, considerando e refletindo a perspectiva da autonomia e responsabilidade dos sujeitos sobre sua própria vida e saúde, em todos os espaços: Universidades, Equipes de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde;
- h) Orientar os profissionais de saúde, sobre a necessidade de esclarecimento da fisiopatologia das DCNT, de forma geral, mas garantindo a compreensão desta dimensão biológica e orgânica desses agravos, e a associação destes com os modos de vida;
- i) Despertar para a diferença de representações de cuidado e promoção da saúde entre as faixas etárias e propor atividades como Academia da Saúde e Projeto Caminhar, orientadas, e dentro desta realidade, ou seja, específicas por faixa etária;
- j) Discutir em amplos espaços (Universidades, Equipes de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde), e em parceria com a Saúde Suplementar, a transição de modelo assistencial e as novas práticas de saúde que se deseja e se pretende consolidar;
- k) Fortalecimento e ampliação do Projeto Academia da Saúde, e alternativas locais como pistas de caminhadas;
- l) Aproveitar a PeNSE com estudantes acima dos 12 anos para focar especificamente a prevenção do uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas;
- m) Estreitar e fortalecer a fiscalização do cumprimento da lei seca para motoristas;
- n) Discutir uma remodelação na forma de 'prescrição' e orientação a modos vida saudáveis para prevenção das DCNT, de forma que elas sejam mais individuais e que

- considerem as experiências e desejos do usuário, para que assim, proponham juntos (médico/enfermeiro e usuário) um plano terapêutico personalizado;
- o) Disponibilizar o acesso público à RCP (reanimação cardiopulmonar) e desfibrilação, como mecanismo de prevenção terciária da morte súbita, a partir das UBS, dotando-as inicialmente para tal, do DEA – Desfibrilador Externo Automático, e capacitando os profissionais no Suporte Básico de Vida;
 - p) Criação de vídeos educativos para a população sobre: referenciamento e territorialização locais da saúde, modos de vida saudáveis, estímulo a alimentação saudável e práticas de atividade física, e disponibilizá-los continuamente nas salas de espera das Unidades Básicas, Centros de referência, e Unidades de Pronto Atendimento;
 - q) Enfocar estratégias de prevenção secundária que representam a prevenção de complicações por meio de atendimento precoce de AVE (acidente vascular encefálico) e de IAM (Infarto agudo do miocárdio), informando a população sobre seus sinais e sintomas e, orientando-os para tomada de decisões imediatas, corretas e dentro da linha do cuidado para esses agravos, conforme disponibilidade da rede local de saúde;
 - r) Consolidar as ações intersetoriais de abastecimento, para acesso a produtos saudáveis com baixo custo como frutas, verduras e legumes; consolidar as ações de redução de sal e gorduras saturadas nos alimentos e realizar parceria com a indústria para diminuir o custo de produtos dietéticos, bem como;
 - s) Modificar as estratégias utilizadas nos grupos operativos de hipertensão e diabetes, a fim de garantir uma adesão real à busca de informações e acompanhamento, e não só um preceito a ser cumprido para acesso aos medicamentos.

Utilizar parcerias e rodas de terapia comunitária, por exemplo, para acolhimento e redirecionamento desses grupos.

Estas propostas resultaram da reflexão sobre os achados e as condições atuais da saúde no que se refere às DCNT. Sabe-se, no entanto, que a governabilidade para tal, não está somente na esfera do governo, nem tampouco do Ministério da Saúde. Evidencia-se a necessidade de articulações intersetoriais e interministeriais, não somente para o alcance das proposições mas, para consolidação de um campo específico de Atenção às DCNT, dada à magnitude e ao impacto do problema dessas doenças no Brasil e no mundo. Assim, quem sabe, essas articulações comecem a delinear um real movimento de cogestão e coparticipação, bem como, desenhem uma 'rede' que ultrapassa a dimensão da saúde, e reforce o compromisso do Estado na garantia da assistência integral ao cidadão.

Este trabalho de pesquisa apresenta suas limitações, especificamente em relação à amplitude dos aspectos que envolvem os objetos estudados. Emergiram algumas representações que não puderam ser aqui analisadas, por não fazerem parte do objeto deste estudo de uma forma direta, e assim comprometerem a factibilidade e viabilidade do mesmo, considerando o tempo e o redirecionamento teórico que exigiriam. Entre elas destacam-se: 1) Acesso a Saúde e a Integralidade na atenção às DCNT e 2) O cuidado como questão de gênero; que demandarão outros estudos, para serem investigadas em profundidade.

Finalizamos este trabalho citando Michel Serres, o filósofo, que expressa a mutabilidade das coisas e as incertezas sempre presentes de quem busca, segundo o qual, o que importa é “partir. Sair. Deixar-se um dia seduzir. Tornar-se vários, enfrentar o exterior, bifurcar em qualquer direção. Não existe aprendizagem sem exposição, muitas vezes perigosa. Não existe aprendizagem sem errância” (2001, p. 14).

“Viver é um descuido prosseguido.

Mas quem é que sabe como?

Viver...

O senhor já sabe: viver é etcétera...”

João Guimarães Rosa

REFERÊNCIAS

ADAMS, J. **Big ideas: risk**. London: New Scientist. For New Scientist feature, Great Ideas that Shaped the World 17 September Plus correspondence, 2005.

AGLUKKAQ, L. **Discurso do honorável Ministro da Saúde do Canadá na cimeira das Nações Unidas para enfrentamento das doenças não transmissíveis** - Fala Plenário, Nova York, 19 set. 2011.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa de representações sociais: projeção e transicionalidade. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v.6, n.2, p.103-27, 1995.

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.

_____. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: APCE; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 90-104.

ALWAN, A. *et al.* Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **The Lancet**, v. 376, p. 861–1868, 2010.

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). **Highlights for new guidelines for cardiopulmonary resuscitation**. Dallas, 2010, 28 p.

_____. **New guidelines for cardiopulmonary resuscitation**. Dallas, 2005, 332 p.

AREOSA, J. O risco nas ciências sociais: uma visão crítica ao paradigma dominante. **Revista Angolana de Sociologia**, n. 5 e 6, p. 11-33, jun/dez. 2010.

ARMSTRONG, D. The Patient's View. **Soc. Sci. Med.** Britain, vol. 18, n. 9, p 737-744, 1984.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Caderno de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, nov. p. 127-147, 2002.

AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da epidemiologia e do conceito de risco. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1301-1311, jul. 2011.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl. 2, p. 11-23, 2009.

_____. **Sobre o risco:** para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2008. 328 p.

_____. **Epidemiologia e emancipação.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005. 231 p.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, vol. 5, supl.1, p. 28-42, 2002.

_____. **Sobre o risco.** São Paulo: Hucitec, 1997.

AYRES, J. R. C. M.; JUNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R.(org.). **Sexualidades pelo avesso:** direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999, p. 49-72.

BARBOSA, J. A. G. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil.** 2011. 194 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

BARRETO, M. L; CARMO, E. H. Esquistossomose Mansônica no Estado da Bahia, Brasil: Tendências Históricas e Medidas de Controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 425-439, out/dez, 1994.

BARRETO, L. M. S. *et al.* O atendimento no contexto da AIDS: em busca do enfoque psicossocial. In: Jornada Internacional e Conferência Brasileira Sobre Representações Sociais, 5, 3. 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: UnB, 2007, p. 1-11.

BARTHES, R. *et al.* Introdução à análise Estrutural da narrativa In: BARTHES, R. **A aventura semiológica.** São Paulo: Martins Fontes, 2001. 272 p.

BECK, U. Incertezas fabricadas. **Sociedade do risco: o medo na contemporaneidade.** IHU Online. São Leopoldo, maio, 2006.

_____. The terrorist threat: world risk society revisited. Theory, culture and society. **SAGE**, London, Thousand Oaks and New Delhi, v. 19, n. 4, p. 39-55, 2002.

_____. **La Societé du risque:** sur La voie d'une autremodernité. Paris: Flammarion, 2001, 516 p.

_____. **World risk society.** Cambridge: Polity Press. 1999. 184 p.

_____. **La sociedad del riesgo - Hacia una nueva modernidad.** Ediciones Paidós. Ibérica, 1998. 304 p.

_____. A Reinvenção da Política. In: GIDDENS, A., BECK, U. & LASH, S.: **Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**. São Paulo: UNESP. 1997. 264 p.

_____. **Risk society**. Towards a new modernity. London: Sage, 1992. 272 p.

BECK, U.; GIDDENS, A.; LASH, S. **Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna**, Oeiras: Celta Editora, 2000.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999. 247 p.

BLANCHET, A.; GOTMAN, G. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Editora Nathan, 1992. 128 p.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, 200 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 116 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 49p. 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2008: Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e Distrito Federal em 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 112p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de**

doenças crônicas não-transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 72p. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde.** 2. ed. rev. - Brasília : Ministério da Saúde, 195p. (Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica, n. 21). 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. **Vigitel Brasil 2006:** Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde. 297p. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). 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.

BUNCHAFT, A. F; GONDIM S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Revista Estudos de Psicologia,** Campinas; v. 21, n. 2, p. 63-77, 2004.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** Tradução de Maria de Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio Ferreira Barreto Leite. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 307 p.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CASTIEL, L. D. *et al.* **Correndo o risco:** uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134 p.

CASTORIADIS, C. **L'institution imaginaire de La société.** Paris: Seuil, 1975. 498 p.

CENTER DISEASE CONTROL (CDC). Behavioral Risk Factor Surveillance System 2008:http://www.cdc.gov/brfss/annual_data/annual_2008.htm Acesso em: 04/01/2011.

CONDRAU, F. The Patient's View Meets the Clinical Gaze. **Social History of Medicine**. Published by Oxford University Press, v. 20, n. 3, p. 525-540, 2007.

COSTA, A. M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p.5-15, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01041290200400030002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 22/05/2007.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 20, n. 2, p. 447-455, 2004. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200012>.

_____. The concept of health and the difference between promotion and prevention. **Cadernos de Saúde Pública**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003, p.39-53.

_____. Risco epidemiológico e vigilância sanitária, 2001. "**As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária**" ago. 2001. Disponível em: www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/risco_epide.pdf2001 Acesso em: 11 mar. 2011.

_____. **The concept of health and the difference between prevention and promotion**. **Cad. Saúde Pública** [online], v.15, n.4, p. 701-709, 1999.

_____. **Do Contágio à Transmissão: Ciência e Cultura na Gênese do Conhecimento Epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 125 p.

DEAN, M. Risk, calculable and incalculable. In: LUPTON, D. (ed.), **Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives**, Cambridge: Cambridge University Press. p. 131-159. 1999.

DELUMEAU, J. **Rassurer et protéger**. Le sentiment de sécurité dans l'Occident d'autrefois. Paris: Fayard, 1989. 667 p.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 350 p.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S (org.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2.ed. Tradução de S. R. Netz, Porto Alegre: Artmed; 2006. 432 p.

DOUGLAS, M. Risk as a Forensic Resource. In: BURGER JUNIOR, E. **Risk**. Michigan, p. 1-16, 1993.

_____. **Risk acceptability according to the social sciences**. New York: Russel Sage Foundation.1985. 115 p.

DOUGLAS, M.; WILDAVSKY, A. **Risk and culture: an essay on the selection of technological and environmental dangers**. Berkeley, CA: University of California Press. 1982. 224 p.

DUARTE, S. J. H.; MAMEDE, M. V.; ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sociais e discurso do sujeito coletivo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-626, dez. 2009.

ELLIOTT, A. Beck's Sociology of Risk: A Critical Assessment. **Sociology**, v. 36, n. 2, p. 293-315, 2002.

EWALD, F. Insurance and Risk. In: BURCHELL, G.; GORDON, C.; MILLER, P. (org.). **The Foucault effect. Studies in Governmentality with Two Lectures by and an Interview with Michel Foucault**, London: Harvester Wheatsheaf, 1991. 318 p.

FACCHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo de determinação social aplicado à saúde do trabalhador In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. (Orgs.). **Isto é Trabalho de Gente? Vida, Doença e Trabalho no Brasil**, São Paulo: Vozes, p.178-186, 1994.

FERRATER MORA, J. **Dicionário de filosofia**. Texto preparado por Eduardo Garc Belsunce; Ezequiel Olaso. [Tradução António José Massano; Manuel Palmeirim]. Lisboa: Publicações Dom Quixote Lisboa, 1978. 302 p.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélio**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008. 896 p.

FISCHHOFF, B.; WATSON, S. R.; HOPE, C. (1984). Defining risk. **Policy Sciences**, v. 17, p. 123–139, 1984. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00146924> Acesso em 20/08/2011.

FRADE, C. O direito face ao risco. **Revista Crítica de Ciências Sociais** [Online], 86 p. 53-72, 2009. Disponível em: <http://rccs.revues.org/220> Acesso em: 15/03/2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 934 p.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. 144p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 934 p.

_____. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire.** Tradução Kátia de Mello e Silva. 3ª ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980. 52 p.

FREITAS, M. I. F. Projeto ATAR: abordagens qualitativas - entrevistas em profundidade: representações de homens sociais de homens infectados pelo HIV acerca da Aids. In: Ministério da Saúde. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar.** Brasília: Ministério da Saúde; 2010, p. 157-69.

_____. **A gestão do segredo na vida de casais diante da soropositividade pelo HIV.** Belo Horizonte: EEUFMG/MS/Cooperação Técnica Sida Brasil/França, 1998 (Publicação de Relatório Técnico - Divulgação Científica). 87 p.

FREITAS, M. I. F. *et al.* Projeto Pessoas - Práticas e representações de pessoas com transtornos mentais sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a aids e suas formas de prevenção. In: GUIMARÃES, M. D. C. *et al.* (Org.). **Prevenção e Atenção às IST/Aids na Saúde Mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, p. 85-108.

FREITAS, C. M.; GOMEZ, C. M. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. III, n. 3, p. 485-504, nov./fev 1997.

GADAMER, H. G. **Verdade e método I:** traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 736 p.

GAGNON, J. Les uses explicites et implicites de la perspective des scripts dans les recherches sur la sexualité. **Actes de la recherche en sciences sociales**, n.128, p.73-79, jui, 1999.

GIAMI, A. Representations de La sexualité et representations des partenaires à l'époquedu sida. In. BAJOS, N.; BOZON, M.; GIAMI, A. (org.) **Sexualité et Sida.** Recherches em sciences sociales. Agence Nationale de Recherches sur de Sida, Paris, 1994. 350p

_____. Representações e sexualidade: psicologia social e pluridisciplinaridade. In: LOYOLA, M. A. (org.). **A sexualidade nas Ciências Humanas.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998, p. 201-225.

GIAMI, A.; VEIL, C. **O anjo e a fera.** Sexualidade, deficiência mental, instituição. Tradução Lydia Macedo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 203 p.

_____. **Enfermeiras frente a Aids:** representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas: Ulbra, 1997. 333p.

GIARD, L. Artes de nutrir. In: CERTEAU, M. (Org.). **A invenção do cotidiano: morar, cozinhar**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 211-233, 1998.

GIDDENS, A. **O mundo na era da globalização**. Lisboa: Editorial Presença, 2000. 92p.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade pessoal**. Oeiras: Celta Editora, 1994. 215 p.

GIDDENS, A. **Modernity and Self-identity**. Cambridge: Polity Press, 1991. 256 p.

GIDDENS, A; PIERSON, C. **Conversation with Antony Giddens making sense of modernity**. California: Stanford University Press; 1998. 244p.

GOMES, R.; REBELLO L. E. F. S. Iniciação sexual, masculinidade e saúde: narrativas de homens jovens universitários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 653-660, 2009.

GOMES, R., CAVALCANTI, L. F., MARINHO, A. S. N., SILVA, L. G. P. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 9, n.4. p.62-67. 2001.

GONDIM, S. M. G. Grupos Focais como Técnica de Investigação Qualitativa: Desafios Metodológicos. **Revista Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação**, Ribeirão Preto, v.12, n. 24, p.149-161, 2002.

GRMEK, M. **O enigma do aparecimento da Aids**. **Estud. av.** [online], v.9, n.24, p. 229-239, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v9n24/v9n24a11.pdf> Acesso em: 02/07/2010.

HANNIGAN, J. **Sociologia ambiental: A formação de uma perspectiva social**. Lisboa: Piaget Editora, 1995. 272 p.

HEART AND STROKE FOUNDATION OF CANADA (HSFC). **The Changing Face of Heart Disease and Stroke in Canada 2000**. Ottawa, Canada; 1999. 107 p.

HERZLICH, C. The concept of social representation and its utility in the health care field. **Physis** (online), v. 15, p. 57-70. 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 11 jul 2009.

HOMEM, M. L. **Entre próteses e prozacs: O sujeito contemporâneo imerso na descartabilidade da sociedade de consumo**. In: Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial, Rio de Janeiro. 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – um panorama da Saúde no Brasil:**

acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (PNAD 2008). Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 245 p.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jan. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100022&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 16/08/2010.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005. 391p.

_____. Representações do contágio e a aids. In: JODELET, D. (org.) **Aids e representações sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p. 17-45.

_____. **Les Représentations Sociales**. 1. e. Paris: Universitaires de France, 1989. 447 p.

KANT, I. **Crítica da razão prática**. São Paulo: Martin Claret, 2003. 240 p.

_____. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. São Paulo: Martin Claret, 2002. 117 p.

KITZINGER, J. The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. **Sociology of Health & Illness**, v. 16, n. 1, p. 103-121. 1994.

KRIMSKY, S. The role of theory in risk studies. In: KRIMSKY, S.; GOLDING, D. (Org.), **Social theories of risk**. Westport CT: Praeger. 1992. 432 p.

LA MENDOLA, S. O sentido do risco. [Tradução de Norberto Luiz Guarinello]. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 17, n. 2, p. 59-91, 2005.

LASH, S. "Risk Culture". In: ADAM, B.; BECK, U.; VAN LOON, J. (org.). **The Risk Society and Beyond**. Critical Issues for Social Theory, London: Sage, 2000. 240 p.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença**. [Tradução Valter Lellis Siqueira]. 3a ed. São Paulo. Martins Fontes, Coleção biblioteca universal, 2004. 274 p.

LATOUR, B. **We have never been modern**. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1993. 168 p.

LE BRETON, D. **Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**. [Tradução Lólio Lourenço Oliveira]. Campinas, SP: Autores Associados, 2009. 190 p.

_____. **Passions du Risque**. Paris: Métailié; 2000. 190 p.

- _____. **La sociologie du risque**. Paris, PUF(“Que sais-je?”), 1995. 128 p.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Saúde, Empoderamento e Triangulação. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p. 32-38, maio/ago. 2004.
- LUIZ, O. C.; COHN, A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p.2339-2348, nov. 2006.
- LUHMANN, N. **Risk: a sociological theory**. New York: Aldine de Gruyter,1993. 236 p.
- LUPTON, D. **Risk**. London: Routledge, 2004. 280 p.
- MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, abr. 2007.
- MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.
- MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non- transmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.
- MANN J.; TARANTOLLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world**. Cambridge: Havard University Press, 1992. 648 p.
- MARANDOLA JUNIOR, E.; HOGAN, D. J. Vulnerabilidades e riscos: entre geografia e demografia. **Rev. bras. estud. popul**, v. 22, n. 1, p. 29-53, jan/jun. 2005.
- MARANDOLA JUNIOR, E.; HOGAN, D. J. O risco em perspectiva: tendências e abordagens. **Geosul**, Florianópolis, v. 19, n. 38, p 25-58, jul./dez. 2004.
- MÁSSIMO, E. A. L; FREITAS, M.I.F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis, na ótica de participantes do VIGITEL. **Saúde soc.**, Dez 2013, v.22, n.4, s.p, no prelo.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: OPAS; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf Acesso em: 14/10/2012.
- MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. 549 p.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p 15-35.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 181-193.

MEYER, D. E. et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998-(Dicionários Michaelis). 2259p.

MITJAVILA, M. O risco como recurso para a arbitragem social. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, v. 14, n. 2, p. 129-145, out. 2002.

MORAES, T. D.; NASCIMENTO, M. L. **Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas**. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 7, n. 1, p. 91-102, jan./jun. 2002.

MORGAN, D. L. **Focus Groups as Qualitative Research, Second Edition (Qualitative Research Methods Series 16)**. London: Sage Publications; 1996. 88 p.

MORVAN, J. S. Représentations des situations de handicaps et d'inadaptations: Itinéraire d'un concept et d'un objet de recherche. In MORVAN, J. S.; PAICHELER, H. **Représentations et handicaps**. 1990. 251 p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Tradução Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2009. 404p.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

MOTTA, P. R. M. **Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas**. In: VII CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/clad0043637.pdf>
Acesso em 12/08/2011

MUÑOZ SÁNCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, p. 319-324, 2007.

OLIVEIRA, M. A. C; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 34, n. 1, p. 9-15, mar. 2000.

OLIVEIRA, D. L. L. C. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, p. 1309-1318. 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral Sobre a Prevenção e Controle das Doenças Não Transmissíveis**. 14p. Tema 117. 66º período de sessões. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Vigilância Global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: uma abordagem integradora**, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf> Acesso em: 04/08/2010.

_____. **Preventing chronic diseases a vital investments**. Geneva, 2005. 182 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro- situação e desafios brasileiros**. 1. ed., Brasília, 2005. 80 p.

_____. **Carmen**: iniciativa para conjunto de ações para redução multifatorial de enfermidades não transmissíveis. Geneva, 2003. 32 p.

PATUSSI, M. P.; MOYSES, S. J.; JUNGES, J. R.; SHEIHAM, A. Capital Social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 8, p. 1525-1546, ago. 2006.

PETERSEN, A. LUPTON, D. **The new public health. Health and self in the age of risk**. London : Sage Publications. 1996.

PERRETI-WATEL, P. **Sociologie du risque**. Armand Colin: Paris, 2000. 286 p.

PETITAT, A. **Secret et formes sociales**. Paris: PUF, 1998. 247p.

PINTO, C. "Empowerment: uma prática de serviço social". In: BARATA, O. S. (org.). **Política Social**. Lisboa: ISCSP, p. 245-277, 1998.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução. Ananry Porto Fajardo.2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 172p.

PORTER, R. The patients view: doing medical history from below. **Theory and Society**, v.14, n.2, p.175-198, mar. 1985.

PUTNAM, R. **Making democracy work: civic tradition in modern Italy**. Princeton, New Jersey. Princeton University Press, 1993. 258 p.

RENN, O. Concepts of risk: a classification. In: KRIMSKY, S.; GOLDING, D. (ed.). **Social Theories of Risk**, Westport. CT: Praeger, 1992. 432 p.

RIPOLL, Daniela. Você tem medo de que? A pedagogização midiática do risco. Com ciência n.104. Campinas 2008. Disponível em <http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n104/a07n104.pdf>. Acesso em 03/10/2013.

ROTENBERG, S.; DE VARGAS, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. **Rev. Bras Saúde Matern Infant**, v. 4, n. 1, p. 85-94, 2004.

SANTOS, A. C. Changing epidemics. **Arquivos de Medicina** [online], v.20, n.3, maio 2006, p.75-77.

SANTOS, W. G. **O paradoxo de Rousseau: uma interpretação democrática da vontade geral**. Rio de Janeiro: Rocco, 2007. 168 p.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L. D.. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 326-33, abr-jun. 2006.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, 2011, pp. 1949-1961.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES/MG). Subsecretaria de Vigilância e proteção à Saúde. **Análise da situação de saúde de minas gerais**. Belo Horizonte, 2010, 288p.

SERRES, M. **Os Cinco Sentidos. Filosofia dos corpos misturados**. 1. Trad. Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2001. 364 p.

SILVA, G. R. Avaliação e perspectivas da epidemiologia no Brasil. In: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. **Anais do 1º Congresso de Epidemiologia. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1990. pp.108-39. Conferência: Apresentado em: Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1, Campinas, 02-06 set. 1990

SIMMEL, G. The metropolis and mental life. In: WOLFF, K. H. **The sociology of George Simmel**. New York: Free Press; 1964. p.409-24.

SLOVIC, P. The risk game, **Journal of Hazardous Materials**, v. 86, p. 17-24, 2001.

_____. Perception of risk. **Science**, v. 236, 1987. 512 p.

SKOLBEKKEN, J. A. The risk epidemic in medical journals. **Social Science and Medicine**, v. 40, p. 291-305, 1995.

SJÖBERG, L.; MOEN, B.; RUNDMO, T. Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research. *Rotunde*, n. 84, **Norwegian University of Science and Technology**, 2004. 33 p.

SPINK, M. J. P. Social Psychology and health: assuming complexity. **Quaderns de Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 7-21, 2010.

_____. **Suor, arranhões e diamantes**: as contradições dos riscos na modernidade reflexiva. 2005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/asterisco> Acesso em: 01/02/2010.

_____. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, dec. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2001000600002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 27/08/2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

THOMPSON, M.; WILDAVSKY, A. A proposal to create a cultural theory of risk. In: KUNREUTHER, H.C.; LEY, E. V. (org.). **The Risk Analysis Controversy - An Institutional Perspective**, Berlin: Springer-Verlag, 1982. 248 p.

TULLOCH, J. LUPTON, D. **Risk and everyday life**. London: Sage Publications. 2003. 152p.

VALENTE, F. Em busca de uma educação nutricional crítica. In: _____. **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo: Cortez; 1986. 107 p.

VAZ, P. Corpo e risco. **Fórum Media, Viseu**, v. 1, n. 1, p. 101-111, 1999. Disponível em: www.angelfire.com/mb/oencantador/paulovaz/INDEX. Acesso em: 23/09/2001.

VAZ, P. *et al.* O fator de risco na mídia. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.11, n.21, p.145-163, 2007.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a Promoção da Saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan-mar. 2005.

VIEGAS, S. M. F. **A Integralidade no cotidiano da Estratégia Saúde da Família nos Municípios do Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais**. 2010. 282f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100019&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14/07/2013.

_____. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 13, n. 2, p. 375-85, 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/221> Acesso em: 14/07/2013.

WEINSTEIN, N. Unrealistic optimism about future life events. **Journal of Personality & Social Psychology**, vol. 39, p. 806-820, 1980.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: WHO, 2011. 162 p.

_____. **Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke**. Geneva: WHO, 2010. 71 p.

_____. **Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles**. Geneva: WHO, 2009. 22 p.

_____. **Sample size determination in health studies**. A practical manual. Geneva: WHO, 1991. 22 p.

_____. CARTA DE OTTAWA. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa. nov. 1986. Disponível em: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf Acesso em: 02/08/2012.

ANEXO 1 - Autorização do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 552/08

Interessado(a): Prof. Jorge Gustavo Velasquez Meléndez
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de janeiro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde no município de Belo Horizonte, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE 1 – Roteiro da Entrevista Aberta Individual

Título da Pesquisa: Representações acerca do risco, prevenção e promoção da saúde entre participantes do VIGITEL 2010 em Belo Horizonte, Minas Gerais.

Questão Central: Gostaria que você me contasse sobre a sua vida, desde o início, desde a infância, da maneira que julgar importante, como foi para você cuidar da saúde, quais as suas experiências com saúde e doença, fale das experiências com a sua família e do que foi aprendido com ela. Do que significa risco para você e das situações de risco de forma geral e relacionados às doenças crônicas que já viveu ou considera que ainda vive. Como aprendeu a cuidar da saúde e como vive a saúde atualmente.

Questões de relance:

- ✓ Como seus pais te criaram em relação aos perigos da vida?
- ✓ Qual foi a primeira vez que se arriscou na vida (em relação à saúde)?
- ✓ Quais riscos você considera que já correu?
- ✓ O que você pensa sobre os riscos que corre na sua vida atual? Que cuidados toma em relação a estes riscos?
- ✓ O que seus pais e avós faziam para cuidar da saúde que você também faz hoje?
- ✓ Quando você pensou (se já) em cuidar da saúde para prevenir doenças crônicas (diabetes, HAS, obesidade)?

Trajectoria de Vida:

- Nascimento
- Infância e experiências com doenças
- Adolescência vivência de situações perigosas
- Vida adulta/inserção no trabalho
- Mudanças no padrão socioeconômico
- Casamento nascimento de filhos

- Crescimento dos filhos/cuidado com a saúde do outro
- Adoecimento de familiares/perdas
- Atenção à própria saúde/sinais de adoecimento ou aparecimento de agravo
- Aposentadoria

APÊNDICE 2 - TCLE - Grupos Focais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos lhe convidando a participar da pesquisa sobre as formas de prevenção e controle de fatores de risco e proteção associados às doenças crônicas não transmissíveis - DCNT. O “Estudo dos fatores de risco, proteção e linha do cuidado para doenças crônicas em usuários do SUS e de planos de saúde, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais” está sendo realizado pelo Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com adultos do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar do mesmo, solicitaremos sua assinatura no termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Você, também, poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas feitas. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

O estudo tem o propósito de conhecer as práticas assistenciais que estão sendo desenvolvidas entre usuários do SUS e beneficiários de planos de saúde, aprofundando a perspectiva do acesso, do cuidado instituído, a avaliação do usuário sobre estas práticas, e a compreensão dos mesmos sobre a adoção de práticas saudáveis.

PROCEDIMENTOS:

Serão realizados seis grupos focais, que consistem em dinâmicas propostas para reflexão e discussão sobre questões importantes do tema em pauta, em profundidade. O grupo focal possibilita avaliar a extensão da opinião relativamente consistente e compartilhada entre os participantes. As discussões propiciarão aos participantes a oportunidade de debate, troca de experiências e reflexão sobre seu cuidado em saúde. Os grupos, coordenados pelos pesquisadores, serão gravados em áudio para posterior transcrição e análise dos dados.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de seu anonimato, os resultados da pesquisa não estarão vinculados à sua pessoa. Somente os presentes no grupo de discussão e os pesquisadores terão acesso às respostas individuais. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. A utilização dos dados é estritamente para fins do estudo.

POSSÍVEIS RISCOS E POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os riscos de sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor fatos ou opiniões durante a realização do grupo. Os benefícios incluem um maior conhecimento do cuidado em saúde dos adultos do município de Belo Horizonte, MG.

ASPECTOS LEGAIS

O estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. Aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFMG e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep 749/2006.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode contactar a Profa. Dra. Maria Imaculada de F. Freitas, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenadora do Projeto pelo telefone (31) 3409-9871, ou no endereço Av. Alfredo Balena nº190, Escola de Enfermagem.

CONSENTIMENTO

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:

Data ____ / ____ / ____ _____

O coordenador da pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

Data ____ / ____ / ____ _____

APÊNDICE 3 – TCLE - Entrevistas Abertas Individuais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa sobre os modos de viver e cuidar da saúde na prevenção e controle de fatores de risco e proteção associados às doenças crônicas não transmissíveis - DCNT. O estudo “Representações acerca do Risco, Prevenção e Promoção da Saúde para Controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis em Belo Horizonte” está sendo realizado pelo Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, com adultos dos Municípios de Belo Horizonte.

SUA PARTICIPAÇÃO NÃO É OBRIGATÓRIA:

Este termo de consentimento lhe dará informações sobre o estudo. Após você tê-lo entendido e, se decidir participar do mesmo, solicitaremos sua assinatura no presente termo de consentimento. Você receberá uma cópia para guardar. A qualquer momento você pode desistir de participar do estudo e retirar seu consentimento. Você, também, poderá se recusar a responder qualquer uma das perguntas feitas. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com este pesquisador.

OBJETIVOS DO ESTUDO:

O estudo tem o propósito de conhecer os modos de viver e cuidar da saúde dos brasileiros adultos residentes em Belo Horizonte, aprofundando a perspectiva do risco, do cuidado instituído, da promoção da saúde, e a compreensão dos mesmos sobre a adoção de práticas saudáveis.

PROCEDIMENTOS:

Será realizada uma entrevista aberta individual para o aprofundamento de questões importantes do tema em pauta, em profundidade. Essa proposta possibilita avaliar a extensão da opinião e subjetividade a partir da trajetória de vida das pessoas. A entrevista será gravada em áudio para que não se perca nenhum dado importante, para posterior transcrição e análise dos dados obtidos.

CONFIDENCIALIDADE:

Você tem a garantia de seu anonimato, os resultados da pesquisa não estarão vinculados à sua pessoa. Somente o seu entrevistador terá acesso à sua identificação, no momento da entrevista. Nenhuma identificação pessoal estará vinculada às suas respostas. Os resultados da pesquisa retratarão o conjunto de um grupo de pessoas entrevistadas e não nenhum dado individual. Os dados serão utilizados estritamente para o estudo em questão.

POSSÍVEIS RISCOS E POSSÍVEIS BENEFÍCIOS:

Os riscos de sua participação envolvem um possível constrangimento ao expor fatos ou opiniões durante a realização da entrevista. Os benefícios incluem contribuir para proporcionar um maior conhecimento sobre o cuidado em saúde dos adultos residentes em Belo Horizonte.

ASPECTOS LEGAIS

O estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos conforme preconizado pela Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFMG Parecer ETIC 552-08.

OUTRAS INFORMAÇÕES:

Você pode contactar a Profa. Dra. Maria Imaculada de F. Freitas, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenadora do Projeto pelo telefone (31) 3409-9828, ou a doutoranda em Enfermagem Profa. Erika de Azevedo Leitão Máximo pelo telefone (31) 3409-9871, ou ainda ambas no endereço Av. Alfredo Balena nº190, Escola de Enfermagem.

CONSENTIMENTO

Eu li este consentimento e me foram dadas as oportunidades para esclarecer minhas dúvidas. Minha participação é inteiramente voluntária. No caso de não querer participar, nenhum benefício poderá ser negado. Portanto, eu concordo em participar e assino abaixo, em duas vias:

Data ____/____/____ _____

O coordenador da pesquisa compromete-se a conduzir todas as atividades desta pesquisa de acordo com os termos do presente consentimento e assina abaixo, em duas vias:

Data ____/____/____ _____

APÊNDICE 4 - Exemplo da Análise Estrutural de Narração

Exemplo do trabalho das etapas vertical e horizontal (Entrevista de E1- Faixa etária 3 acima de 51 anos)

Etapas do trabalho de análise:

1) Leitura Vertical

2) Leitura Horizontal

2.1) Desconstrução com codificação por sequências, por ordem crescente de aparecimentos das falas, marcando os fatos (F), os personagens (P), e os julgamentos e justificativas apresentados (J), com posterior nomeação provisória de cada sequência e síntese de cada objeto de fala.

Codificação:

S: Sequência

F: Fatos presentes, objetos das falas, numerados em cada sequência.

P: Pessoas, instituições, personagens incluídos nos fatos, numerados em ordem de aparecimento e mantidas com o mesmo número recebido, caso reapareçam no texto.

J: Julgamentos e justificativas, explicações

Cores:

Preta: Entrevista transcrita

Vermelha: Identificação das sequências e as respectivas denominações

Azul: Síntese com identificação de fatos, pessoas e julgamentos

Verde: Nomeação final dos objetos centrais e reconstruídos na narrativa, pelo pesquisador.

Entrevista de E1 faixa etária 3 – acima de 51 anos

S1 Apresentação do entrevistador com introdução da questão central

Entrevistadora: Hoje são 26 de dezembro de 2011, 11h35min. Estamos aqui com a E1 de 65 anos. Conte-me sobre a sua vida, desde o início, desde a infância. Como que foi pra senhora cuidar da saúde? Desde que a senhora era pequenininha, como que foi pra senhora cuidar da saúde? Tenta lembrar.

– Meu Deus, se eu for contar a minha vida desde pequena, vai ser muito longe (S1 J1-representa a vida como algo pleno).

Entrevistadora: Conta alguma coisa do que a senhora lembrar. Como foi de pequenininha pra senhora cuidar da saúde?

S2 Situação familiar, econômica e social

– Primeiro eu morava na roça e meus pais não tinha condição nenhuma. Nenhuma, nenhuma. A gente sofreu muito. Meus pais era pobre, pobre, pobre. A gente não tinha nada. Comia o que eles colhia na roça, quando tinha a gente comia, quando não tinha a gente passava falta mesmo, quando era pequena. Aí vai, vai, vai... Não estudei porque não tinha como, nós não tinha estudo (S2 F1-Morar na roça e ser pobre, J1; J2-Não comia, passava fome porque só comia o que plantava, F2 sem estudo). Aí fui crescendo lá naquilo tudo, naquela situação toda até chegar em idade de trabalhar em fazenda, com 11 anos de idade. Fui pra fazenda, foi mais do que trabalho de graça, né (S2 F3-Saiu de casa para trabalhar numa fazenda mantendo mesmo contexto social de pobreza J4- trabalhou de graça). Quando eu fiz assim, 12 anos, que eu vim pra aqui. Daí veio rodando, muito sofrimento, a gente passava fome. Eu não tive infância, não sei o quê que é infância, sofri muito. E veio rolando até chegar aqui, nessa situação toda. (S2 F4-Vinda para Cidade mantendo mesmo contexto social de pobreza e fome, J5 -não teve infância porque sofreu muito) Agora que eu estou vivendo né. Porque depois que eu vim prá cá, criei meus dois filhos, bem dizer sozinha, trabalhando em casa de família, sofrendo, rolando muito, mas muito mesmo, fui deixando muita coisa pra trás. Agora, morando sozinha, trabalhando em casa de família, acabei de criar eles – só tenho dois – estudar eles, fazer o que minha mãe não fez por mim e aí que eu cheguei até onde eu estou hoje. Eu não conto que eu passei alguma coisa boa, agora que eu estou vivendo, depois que eu trabalhei muito, sofri muito, aposentei, né. Aí perdi meu marido há 4 anos atrás, aonde que eu tô aqui nessa casinha aqui, ta cheio de neto aqui. Ajudo a olhar. Daí eu não tenho pra contar coisas boas na minha vida não (S2 F5-agora que ela está vivendo, F6 - a vida de pobreza se manteve F7- trabalhando em casa de família conseguiu criar os filhos J6 conseguiu ser diferente da mãe porque deu estudo para os

filhos, F8-vida só de sofrimento agora que está vivendo, J7 não ter coisa boa pra contar porque sua vida foi só de sofrimento).

- E doença na infância? A senhora lembra de ter adoecido na infância, de ter vivido saúde e doença na infância?

S3 Representação de sequela de pneumonia da infância

- Quando eu tinha mais ou menos 10 anos eu dei, acho que é pneumonia, que a minha mãe fala. Que eu quase morri, quase. Não fui porque Deus não deixou. Aí, só isso que eu tive (S3 F1-adoecimento por pneumonia, J8-quase morreu, mas não era a hora por desígnio de Deus). Demorei muito a sarar, aí eu vim sarando, de vez em quando, até se eu... Se por acaso eu to aqui dentro de casa, à noite que eu saio no terreiro, eu já entro com gripe e dor de cabeça. Eu tenho uma dor de cabeça muito... não sarar. Aí já fico gripada, de vez em quando dá uma gripe que quase eu ia, né (S3 F2-Existência de dor de cabeça crônica e sequela da pneumonia. Mas depois passei a tomar vacina de idosos é que eu não (---). (S3J8-melhoria da vulnerabilidade à gripe após a vacina de idosos) Todo mês de junho eu dou um gripe forte.

- E da infância, que você lembra da sua mãe contar, foi só essa doença.
- É, só. Eu não tenho doença nenhuma não.
- E você lembra... sua mãe te contou o quê que fez pra você sarar dessa pneumonia?

S4 Descrição do tratamento da pneumonia

- Lá era muito difícil médico, aí meu pai foi no farmacêutico. Eu lembro que meu pai não foi trabalhar, ele falou: “hoje eu não vou trabalhar não, pra cuidar dela”. Ele foi na farmácia, comprou um xarope num vidro, um xarope escuro. O farmacêutico mandou pra mim tomar. E injeção, muita penicilina que eles me deram, aí eu voltei a sarar. Mas não tinha tratamento nenhum não (S4F1Dificuldade de acesso ao médico, farmacêutico é médico).

- E alguma coisa pra não adoecer de novo, a partir dessa doença que a senhora teve?

S5 Apresentação do único problema de saúde que relata

- Não fiz tratamento nenhum. Eu vim conhecer médico foi aqui em Belo Horizonte, que aí quando descobriu, que eu vim trabalhando, por motivo de eu trabalhar muito, né, eu pegava muito peso. Na roça a gente pegava peso

mesmo, né. Eu pegava no pesado, apanhava café, milho, feixe de lenha, muito peso mesmo. Tanto que a única coisa de doença que eu tenho crônica é de coluna. Eu vou aposentar duas vezes por coluna. Eu não aguento pegar peso mais e nem escada. Às vezes eu fico o dia inteiro trabalhando, de tarde é um sacrifício pra mim subir escada. A única coisa que eu tenho problema é de coluna (S5 F1 Conheceu médico em Belo Horizonte J9 - trabalhava muito e pegava muito peso, porque J10- na roça pega muito peso mesmo F3Aposentou duas vezes por problemas de coluna, J11-não suporta mais pegar peso e subir escada porque sente uma dor crônica).

– Na sua vivência com seus pais na roça, a sua vivência era essa, o trabalho era muito pesado, a senhora lembra de algum cuidado que tinha pra evitar doença? Igual a senhora conta que não tinha tratamento, não tinha médico, não tinha acesso a essas coisas, mas existia alguma coisa que se fazia pra evitar de adoecer?

– Não.

– Que se aprendia, a ter um cuidado de não sair no sereno, ou uma coisa assim?

S6 Cuidados vivenciados na roça e reafirmação das dificuldades vividas na infância

Não, não tinha esse cuidado. Eu lembro da gente dar dor de cabeça, dor de ouvido, que a gente tinha muita dor de ouvido, a minha mãe colocava aqueles remedinhos, de algodão, é uma coisa que você nunca ouviu falar, que é pedregoso, que a gente tomava pra dor de cabeça. Lá na roça até hoje existe isso (S6 F1-Mãe cuidadosa nas situações agudas e uso de plantas medicinais, crença na perpetuação desses hábitos no meio rural). A única coisa que a gente tomava que eu lembro era isso aí. Água era céu aberto mesmo, rego. Era muito difícil a minha vida de criança, foi muito dolorosa. Tem hora que eu nem sei porque que eu estou vivendo. Eu falo que eu vim pra outra reencarnação (S6 F2 Falta de saneamento básico S2 F3 reafirmação do sofrimento vivido na infância, não sabe nem porque/como está viva, J12-.veio para outra reencarnação porque não sabe como ainda está viva depois de tanto sofrimento).

S7 Os pais não são considerados referências para se conhecer os riscos

– E em relação aos perigos da vida, a senhora lembra como que seus pais te criaram em relação aos perigos da vida?

- Não me ensinaram nada sobre perigos da vida.

– Nada?

– Nada. Nada, nada. Eu me cresci assim trabalhando pros outros desde pequena (S7 F1 sempre trabalhando e convivendo com e para os outros).

S8 Aprendizados na vida e sua constituição como pessoa

– Graças a Deus, como eu falo, eu não tenho perigo nenhum, é a minha natureza mesmo. Eu não segui nada de ruim, nada de ruim, só coisa boa, né. Principalmente quando eu vim pra aqui, ainda era muito nova, as pessoas que eu encontrei na minha vida é só gente boa, parecia minha mãe. Tanto que eu tenho consideração com uma senhora que eu vim pra aqui, eu tenho ela como mãe mesmo, e ela me tem como filha mesmo. Eu aprendi as coisas boas foi aqui mesmo, porque lá eles não ensinavam nada não (S8 F1 Ter uma natureza boa aprendida com as pessoas boas que encontrou na vida, J 13-a mãe é boa).

S9 Reconhecimento do risco na sua vida

– Em relação à sua saúde, qual foi a primeira vez que você se arriscou na vida, que você acha que você colocou a sua saúde em risco? Você acha que você já colocou a sua saúde em risco? Igual essa coisa do peso que a senhora colocou, né, era obrigado, não tinha opção, né, pegar o peso nesse trabalho na roça, mas fora isso, teve alguma outra vez que a senhora acha que a senhora colocou sua saúde em risco?

– Não, não acho, não tem não. A única vez que eu acho que eu coloquei a minha saúde em risco é quando eu trabalhava à noite. Eu trabalhei à noite, entrava no hotel e subia escada e descia escada, e dormia pouco. Acho eu foi isso, a gente dormia pouco, foi isso, trabalhava à noite (S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco, F2 correu risco J14 trabalho noturno como camareira subindo e descendo escada).

S10 Significado de risco

– E o quê que é risco pra você? O quê que a senhora acha que é risco?

- Ah, não sei falar o que é risco pra mim não. Risco pra mim é enfrentar essas coisas ruins, eu acho que é isso (S10 J15 Risco é ter de enfrentar coisas ruins)
- Você considerando que risco, então, sejam essas coisas ruins, quais riscos você considera que já correu na sua vida? Na vida toda. Quais riscos que a senhora considera que já correu? Igual a senhora falou, né, que dá uma história, quais riscos hoje, olhando pra trás a senhora fala: já corri risco aqui, aqui e ali.
- Não lembro de correr risco não, não lembro (S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco).
- A senhora conheceu seus avós?
- Não.

S11- Inexistência da experiência de cuidado com a saúde na roça

- O que seus pais faziam pra cuidar da saúde, que você ainda faz até hoje?
- Nada. Lá não existia cuidar de saúde. Não existia (S11 J16-Não existia nada para cuidar da saúde na minha infância).

S12 Cuidado relacionado às doenças crônicas

- Quando a senhora já pensou em cuidar da saúde pra prevenir doença tipo diabetes, pressão alta? Quando a senhora começou a pensar em cuidar da saúde, sobre essas doenças?
- Sobre pressão alta... Tem muito tempo, eu não lembro quando, menina. Tem muito tempo. Eu não lembro do ano (S12 F1 Tem pressão alta).
- Mas aconteceu alguma coisa? Eu pergunto quando não é em relação ao tempo, mas aconteceu alguma coisa que a senhora preocupou com isso? O quê que lhe fez preocupar com isso?
- Eu lembro quando eu entrei em depressão, que eu nem sabia o quê que era depressão. Aí eu fui no posto médico, aí ele foi e descobriu pra mim, falou que era depressão, que a minha pressão estava um pouquinho alta. (S12 F2 Teve depressão) Daí que fui fazer tratamento, aí ele me mandou caminhar, mandou tomar remédio certinho e veio, veio andando até hoje, é isso. Foi quando eu descobri que eu tinha de cuidar da minha saúde, porque eu só vivia trabalhando e fiquei assim, entrei em depressão (S12 F1 e F2 adoecimentos

J17- Escuta e entende que precisa se cuidar). Era magrinha e engordei mais, aí chegava a depressão. Entrava em depressão, aí fui pra caminhada. E de eu ficar em casa também. Eu ficava em casa parada, só pensando dentro de casa, aí eu engordo. Aí eu fui trabalhar, só parei de trabalhar porque a coluna não aguentou mais, o médico me aposentou, só isso. Dessa época pra cá que eu venho tratando da saúde, vou no posto, vou no grupo **(S12 F3 torna-se uma instituída da Atenção primária).**

S13 Cuidado com a saúde hoje

- A senhora frequenta o grupo de referência do posto?
- Do posto. Tem o grupo de caminhada, a gente faz caminhada, exercício. Aí tem o grupo no posto, a gente vai lá, eles olham a pressão, mede, pega peso, tem os remédios todo mês. De 6 em 6 meses agora, a receita. Aí a gente tem que fazer de 6 e 6 meses todos os exames, como é que fala?
- Um check-up.
- É isso, um check-up. Tem que marcar e fazer. Dessa época pra cá é que eu cuido da saúde
- Você aproveita os espaços da cidade pra cuidar da sua saúde? A senhora disse que faz caminhadas, né.
- Faço.
- Nas praças? Então a senhora aproveita?
- Aproveito. Ainda tem a ginástica com (---), ali na pracinha tem, segunda e quinta **(S13 F1 Frequenta grupo operativo F3 faz caminhada e ginástica F4 faz checkup F5 controla peso).**
- Tem alguma coisa a mais, sobre o modo como a senhora cuida da saúde que é mais fácil, que é mais difícil, que a senhora queira falar com a gente? Como a senhora cuida da saúde, quais são suas principais dificuldades em cuidar da saúde, quais são suas principais facilidades em cuidar da saúde que a senhora queira contar pra gente?
- Não, não tem nada.

S14-Encerramento e agradecimento

- Tá bom. Era só isso que a gente queria falar. Se tiver mais alguma coisa que a senhora queira falar...
Tá bom.

– Então estamos encerrando, muito obrigada (S14 F1).

2.2) Reconstrução da Entrevista por objetos abordados

2.2.1) Lista das sequências com denominação provisória

S1 Apresentação do entrevistador com introdução da questão central

S2 Situação familiar, econômica e social

S3 Representação de sequela de pneumonia da infância

S4 Descrição do tratamento da pneumonia

S5 Apresentação do único problema de saúde que relata

S6 Cuidados vivenciados na roça e reafirmação das dificuldades vividas na infância

S7 Os pais não são considerados referências para se conhecer os riscos

S8 Aprendizados na vida e sua constituição como pessoa

S9 Reconhecimento do risco na sua vida

S10 Significado de risco

S11- Inexistência da experiência de cuidado com a saúde na roça

S12 Cuidado relacionado às doenças crônicas

S13 Cuidado com a saúde hoje

S14-Encerramento e agradecimento

2.2.2) Síntese do conteúdo das sequências

S1 Apresentação do entrevistador com introdução da questão central

(se eu for contar a minha vida desde pequena, vai ser muito longe S1 J1- representa a vida como algo pleno).

S2 Situação familiar, econômica e social

S2 F1-Morar na roça e ser pobre, J1; J2-Não comia, passava fome porque só comia o que plantava, F2 sem estudo)

(S2 F3-Saiu de casa para trabalhar numa fazenda mantendo mesmo contexto social de pobreza J4- trabalhou de graça).

(S2 F4-Vinda para Cidade mantendo mesmo contexto social de pobreza e fome, J5 -não teve infância porque sofreu muito)

(S2 F5-agora que ela está vivendo, F6 -a vida de pobreza se manteve F7-trabalhando em casa de família conseguiu criar os filhos J6 conseguiu ser diferente da mãe porque deu estudo para os filhos, F8-vida só de sofrimento agora que está vivendo, J7 não ter coisa boa pra contar porque sua vida foi só de sofrimento).

S3 Representação de sequela de pneumonia da infância

(S3 F1-adoecimento por pneumonia, J8-quase morreu, mas não era a hora por desígnio de Deus).

(S3 F2-Existência de dor de cabeça crônica e seqüela da pneumonia

(S3J8-melhoria da vulnerabilidade à gripe após a vacina de idosos)

S4 Descrição do tratamento da pneumonia

(S4F1Dificuldade de acesso ao médico, farmacêutico é médico).

S5 Apresentação do único problema de saúde que relata

(S5 F1 Conheceu médico em Belo Horizonte J9 - trabalhava muito e pegava muito peso, porque J10- na roça pega muito peso mesmo F3Aposentou duas vezes por problemas de coluna, J11-não suporta mais pegar peso e subir escada porque sente uma dor crônica).

S6 Cuidados vivenciados na roça e reafirmação das dificuldades vividas na infância

(S6 F1-Mãe cuidadosa nas situações agudas e uso de plantas medicinais, crença na perpetuação desses hábitos no meio rural (S6 F2 Falta de saneamento básico S2 F3 reafirmação do sofrimento vivido na infância, não sabe nem porque/como está viva, J12- veio para outra reencarnação porque não sabe como ainda está viva depois de tanto sofrimento).

S7 Os pais não são considerados referências para se conhecer os riscos

(S7 F1sempre trabalhando e convivendo com e para os outros).

S8 Aprendizados na vida e sua constituição como pessoa

(S8 F1 Ter uma natureza boa aprendida com as pessoas boas que encontrou na vida, J 13-a mãe é boa).

S9 Reconhecimento do risco na sua vida

(S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco, F2 correu risco J14 trabalho noturno como camareira subindo e descendo escada).

S10 Significado de risco

(S10 J15 Risco é ter de enfrentar coisas ruins)

(S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco).

S11- Inexistência da experiência de cuidado com a saúde na roça

(S11 J16-Não existia nada para cuidar da saúde na minha infância).

S12 Cuidado relacionado às doenças crônicas

(S12 F1 Tem pressão alta).

(S12 F2 Teve depressão)

(S12 F1 e F2 adoecimentos J17- Escuta e entende que precisa se cuidar). (S12 F3 torna-se uma instituída da Atenção primária).

S13 Cuidado com a saúde hoje

(S13 F1 Frequenta grupo operativo F3 faz caminhada e ginástica F4 faz checkup F5 controla peso).

S14-Encerramento e agradecimento

(S14 F1 não quer falar mais nada).

2.2.3) Reorganização da sequências pelos temas tratados com nomeação pelo conteúdo central**1) Trajetória de vida: Situação familiar, econômica e social**

S1 Apresentação do entrevistador com introdução da questão central

(Se eu for contar a minha vida desde pequena, vai ser muito longe S1 J1- representa a vida como algo pleno).

S2 Situação familiar, econômica e social

S2 F1-Morar na roça e ser pobre, J1; J2-Não comia, passava fome porque só comia o que plantava, F2 sem estudo)

(S2 F3-Saiu de casa para trabalhar numa fazenda mantendo mesmo contexto social de pobreza J4- trabalhou de graça).

(S2 F4-Vinda para Cidade mantendo mesmo contexto social de pobreza e fome, J5 -não teve infância porque sofreu muito)

(S2 F5-agora que ela está vivendo, F6 -a vida de pobreza se manteve F7- trabalhando em casa de família conseguiu criar os filhos J6 conseguiu ser diferente da mãe, porque deu estudo para os filhos, F8-vida só de sofrimento agora que está vivendo, J7 não ter coisa boa pra contar porque sua vida foi só de sofrimento).

2) Vivências de saúde, doença e cuidados ao longo da vida**S3 Representação de seqüela de pneumonia da infância**

(S3 F1-adoecimento por pneumonia, J8-quase morreu, mas não era a hora por desígnio de Deus).

(S3 F2-Existência de dor de cabeça crônica e seqüela da pneumonia

(S3J8-melhoria da vulnerabilidade à gripe após a vacina de idosos)

S4 Descrição do tratamento da pneumonia

(S4F1Dificuldade de acesso ao médico, farmacêutico é médico).

S5 Apresentação do único problema de saúde que relata

(S5 F1 Conheceu médico em Belo Horizonte J9 - trabalhava muito e pegava muito peso, porque J10- na roça pega muito peso mesmo F3Aposentou duas vezes por problemas de coluna, J11-não suporta mais pegar peso e subir escada porque sente uma dor crônica).

S6 Cuidados vivenciados na roça e reafirmação das dificuldades vividas na infância

(S6 F1-Mãe cuidadosa nas situações agudas e uso de plantas medicinais, crença na perpetuação desses hábitos no meio rural(S6 F2 Falta de

saneamento básico S2 F3 reafirmação do sofrimento vivido na infância, não sabe nem porque/como está viva, J12-veio para outra reencarnação porque não sabe como ainda está viva depois de tanto sofrimento).

S11- Inexistência da experiência de cuidado com a saúde na roça

(S11 J16-Não existia nada para cuidar da saúde na minha infância).

3) Os pais: objetos aprendidos e vividos a partir da interação com os pais

S2J6 conseguiu ser diferente da mãe porque deu estudo para os filhos

S6 F1-Mãe cuidadosa nas situações agudas e uso de plantas medicinais

S7 Os pais não são considerados referências para se conhecer os riscos

(S7 F1sempre trabalhando e convivendo com e para os outros).

S8 Aprendizados na vida e sua constituição como pessoa

(S8 F1Ter uma natureza boa aprendida com as pessoas boas que encontrou na vida, J 13-a mãe é boa).

4) Risco: percepção e vivência

S7 Os pais não são considerados referências para se conhecer os riscos

(S7 F1sempre trabalhando e convivendo com e para os outros).

S9 Reconhecimento do risco na sua vida

(S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco, F2 correu risco J14 trabalho noturno como camareira subindo e descendo escada).

S10 Significado de risco

(S10 J15 Risco é ter de enfrentar coisas ruins)

(S9 F1 Pessoa calma que considera não procurar o risco).

5) Cuidado relacionado às DCNT e promoção da saúde

S12 Cuidado relacionado às doenças crônicas

(S12 F1 Tem pressão alta).

(S12 F2 Teve depressão)

(S12 F1 e F2 adoecimentos J17- Escuta e entende que precisa se cuidar). (S12 F3 torna-se uma instituída da Atenção primária).

S13 Cuidado com a saúde hoje

(S13 F1 Frequenta grupo operativo F3 faz caminhada e ginástica F4 faz checkup F5 controla peso).

2.2.4) Síntese Final da Narrativa de E1

E1, 65 anos, sexo feminino, viúva, mora em Belo Horizonte no Alto Vera Cruz, em uma casa própria, boa com dois filhos e netos. Nasceu na roça, ali cresceu trabalhando junto com os pais e onze irmãos, vivendo uma vida de dor e sofrimento, num contexto socioeconômico de muita pobreza. Comiam o que produziam na roça, e muitas vezes passavam fome, ninguém teve estudo. Com onze anos de idade foi trabalhar em uma fazenda, depois se mudou para Belo Horizonte onde trabalhou por muitos anos em casa de família. Teve pneumonia quando criança e quase morreu, tratou-se com remédios receitados por farmacêuticos porque não havia médicos na região. Desta pneumonia, representa sequela até hoje, referida como uma dor de cabeça crônica e gripe se, tomar 'sereno'. Foi passando por muitas dificuldades e muito sofrimento até chegar onde está hoje, que considera que é o momento em que está realmente vivendo. Casou-se, construiu sua casa, criou e deu estudo aos seus dois filhos, fazendo o que a mãe não conseguiu fazer por ela. Aposentou-se por problemas de coluna decorrentes do excesso de peso nos trabalhos que teve desde a infância, e que geraram uma dor crônica de coluna. Reconhece-se uma pessoa calma e que não procura o risco, mas correu risco quando se submeteu ao trabalho noturno como camareira, subindo e descendo escadas. Risco do seu ponto de vista é ter de enfrentar coisas ruins. Nunca havia pensado em se cuidar para prevenir doenças crônicas. Começou a cuidar da saúde quando foi diagnosticada hipertensa e com depressão, desde então tornou-se instituída da atenção primária frequentando grupos operativos do Centro de Saúde e atividades da Academia da Saúde e regularmente acompanhando seu estado de saúde.

APÊNDICE 5 – Detalhamento da Análise dos dados - Categorização

Elaboração das Categorias Empíricas

1) Listagem das Representações por assunto

Representações de Contradição

1. Antigamente (avós) tinham alimentação mais saudável.
2. Antigamente podia-se comer de tudo, alimentação era pior, mais gordurosa, porque não se sabia, era feito pelos pais o contrário do que é hoje tido como certo.

Representações do Cuidado com a saúde específicas por faixa etária

Jovens

3. Cuidado com a saúde e alimentação é para fins estéticos (25 anos), o resto é consequência, pois a consciência das DCNT só vem depois dos 40 anos.
4. Normas para manter a saúde são chatas e não tão satisfatório quanto colocá-la em risco.
5. Sobrepeso/obesidade não são esteticamente aceitáveis.
6. Não se pode pensar em saúde o tempo todo, nem viver a norma o tempo todo, ninguém é cem por cento certinho.

DCNT são doenças de pessoas idosas ou com mais de 40 anos

Adultos

7. É importante cuidar da saúde para envelhecer bem.
8. Cuidar da saúde é trabalhar.
9. Cuidado à saúde é alimentação, atividade física e varia conforme a faixa etária.
10. Tem coisa que não se aprende na escola é dentro de casa e depende da disposição para pegar ou não a lição de vida.
11. Álcool prejudica à saúde, quem bebe socialmente 'mente'.

Idosos

12. À medida que se envelhece, aprende a se cuidar melhor, o cuidado e autocuidado melhoram com a idade.

É preciso se cuidar nesta idade, pois têm-se mais risco de ataque cardíaco e complicações

Representação do Cuidado Relacionadas ao Gênero

13. Mãe ou esposa são sempre mais preocupadas com a saúde dos filhos, além de ter que cuidar da própria saúde.

Representações do Cuidado e Acesso

14. Roça é local de mais acesso a alimentos mais saudáveis.

15. Num contexto social e material de falta, há vulnerabilidade e não há cuidado à saúde.

16. Cuidado é aprendido e acesso (a Atenção Básica) na cidade.

17. Na roça não se aprende nada sobre cuidar da saúde, fica-se nas mãos de Deus.

18. Quem não tem plano de saúde tem que aceitar o profissional disponível.

19. Centro de saúde não resolve problema de nervosismo e não considera que pessoa jovem deve fazer check up/preventivo para DCNT.

Representações relacionadas à disposição/dificuldades de adoção de modos de vida saudáveis

20. Cuidar-se exige mudança interior e disposição em criar novos hábitos ou modificar hábitos arraigados o que exige muita luta.

21. É difícil cuidar da saúde, é caro, gasta tempo e a vida hoje em dia é muito corrida.

22. Cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente.

23. O ambiente molda a pessoa, influencia no bem estar, na qualidade de vida e define a disposição para o autocuidado.

Representações relacionadas com a Visão de Mundo asséptico

24. Cuidar da saúde é cuidar do asseio, da higiene, do ambiente evitando o contato com pessoas doentes e assim a transmissibilidade de doenças.

25. Doenças transmissíveis são degradantes.

26. Produtos industrializados e agrotóxicos não são saudáveis, diminuem a resistência e aumentam a transmissibilidade de doenças, são os culpados pela saúde ruim de hoje em dia.

Representações relacionadas à saúde/doença e DCNT

27. DCNT são hereditárias.

28. Doenças da infância são corriqueiras e não são perigosas.

29. DCNT não escolhe idade.

30. DCNT são doenças de pessoas idosas ou com mais de 40 anos.

Representações relacionadas ao Risco

31. A noite é perigosa porque é no escuro que se esconde o perigo.

32. Risco é inerente a vida mas não se pode pensar nele o tempo todo, senão não se vive e nem sai de casa, pois a todo momento se está em risco.

33. Hoje em dia com aumento da violência e presença de drogas é mais perigoso que antigamente, quando havia mais respeito dos filhos com os pais.

34. Riscos são inevitáveis e os administramos diariamente com cuidados que os balizam.

35. Risco depende de cada um, da informação, da educação, da escolaridade que se tem para se julgar (e se colocar) em risco ou não.

36. Hábitos saudáveis, bom ambiente e convivência com boas pessoas diminuem os riscos.

37. Pensar no risco é ter que pensar na morte.

38. Stress é um risco, muita gente morre por causa do stress.

39. Instrução, educação e diálogo são formas de controle do risco.

40. Vivência do risco e sua percepção vão modificando ao longo da vida.
41. Risco é privar-se do sono e ter de enfrentar situações ruins.
42. Pessoas boas e tranquilas estão menos expostas ao risco.
43. Quem não tem pai para lhe defender deve ser mais precavido.
44. Risco é perda ou interrupção da integridade.
45. Transgredir é bom, porém perigoso então é um risco.
46. Aprendizados sobre limites e riscos se iniciam desde a infância.
47. A construção das RS sobre risco acompanham a trajetória de vida.
48. Quem tem DCNT tem mais risco de morrer.
49. Risco é fazer algo sem planejamento.
50. Prevenção faz parte de cada pessoa, da maneira como ela vive e concebe o risco.
51. Risco é em parte contingência e escolha, limiar entre bem e mal, mas há riscos que precisam ser corridos.
52. Corre-se mais risco nas grandes cidades devido à vida urbana e a menor qualidade de vida.

Legenda:

Representações relacionadas ao:

Cuidado: Amarela

Saúde/Doença: Verde

Acesso: Roxo

Risco: Vermelho

2) Reorganização das representações por Grandes Temas

1) Cuidado/ Promoção da Saúde

1.1) Cuidado como aprendizado e construção social

Cuidado com a saúde e alimentação é para fins estéticos (25 anos), o resto é consequência. (1.1)

Sobrepeso/obesidade não são esteticamente aceitáveis. (1.1)

É importante cuidar da saúde para envelhecer bem. (1.1)

Cuidar da saúde é trabalhar. (1.1)

Cuidado à saúde é alimentação, atividade física (1.1)

Tem coisa que não se aprende na escola é dentro de casa e depende da disposição para pegar ou não a lição de vida. (1.1)

À medida que se envelhece, aprende a se cuidar melhor, o cuidado e autocuidado melhoram com a idade. (1.1)

Num contexto social e material de falta, há vulnerabilidade e não há cuidado à saúde porque não há aprendizado (1.1)

Cuidado é aprendizado e acesso (à Atenção Básica) na cidade. (1.1)

Na roça não se aprende nada sobre cuidar da saúde, fica-se nas mãos de Deus. (1.1)

Cuidar-se exige mudança interior e disposição em criar novos hábitos ou modificar hábitos arraigados o que exige muita luta. (1.1)

É difícil cuidar da saúde, é caro, gasta tempo e a vida hoje em dia é muito corrida. (1.1)

O ambiente molda a pessoa, influencia no bem estar, na qualidade de vida e define a disposição para o autocuidado. (1.1)

1.2) Variações da concepção de cuidado e promoção da saúde conforme as faixas etárias

Cuidado varia conforme a faixa etária. (1.2)

E preciso se cuidar nesta idade, pois têm-se mais risco de ataque cardíaco e complicações. (1.2)

1.3) Persistência do Modelo Médico centrado

Cuidar da saúde é ir ao médico e fazer exames regularmente. (1.3)

2) Saúde Doença

2.1 Hereditariedade e DCNT

DCNT são hereditárias. (2.1)

2.2 DCNT estão associadas à idade

Doenças da infância são corriqueiras e não são perigosas. (2.2)

Cuidado com a saúde e alimentação é para fins estéticos (25 anos), o resto é consequência, pois a consciência das DCNT só vem depois dos 40 anos. (2.2)

DCNT são doenças de pessoas idosas ou com mais de 40 anos. (2.2)

Centro de saúde não resolve problema de nervosismo e não considera que pessoa jovem deve fazer *check up* /preventivo para DCNT porque também considera que DCNT está relacionado à idade. (2.2)

DCNT não escolhe idade. (2.2)

DCNT são doenças de pessoas idosas ou com mais de 40 anos. (2.2)

2.3 Visão Higienista

Cuidar da saúde é cuidar do asseio, da higiene, do ambiente evitando o contato com pessoas doentes e assim a transmissibilidade de doenças. (2.3)

Doenças transmissíveis são degradantes. (2.3)

Produtos industrializados e agrotóxicos não são saudáveis, diminuem a resistência e aumentam a transmissibilidade de doenças, são os culpados pela saúde ruim de hoje em dia. (2.3)

3) Risco

3.1 Riscos e Perigos da atualidade

Antigamente podia-se comer de tudo, alimentação era pior, mais gordurosa, porque não se sabia, era feito pelos pais o contrário do que é hoje tido como certo. (3.1)

A noite é perigosa porque é no escuro que se esconde o perigo. (3.1)

Hoje em dia com aumento da violência e presença de drogas é mais perigoso que antigamente, quando havia mais respeito dos filhos com os pais. (3.1)

Stress é um risco, muita gente morre por causa do stress. (3.1)

Corre-se mais risco nas grandes cidades devido à vida urbana e a menor qualidade de vida. (3.1)

3.2 Risco como algo inevitável

Risco é em parte contingência e escolha, limiar entre bem e mal, mas há riscos que precisam ser corridos. (3.2)

Quem tem DCNT tem mais risco de morrer. (3.2)

Quem não tem pai para lhe defender deve ser mais precavido. (3.2)

Risco é privar-se do sono e ter de enfrentar situações ruins. (3.2)

Pensar no risco é ter que pensar na morte. (3.2)

Risco é inerente a vida, mas não se pode pensar nele o tempo todo senão não se vive e nem sai de casa, pois a todo momento se está em risco. (3.2)

Riscos são inevitáveis e os administramos diariamente com cuidados que os balizam. (3.2)

3.3 Normas e Transgressões

Normas para manter a saúde são chatas e não tão satisfatórias quanto colocá-la em risco. (3.3)

Não se pode pensar em saúde o tempo todo, nem viver a norma o tempo todo, ninguém é cem por cento certinho. (3.3)

Álcool prejudica à saúde, quem bebe socialmente 'mente'. (3.3)

Risco depende é de cada um, da informação, da educação, da escolaridade que se tem para se julgar (e se colocar) em risco ou não. (3.3)

Hábitos saudáveis, bom ambiente e convivência com boas pessoas diminuem os riscos. (3.3)

Instrução, educação e diálogo são formas de controle do risco. (3.3)

Vivência do risco e sua percepção vão modificando ao longo da vida. (3.3)

Pessoas boas e tranquilas estão menos expostas ao risco(3.3)

Transgredir é bom, porém perigoso então é um risco. (3.3)

Aprendizados sobre limites e riscos se iniciam desde a infância. (3.3)

A construção das RS sobre risco acompanham a trajetória de vida. (3.3)

Risco é fazer algo sem planejamento. (3.3)

Prevenção faz parte de cada pessoa, da maneira como ela vive e concebe o risco. (3.3)

3) Categorias Empíricas Emergidas

- 1) Aprendizado desde a infância como base do cuidado e autocuidado;
- 2) Diferenças na concepção e no objetivo da promoção da saúde por faixas etárias;

3) Descompasso entre promoção da saúde e cultura médica ainda imperativa nas práticas e concepções de cuidado em saúde;



Grande Categoria: Promoção da Saúde: uma prática distante

4) Idade e hereditariedade das DCNT;

5) Legado do pensamento higienista e da noção miasmática: entrave para compreensão e prevenção das DCNT.

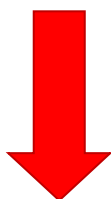


Grande Categoria: A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença

6) Vive-se atualmente numa sociedade bem mais perigosa do que antes;

7) Risco como contingência do mundo;

8) Risco como possibilidade de escolha: acatar a norma ou transgredi-la?



Grande Categoria: Sociedade de Risco

4) Categorias Teóricas Emergidas

1) **Promoção da Saúde: uma prática distante**

2) **A cultura da idade na base dos modos de lidar com a saúde e doença**

3) **Sociedade de Risco**

APÊNDICE 6 - Quadro dos Participantes

Identificação-Pseudônimo	Sexo	Idade
E1	Feminino	65 anos
E2	Feminino	69 anos
E3	Masculino	82 anos
E4	Feminino	68 anos
E5	Feminino	62 anos
E6	Masculino	59 anos
E7	Masculino	70 anos
E8	Masculino	66 anos
E9	Feminino	58 anos
E10	Masculino	67 anos
E11	Masculino	44 anos
E12	Masculino	50 anos
E13	Feminino	33 anos
E14	Feminino	38 anos
E15	Feminino	35 anos
E16	Feminino	42 anos
E17	Masculino	31 anos
E18	Feminino	40 anos
E19	Masculino	31 anos
E20	Masculino	48 anos
E21	Masculino	29 anos
E22	Masculino	28 anos
E23	Feminino	19 anos
E24	Feminino	29 anos
E25	Feminino	26 anos
E26	Masculino	21 anos
E27	Masculino	23 anos
E28	Masculino	25 anos
E29	Feminino	25 anos
E30	Feminino	26 anos



O Pescador – Tarsila do Amaral - Este quadro trata de um tema bem brasileiro: um pescador num lago em meio a uma pequena vila com casinhas e vegetação típica. Este quadro foi exposto em Moscou, na Rússia em 1931 e foi comprado pelo governo russo.

“Afinal, há é que se ter paciência, dar tempo ao tempo, já devíamos ter aprendido, e de uma vez para sempre, que o destino tem de fazer muitos rodeios para chegar a qualquer parte. Fino, estranho, inacabado, é sempre o destino da gente”.

João Guimarães Rosa