

PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS TERRITÓRIOS: CONSTRUINDO SENTIDOS PARA A EMANCIPAÇÃO

José Ivo dos Santos Pedrosa¹

INTRODUÇÃO

Participar de uma publicação sobre promoção da saúde na diversidade humana e na pluralidade de itinerários terapêuticos abre oportunidades para discutir neste capítulo as práticas de promoção da saúde que acontecem nas comunidades, envolvendo espaços sociais, unidades de saúde, famílias, coletivos e indivíduos revelando a existência de sujeitos singulares que afirmam sua diversidade contribuindo para a pluralidade de itinerários, não somente terapêuticos, mas caminhos que levem à definição de determinado modo de andar a vida.

A justificativa desta discussão encontra-se na própria concepção de promoção de saúde que apresenta desde a Carta de Ottawa a participação da comunidade e o fortalecimento do poder local, como estratégias fundamentais para sua consolidação nas políticas, na organização dos sistemas de serviços e no cotidiano das pessoas e dos coletivos, tendo como ação o *empoderamento* dos indivíduos e dos grupos sociais.

Um dos cenários privilegiados das práticas de promoção da saúde no âmbito do SUS são as Unidades Básicas de Saúde, associadas ou não às equipes de Estratégia Saúde da Família, organizadas em ações que integram programas de saúde, atualmente incluindo os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010) como atividade física, prevenção da violência, tabagismo, álcool e drogas e alimentação saudável.

Entretanto, privilegiar as unidades de saúde como espaços de promoção da saúde pressupõe a integração dessas unidades no contexto da comunidade considerando que *“a exclusão está disseminada pelo interior da malha social e é ela que circunda e penetra a unidade básica onde quer que esta se localize”*(BOTAZZO, 1999) enquanto VIANNA e FAUSTO (2005) apontam a desconexão existente entre os problemas de saúde das grandes cidades principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, a violência e as condições de atuação da Atenção Básica.

¹ Médico. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Associado da UFPI

Nos pequenos municípios e localidades a antiga dinâmica comunitária de convívio e afeto deu lugar à lógica de “comunidades dormitório” cuja dinâmica decorre da dependência da distância entre aglomerados residenciais e postos de trabalho, originando desde problemas legais e gerenciais entre municípios de fronteiras até a indefinição do sentido de pertencimento à comunidade.

O Estado e a Comunidade já não aparecem mais como espaço de proteção e segurança. Os indivíduos agem de acordo com o mercado competindo em todos os aspectos da vida, instaurando uma cultura de que sobrevive quem é “astuto” (BAUMAN, 2001)

Há ainda a realidade das populações campesinas, dos ribeirinhos, das comunidades indígenas e de tantas outras formas de organização comunitária, que representam outros contextos onde predominam relações sociais de exploração ao lado de lutas e mobilização por parte dos movimentos sociais.

Como se não fosse suficiente, a responsabilidade de resolver os problemas originados nas contradições estruturais da sociedade que geram questões como insuficiência ou inadequação de habitação, moradia, saneamento, trabalho, saúde, educação, é colocada para os indivíduos, fundamentada no discurso da livre escolha, que não considera as condições que se apresentam para a escolha dos sujeitos.

Nesse espaço comunitário, as diversas práticas de cuidado em saúde como práticas religiosas, tradicionais e populares significam muitas vezes, o único acolhimento e cuidado disponíveis, ao mesmo tempo em que significam práticas culturais e afetivas que afirmam e reforçam a identidade comunitária.

Também é no âmbito da comunidade, que se organizam e se resolvem questões que suscitam a constituição de redes de apoio e solidariedade em torno do cuidado de crianças e idosos, segurança, cooperação e outras necessidades que não encontram respostas nos órgãos públicos, pois o Estado e a política aparecem sem poder no mundo globalizado para resolver os problemas que acontecem no âmbito local e regional, suscitando a terceirização das ações públicas.

Diante dessa situação a pergunta que inquieta é sobre a possibilidade de promover a saúde no nível local. Qual o sentido das práticas de promoção da saúde que acontecem

no nível da comunidade e qual o diálogo entre suas e o contexto que define o modo de andar a vida das comunidades?

Desde a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Ottawa em 1986, o referencial teórico-conceitual da promoção da saúde têm tido acúmulos crescentes assim como tem se tornado experiências em vários países. Entretanto percebe-se um distanciamento entre essa produção, o que transparece nas políticas públicas e o que efetivamente é concretizado como ação na organização dos serviços, fortalecendo a questão conhecida como *know do gap* (GUIMARÃES, 2010), isto é, a distância entre o conhecimento produzido e sua inclusão como tema de políticas públicas ou como tecnologia na prestação de serviços.

Mas, em que espaços acontecem práticas de promoção da saúde? Existe diálogo entre os cenários da unidade de saúde e as ações desenvolvidas em outros espaços? Diante da multiplicidade das práticas de promoção da saúde existentes no país e consideradas essenciais aos programas de atenção primária em saúde o que as pessoas entendem como promoção da saúde? Tais práticas promovem a saúde? Promoção da saúde é emancipação? Promoção da saúde é resistência?

Este capítulo, portanto tem o objetivo de apontar alguns elementos para pensar possibilidades de desenvolver ações de promoção da saúde no nível local fortalecendo o sentido participativo e emancipador dessas ações, no processo de construção de projetos de vida que considerem o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde.

Para tanto discute brevemente espaços e dimensões da Promoção da Saúde nas políticas, nos programas, nos serviços e no cotidiano das pessoas e comunidades ressaltando seu caráter transversal e considerando a possibilidade de se constituírem como práticas cotidianas voltadas para o enfrentamento às formas como os determinantes sociais da saúde se expressam e se manifestam em cada contexto.

A partir de alguns dados empíricos resultados de uma pesquisa de campo sobre promoção da saúde em comunidades rurais e urbanas que compõem territórios da Estratégia Saúde da Família no estado do Piauí, são discutidas questões necessárias para a ação local de promoção da saúde por meio da construção compartilhada de projetos de vida, nos quais a promoção da saúde adquire sentido e significado.

ESPAÇOS E DIMENSÕES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

De maneira geral, nas ações de promoção da saúde é possível identificar no discurso dos envolvidos, principalmente nas equipes de coordenação, a utilização de conceitos como intersectorialidade, participação social, *empoderamento* e suporte ambiental, que se tornam princípios e diretrizes de projetos de intervenção com o objetivo de promover a saúde de indivíduos e coletivos.

Observa-se também que apesar da sua recorrência explícita nos documentos dos projetos, no contexto específico onde são executados, estes conceitos apresentam distintos significados configurando para promoção da saúde uma multiplicidade de práticas que envolvem amplas dimensões, metodologias, sujeitos e espaços.

Esta multiplicidade de significados que a promoção da saúde apresenta encontra-se relacionada, para alguns autores, ao seu caráter polissêmico, sendo uma das características desses conceitos sua capacidade de adaptação a diferentes contextos sociais, econômicos e políticos (RIDDE, 2008), tomados como significantes que se expressam em políticas, programas e projetos sociais ancorados conceitualmente, mas com sentidos distintos a depender da situação conjuntural na qual emergem.

Considera-se que as ações de promoção da saúde compreendem práticas transversais, multidisciplinares, intersectoriais, de natureza individual ou coletiva, que abrangem grupos, organizações e instituições. A estas é possível acrescentar outras considerações sobre os sentidos de autonomia, integralidade, e emancipação, suscitados no processo de promover a saúde, de tal modo que existem concepções distintas de promoção da saúde para os técnicos da Unidade da Saúde, para os grupos, para os indivíduos e para a comunidade.

O conceito de promoção da saúde e seus corolários suscitam tal situação. O significado de *empoderamento*, por exemplo, pode se aproximar do sentido de algo necessário para a transformação de determinada situação como pode justificar estratégias que minimizam as contradições inerentes à dinâmica capitalista de produção e consumo. (FERREIRA; CASTIEL, 2009).

A situação de dependência do contexto significativo contribui para que as práticas pertinentes ao campo da promoção da saúde sejam identificadas em diferentes matrizes

teóricas que são apropriadas, reproduzidas e organizadas em ações que constituem nas políticas de saúde. De maneira geral, encontram-se estruturadas com base na concepção de risco epidemiológico e social, vinculadas a propostas mais amplas de sustentabilidade e ao desenvolvimento de ações de intersectorialidade com participação ativa da população, voltada para o desenvolvimento local (PEDROSA, 2004).

Nos planos de macro desenvolvimento de políticas públicas as ações de promoção da saúde se caracterizam como intersectoriais, mostram-se alinhadas ao conceito ampliado de saúde afirmando sua indissociabilidade do conjunto de processos e práticas que dão forma aos seus determinantes sociais. Neste sentido os saberes e praticas no campo da promoção da saúde deveriam ser pensados como saberes e práticas mais amplos ligados a um conjunto de políticas sociais, convergindo em torno de um projeto de defesa e promoção da vida (NUNES, 2009).

De maneira mais específica, as ações de promoção da saúde que decorrem dessas políticas, são planejadas e organizadas em sistemas de saúde respaldadas teórica e instrumentalmente na identificação de grupos vulneráveis que podem ser delimitadas territorialmente ou agrupados como áreas de intervenção social dos governos.

Apesar disso, essas ações encontram dificuldades em sua operacionalização em decorrência da permanência de um *habitus* (BOURDIEU, 1989) na gestão da saúde em que atuam conjuntamente ideais políticos e organizacionais inovadores ao lado de práticas políticas tradicionais, gerando situações em que o momento e os processos que levam à formulação das políticas não se conectam com o momento e os processos de sua implementação.

A promoção da saúde com ênfase no fortalecimento do poder local e na participação política dos coletivos sociais encontra-se presente como ideário a alcançar nos projetos apresentados pelos movimentos sociais, entretanto não consegue ser traduzida em ações consideradas de promoção da saúde e voltadas para o enfrentamento de seus determinantes.

Para Bodstein (2009) as referências conceituais no campo da promoção da saúde suscitam e justificam práticas abrangentes que se caracterizam pela diversidade de estratégias: no nível da população, das comunidades, dos municípios, da *advocacy*, entre outros, ampliando o debate, o diálogo e a participação intersectorial.

Para Buss e Pelegrini Filho (2007) o consenso possível a respeito do significado de promoção da saúde foi construído historicamente e compreende abordagens que privilegiam aspectos físicos e materiais na produção da saúde e da doença (escassez de recursos, deficiente investimento em infra-estrutura comunitária como educação, saúde, habitação, transporte, saneamento), fatores psicossociais que se preocupam em estabelecer as mediações entre diferentes vivências de sofrimento e adoecimento que se reproduzem desigualmente em contextos diversificados e abordagens voltadas para “análise das relações entre saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos”. (p.82)

Para os autores, a compreensão da promoção da saúde com base nos modelos e abordagens produzidas, contribui para identificar pontos de intervenção das políticas públicas que minimizem os efeitos desses determinantes, desenvolvendo ações que compreendem desde o incentivo à comunicação social, educação em saúde, acesso aos alimentos, atividades físicas e reorganização dos serviços de saúde, às políticas que atuam no nível da macroeconomia, do mercado, da proteção ambiental e cultura de paz, além de medidas que fortalecem a participação social e investimentos para melhorar as condições de vida como acesso a água, saneamento básico, habitação e emprego saudável.

Essa fragmentação conceitual e operativa, separando espaços de práticas, seus sujeitos e conhecimentos, impede que promoção da saúde possa ser entendida como uma práxis social, uma ação reflexiva e problematizadora sobre a realidade no sentido de transformá-la (FREIRE, 1978) que integra e se faz presente tanto nas ações dos indivíduos e coletivos sociais, assim como nas organizações governamentais e na sociedade civil, em cenários institucionais e não institucionais.

As práticas que acontecem no nível local integrando o cotidiano das pessoas, organizações e movimentos sociais definem o contexto no qual são construídos o significado e o sentido da promoção da saúde. Buscar nas expressões dessas práticas seu significado é um movimento de reação à polissemia, pois na expressão dos fenômenos é possível encontrar sua essência. (MAFFESOLI, 1996).

Como práxis, a promoção da saúde se evidencia no enfrentamento às formas sob as quais os determinantes sociais se apresentam para a população que se movimenta e se organiza em determinado território socialmente construído. Esses “modos” de enfrentar os determinantes sejam gerais ou proximais são construídos na e com a comunidade aqui considerada, segundo Freitas e Porto (2011), como “espaço estrutural autônomo, que solicita estratégias específicas para sua intervenção por apresentar formas próprias de poder, de direito e de conhecimento”, com base na tese de Boaventura de Sousa Santos (2000) que entende o espaço da comunidade como lugar de possibilidade de re construção de valores, relações e conhecimentos que fortaleçam o pilar da emancipação, em contraste com o pilar da regulação presentes na história da humanidade desde o Século XVI quando da emergência da Modernidade.

Analisando a situação em relação a alguns indicadores de promoção da saúde selecionados em três municípios do estado do Piauí, Brasil, (NESP/UFPI, 2009) por meio do estudo de casos de territórios da Estratégia de Saúde da Família em área rural e urbana observaram-se desigualdades e diferenças entre o contexto urbano e o rural que se sobressaíam dentre os determinantes mais gerais da reprodução social das famílias, que sobrevivem enfrentando carência de elementos básicos.

Nas cidades, o equipamento social mais próximo é o telefone público e o mais distante é o posto policial; a unidade de saúde e a escola situam-se em torno de 1.000 metros distante dos domicílios que integraram a amostra da pesquisa. Nas áreas rurais o equipamento mais próximo é o posto telefônico, sendo a escola e a unidade de saúde os únicos elementos que evidenciam a presença do Estado nessas áreas.

A zona urbana dos municípios apresenta mais de 70% dos domicílios pesquisados abastecidos pelo sistema público de água enquanto na zona rural apresenta 3,67% de domicílios com acesso a água potável. Para enfrentar esta situação a utilização de poços é a alternativa para mais de 70% da população, como também a utilização de cacimbas, cisternas e carros-pipa.

Na zona urbana da amostra pesquisada nos dois municípios o percentual de domicílios com acesso ao sistema de coleta de lixo é semelhante, em torno de 80% enquanto na zona rural praticamente inexistente. Nesta situação, 72,0% dos domicílios jogam-no a céu aberto.

O percentual de domicílios ligados ao sistema público de esgoto apresenta similitudes em relação à deficiência tanto na zona urbana quanto na zona rural. Em um dos municípios somente 10,34% da população tem acesso e no outro esse percentual é de 0,94%. A alternativa utilizada para a população urbana é o uso de fossas sépticas e destinação a céu aberto na área rural.

Assim como a coleta de lixo a pavimentação da rua onde se localiza o domicílio não faz sentido para a zona rural. Entretanto chama atenção o percentual de somente 43,26% dos domicílios da zona urbana encontrarem-se localizados em ruas pavimentadas.

A existência de diferentes condições entre a cidade e o campo significa desigualdade. Para a população rural desses territórios o enfrentamento dos determinantes como acesso à água potável, coleta de lixo e esgotamento sanitário, por exemplo, ocorre no plano da justiça social, objetivo de políticas públicas, pois estas comunidades não são objetos de interesse para o mercado, como também apresentam uma dinâmica que escapa à regulação estatal (SANTOS, 2000)

Neste sentido, as desigualdades sociais podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a determinadas categorias e grupos da sociedade, enquanto equidade é o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais, de forma diferente (ALMEIDA FILHO; VIEIRA DA SILVA, 2009). Nesta perspectiva equidade se relaciona à prática da justiça social e iniquidade à intencionalidade das políticas e dos sistemas sociais. No caso da saúde a iniquidade resulta da reprodução de desigualdades sistemáticas, potencialmente reversíveis em um ou mais aspectos de saúde entre grupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente (MACINKO; STARFIELD, 2002).

A justiça social tem por base a igualdade de oportunidades e distribuição de bens e serviços (ROWLS, 1997). Existindo desigualdade na distribuição de bens e serviços que consolidam os direitos sociais existe injustiça, pois aqueles que foram excluídos passam a apresentar menor possibilidade de agir no enfrentamento dos determinantes da situação em decorrência de sua exclusão nos processos de participação social nos quais é construída a intencionalidade das políticas sociais.

Nos casos estudados as ações de promoção da saúde não integram os planos municipais de saúde, assim como não fazem parte da estrutura organizacional dos serviços de

saúde, sendo ações isoladas nas Unidades de Saúde da Família voltadas predominantemente para os determinantes proximais como orientadores de intervenções, e, na maioria das vezes, estas ações não se coadunam com a cultura e o modo de vida das pessoas sobressaindo a dimensão formal, regulatório ou punitiva dessas ações.

Nessa dimensão, o significado de promoção se distancia das configurações instituídas nas referências conceituais do ideário das políticas de saúde e se aproxima dos movimentos que ocorrem nestes territórios, protagonizados pelos sujeitos que aí transitam e que agem no sentido do que consideram necessário para a saúde.

Para ser percebida como ação que integra o modo de viver das pessoas interagindo com as instituições nesses territórios, a promoção da saúde passa a significar o enfrentamento dos determinantes da situação que se apresenta. Nos territórios onde se produz e reproduz a vida a promoção da saúde se torna visível como possibilidade contida na potência da participação política da sociedade e como ação concreta no cotidiano das pessoas e da coletividade.

As pessoas participam e se mobilizam para mudar uma situação quando este movimento apresenta um sentido, construído a partir da percepção dos problemas que interferem no cotidiano.

Os problemas vivenciados que afetavam a saúde da família para os chefes entrevistados, de maneira geral foram falta de água e esgoto, ausência da coleta de lixo, corte de energia elétrica, poluição ambiental, falta de medicamentos e lazer.

Problemas causados por determinantes que historicamente se encontram na estrutura das condições de produção e reprodução da vida para estas famílias, que passam a ser naturalizados como não problemas, como é o caso da falta de saneamento nas áreas rurais pesquisadas.

Esta determinação estrutural, por sua vez, evidencia a contradição entre o princípio da universalidade e as condições de implementação das políticas públicas que acabam definindo como beneficiários grupos que apresentam determinadas carências e parcelas selecionadas dentre aqueles que integram o universo das necessidades. Nos casos estudados observaram-se famílias beneficiárias de programas de distribuição indireta de renda que não tinham acesso a água e coleta de lixo.

Este processo gera distribuição desigual de bens e serviços e é uma das razões da iniquidade que se observa entre a zona rural e a urbana de pequenos municípios em relação ao acesso aos serviços públicos.

Considerando que atualmente a sociedade civil tem protagonizado movimentos em direção à democratização na formulação e controle social das políticas públicas e que no setor saúde existem espaços de participação institucionalizados, problemas estruturais dessa natureza poderiam ser considerados motivações para que os indivíduos participassem da vida social.

Nos domicílios pesquisados observou-se que nas cidades, 76,42% das pessoas maiores de 15 anos participavam nas associações de moradores e grupos religiosos. Na zona rural a participação basicamente ocorria em sindicatos, grupos religiosos, grupos de mães e jovens.

Os sindicatos são organizações que além de representar os interesses trabalhistas promovem assistência social e, às vezes, médica e odontológica, principalmente na zona rural. As associações de moradores, entidades que nos tempos da ditadura eram uma das poucas formas organizacionais permitidas pelo governo, a partir da democratização passam a representar interesses objetivos que afetam a vida cotidiana das pessoas. Nestes coletivos sociais saúde adquire significado a partir da doença e da necessidade de serviços, temas que motivam discussões e mobilizam a luta da organização.

Nesses territórios a participação social acontece em dois sentidos; o sentido que reforça a autonomia individual e o apoio social a questões de natureza subjetiva (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2003), e o sentido clientelista dado pelos gestores, isto é, a participação como relações de troca que sustentam a assimetria do poder definindo protetores e clientes, intermediando o papel da burocracia pública e do poder econômico (CARVALHO, 1997) .

A concepção de saúde como valor de uso para o cidadão consciente de sua autonomia de construtor de modos de vida mais saudáveis decorre de processos pedagógicos, considerados ações de promoção da saúde no movimento de constituição de sujeitos, mediadas por condições contextuais objetivas para que se reconstrua a saúde como produção social em que cada sujeito é protagonista.

Isto implica ressignificar a maneira de organizar as práticas de saúde, principalmente a educação em saúde de caráter prescritivo que ainda predominante nos serviços (DANTAS, 2009). Nas relações entre serviços de saúde, indivíduos e seus coletivos, a promoção da saúde é uma ação prática de interdisciplinaridade articulando temas da humanização, da educação popular em saúde e do cuidado, envolvendo sujeitos, espaços, saberes e tecnologias informacionais e gestão participativa.

Entre o imaginário da saúde como consumo de serviços e saúde objetivada como valor de troca, a população elabora suas estratégias. Os entrevistados da pesquisa aqui referida como dispositivo para debater estas questões, quando perguntados sobre o necessário para promover a saúde, as respostas em ordem decrescente, foram relativas ao acesso a alimentação, lazer/diversão, trabalho e renda, além de fazer caminhadas, higiene/limpeza/autocuidado, para as zonas urbanas. Nas áreas rurais a promoção da saúde acontece por meio do acesso a alimentação, atendimento médico, moradia, lazer, além de higiene/limpeza/autocuidado.

Nas ações do cotidiano, as pessoas agem e produzem sentido para seus movimentos. Nos domicílios pesquisados, os chefes de família entrevistados consideram que promover sua própria saúde é cuidar da higiene pessoal, fazer uma consulta médica por ano, reduzir o consumo de açúcar, tomar chás caseiros, evitar gorduras, dançar e reduzir o consumo de cigarros. Dentre seu repertório de práticas promocionais encontram-se ainda o uso de banhos medicinais, a participação em sessões de cura, a troca sistemática da escova de dentes e caminhar.

Do diálogo entre alguns conceitos e os dados empíricos comentados acima é possível observar que a promoção da saúde é visível para essas comunidades nos hábitos individuais e estilos de vida, mas é invisível em relação a outros níveis de determinação.

No nível local promover a saúde por meio da higiene individual diária e da alimentação adequada pode ser contraditório em um contexto de não acesso a água potável e aos alimentos, ou seja, uma informação ou conhecimento que não se conecta com a realidade e, em decorrência não adquire significado para o cotidiano das pessoas, como meras palavras que fazem parte do repertório dos profissionais de saúde.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO NÍVEL LOCAL

O que chamo aqui de nível local representa algo diferente da tradicional concepção de comunidade e de território, tal como são considerados na divisão geo-referenciada de políticas e programas de saúde como a Estratégia Saúde da Família.

O local é mais que comunidade, pois contempla várias comunidades – de bairro, de partido, de clube, de agremiação – coletivos sociais que guardam a possibilidade de definir as formas de organização da vida, pois nessa perspectiva ‘as comunidades’ deixam de ser estereótipos de homogeneidade e ingenuidade, passando a significar espaços vivos, com seus conflitos, contrastes e matizes, colocando em evidência o ‘local’, como território de constituição de sujeitos, de práticas e de produção de subjetividades. Espaço de pertencimento cultural, social, geracional e lingüístico.

Bourdin (2001), ao discutir a questão local, problematiza três temáticas: o vínculo social; o papel da dinâmica política local e sua relação com o Estado; e as respostas organizacionais que o local aponta diante das escalas organizacionais internacionalizadas por meio de redes de telecomunicações. Ele considera que o vínculo social encontra-se fundamentado em três dimensões: a divisão social do trabalho, que produz a complementaridade e a troca entre as pessoas; o sentimento de pertencimento à humanidade, por meio da relação com outros seres humanos, os vínculos sexuais e familiares, a ‘idéia’ do destino comum da humanidade, reforçado pelas religiões caracterizando o ‘viver junto’ partilhando a mesma cotidianidade.

Para o autor, o *estar com* diz respeito à experiência consciente de relações ampliadas com outros espaços, da vontade de ser solidário, de reconhecer-se nos grupos, de vivenciar as diferenças com o Outro.

Em um mundo globalizado, interconectado, as formas de organização das pessoas por meio de redes mascaram as questões locais, homogeneizando e pautando temas nacionais e mundiais, surgindo o local como representação do espaço concreto e o lugar do corpo-a-corpo com o mundo (BOURDIN, 2001).

Dessa forma é no nível local, no espaço dos territórios, que se manifestam as formas próprias de direito, poder e conhecimento da comunidade. Os territórios podem ser definidos como espaços preenchidos por sistemas de objetos e de ações que se relacionam pela mediação dos movimentos dos sujeitos sociais. Mas considerando que são delimitados muito mais em decorrência de fatores geográficos, políticos-

administrativos e técnicos organizacionais que pela dinâmica da população, nesses territórios se observa divisão de trabalho superpostas (a convivência entre comércio articulado ao mercado financeiro e comércio informal), tripla jornada de trabalho para as mulheres (trabalho assalariado, trabalho doméstico e a produção de valores de troca) e trabalho informal e ocasional para os homens.

Como se articula ao plano mundial o território também é espaço corporativo que tende à privatização dos objetos e das ações, reproduzindo o domínio de um espaço sobre outro no mesmo território, definindo locais luminosos (de produção e inclusão), opacos (de exclusão e de marginalização da produção, do consumo e das pessoas) para os quais são definidas regras éticas e morais de aceitação ou rejeição

Como espaço vivo, de possibilidades, o território é ao mesmo tempo local de produção e expressão dos desejos, das vontades, dos agenciamentos e da produção de subjetividades. Este processo no nível da micropolítica gera disputas entre diferentes grupos e comunidades que apresentam diversas concepções, representações e percepções de mundo expressas em diferentes propostas e estratégias de intervenção.

Esta disputa pela hegemonia de conduzir “o modo de pensar da comunidade” nos territórios influencia decisivamente a dinâmica da relação entre as equipes de profissionais da UBS e as comunidades nos territórios.

Entretanto, as equipes de profissionais da ESF continuam a apresentar o que Testa (1992) chama de cegueira institucional, isto é, o fenômeno decorrente da supremacia da visão burocrático-formal que preside a organização dos serviços de saúde, impedindo de “ver” os distintos projetos políticos que estão ao seu redor, pois se encontram capturados pelo cumprimento das normas e prescrições que o processo de trabalho demanda.

Como locus de produção de desejos e de projetos políticos o território é espaço de constituição de sujeitos sociais e de atores políticos. L’Abbate (1994) diz que “o indivíduo para se constituir em *sujeito* deve caminhar em busca de sua autonomia, sempre aberto ao novo e disposto a correr risco, com a percepção de seu papel pessoal/profissional/social diante dos desafios cotidianos, engajado e responsável pelo que se passa ao seu redor”.

Nesse sentido estar aberto ao novo, por exemplo, é aceitar uma definição de saúde que seja mais ampla que a situação de não estar doente, de não portar incapacidades e deficiências e se aproxime da concepção de qualidade de vida. Uma concepção de saúde que seja resultado da construção do projeto de vida com qualidade para cada um, suas famílias e suas comunidades.

Historicamente o significado de saúde tem mudado em cada época, em cada visão de mundo que predomina. A saúde e a doença já foram naturais na vida das pessoas, pois nós, os seres humanos, éramos considerados da Natureza pelos antigos gregos; na Idade Média a doença foi sinônimo de pecado, de purgação e a saúde sinônimo de mortificação pois as delícias seriam vivenciadas em outro plano; na Idade Moderna a doença passa ser compreendida em duas vertentes: diluída sob a responsabilidade da sociedade e localizada em vários agentes: nos microorganismos, nas células e atualmente no genes e cromossomos.

Mas ao mesmo tempo em que vivemos “a época das luzes” da Ciência e Tecnologia, também vivenciamos uma crise na crença nos paradigmas e explicações estabelecidas que permite a abertura de brechas na visão de mundo dominante por onde entram possibilidades de pensar por outros caminhos e perceber que qualidade de vida supera a existência de doença, inclusive trazendo esta para o modo de vida do sujeito que a apresenta e não sujeitando-o às manifestações e os desígnios da doença.

Vale lembrar os exemplos das pessoas que ao serem diagnosticadas como portadores de hipertensão e diabetes abandonam seus projetos de vida e passam a orbitar em torno das dietas, prescrições e restrições, no pequeno espaço que a doença permite.

De maneira diferente é possível pensar que viver com saúde é ter condições para enfrentar os determinantes sociais da saúde em seus vários níveis de determinação (WHITEHEAD; DAHLGREEN, 2000), que numa primeira instância inclui a eliminação da pobreza, reconhecimento dos direitos econômicos e sociais da população, justiça social e suporte ambiental, isto é, o enfrentamento das iniquidades resultado da transformação das diferenças em desigualdades.

Em níveis mais próximos o enfrentamento desses determinantes encontra-se no agir dos indivíduos e dos coletivos sociais protagonizando a construção de projetos de vida que

resultem em boas condições de saúde, isto é, a saúde integra e decorre do modo de andar a vida dos sujeitos sociais.

No nível local, o modo de andar a vida das comunidades deixa evidente a maneira como os determinantes sociais influenciam a saúde. É necessário, portanto, compreender saúde como produção social da qual participam os indivíduos, suas organizações, suas instituições e suas visões de mundo para vislumbrar possibilidades de protagonizar a participação nessa produção, em ato, expressando em nossas ações a interação de três mundos que se fazem presente como referência para todos nós. O mundo epistêmico, do saber intelectual, da academia e da ciência; o mundo das organizações e instituições que nos acompanham desde a família, trabalho, escola, etc; e o mundo da vida, das paixões, espaço onde se resguardam as emoções humanas, que nos colocam diante dos outros como seres humanos.

É no processo de constituição de sujeitos que são desenvolvidas ações de promoção da saúde por meio de práticas educativas críticas e reflexivas que ajudam a recuperar os fragmentos desses mundos, fazendo circular nas rodas de conversa informações do mundo epistêmico expressas pelas emoções do mundo vivido. Nestas rodas de conversa se constrói um saber compartilhado em que as informações da genética, da noção de probabilidade, de risco, as estratégias de enfrentamento das doenças são significadas e reconstituídas a partir do mundo em que as pessoas vivem, dialogando com as possibilidades do mundo institucional.

É na construção desse conhecimento compartilhado que vai emergindo um novo modo de entender as relações entre saúde, doença e cuidado que representa base para a construção de projetos de enfrentamento dos determinantes (em todos os níveis) que se expressam no cotidiano que põe em relação as pessoas, os objetos e as instituições que se movimentam no nível local.

A construção compartilhada na produção de idéias, intenções, planos e projetos na esfera da teoria, da técnica ou da sabedoria prática têm início no diálogo que acontece no encontro entre os diversos modos de andar a vida (CANGUILHEN, 1978), nas rodas de conversa com os coletivos sociais, na complementaridade entre as tecnologias científicas e populares e nos amplos sentidos que a saúde apresenta (MATTOS, 2004).

Em todos os movimentos de compartilhamento que existem nas comunidades seja no trabalho (farinhadas, puxada de rede), no lazer (as danças) e na religiosidade, onde se observa uma participação desigual é no campo das práticas de saúde, que pela hipertrofia de seus aspectos tecnológicos (ESCOSSIA, 2003; MERHY, 2002), ainda aparece como um espaço com restrições ao compartilhamento com o outro, principalmente entre profissional e usuário.

Considerando que as práticas de saúde se constituem nos processos relacionais em que as ‘culturas’ (do serviço, dos médicos, das enfermeiras, dos agentes, da população), como mosaicos de tecnologias leves montados em ato, no processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002), é possível entender que alguns aspectos dessas práticas de saúde encontram-se integradas ao cotidiano de diferentes setores da população conformando-lhes determinado modo de vida (BUSS, 2010) e expressam, além da dimensão tecnológica, as interações subjetivas entre população, profissionais e gestores que acontecem nos espaços coletivos e os modos singulares como cada indivíduo vive, interpreta e expressa essas exigências. (AYRES, 2008)

Mas tomar a dimensão das interações subjetivas das práticas de promoção da saúde para construir projetos compartilhados exige a produção de situações interativas entre sujeitos de saberes e práticas, dispostos a refletirem posições previamente instituídas sobre o tema em discussão. Caso contrário, um interlocutor atua como sujeito vitimado, portador de demandas e o outro como salvador e portador de recursos, reproduzindo a clássica dominação de assimetria das relações de poder (PEDROSA, 2006).

E a construção desse projeto de vida tem início com a conscientização das pessoas sobre seu lugar no mundo e o questionamento sobre a naturalização das desigualdades, do sofrimento e da miséria. Para Paulo Freire (1978) as perguntas: - por que é assim?; - Não poderia ser diferente? Significam o início da aventura de tornar-se sujeito, que é antecedido pela vontade, motivada, por sua vez, pela curiosidade crítica, pelo inconformismo, pelas dúvidas, por simplesmente querer, pela disposição para aventurar-se a ser autônomo e em busca da emancipação.

Autonomia que não significa o isolamento ou a supremacia de determinadas idéias ou modos em relação aos outros, ao coletivo. Mas, ao contrário, depende de processos de decisão e humanização que se vai construindo historicamente ao longo da existência

em relação ao outro. A autonomia se constrói na experiência de decidir com base em valores como solidariedade, em nome do coletivo, superando o individualismo que aprisiona os sujeitos sociais e captura suas potencialidades de protagonizarem a produção de sua saúde.

E emancipação que decorre de uma intencionalidade política declarada e assumida por todos os comprometidos com a transformação das condições e de situações de vida e existência dos oprimidos. A luta pela transformação acontece em diferentes lugares e momentos: ... “em casa, nas relações pais, mães, filhos, filhas ... Na escola Nas relações de trabalho...” (FREIRE, 2000, p.55)

E...PARA CONTINUAR REFLETINDO...

Promover a saúde no nível local requer reflexões que decorrem do contexto no qual estas ações se desenvolvem e dos processos por meio dos quais passam a fazer parte da comunidade. Uma dificuldade, mas também uma possibilidade é a amplitude do conceito polissêmico de promoção da saúde e suas estratégias que ganham sentido e passam a ter significado à medida que vão se concretizando no cotidiano das comunidades e dos indivíduos.

Na dimensão epistemológica, por exemplo, discutir a promoção da saúde como ação de enfrentamento dos determinantes sociais das condições de vida e saúde das comunidades possibilita o entendimento das pessoas e dos coletivos como parte ativa da produção da saúde, motivando a ação propositiva e protagônica.

A articulação da promoção da saúde ao cotidiano das comunidades requer a existência de diálogo entre as concepções de saúde, doença e modos de vida que se fazem presentes nos diversos grupos que compõem o território. Nesse diálogo se compartilha a construção de projetos de vida individuais e coletivos nos quais as ações do cotidiano são ações de enfrentamento e de produção da saúde nos níveis proximais, mediais e distais de determinação, configurando uma prática consciente com direção a fins à superação das desigualdades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO N, SILVA LV. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad Saúde Pública* 2009, 25 (Supl 2):5217-5226

AYRES J.R. C.M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenêutica filosófica. *Salud Coletiva* 2008, Buenos Aires, 4(2):159-172.

BAUMAN Z. Tempos líquidos. Rio de Janeiro: Zahar, 2007

BODSTEIN RCA. O debate sobre a avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. *Rev. Educ. Prof.* 2009 35(2):7-15

BOTAZZO, C. Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada. Bauru, SP: EDUSC, 1999. (Coleção Saúde Sociedade)

BOURDIN, A. *A Questão Local*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

BOURDIEU P. *O poder simbólico*. Lisboa: DIFEL, 1989.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. *Política Nacional de Promoção da Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P. M. Saúde pública hoje. In HORTALE, V.A.; MOREIRA, C.O.F.;

BUSS, P.M; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*; 17(1):77-93, 2007

BODSTEIN, R.C.A.; RAMOS, C.L. (Org). *Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

CANGUILHEN, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

CARVALHO JM. Mandonismo, coronelismo e clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados* 1997, 40 (2):1-14.

DANTAS VLA. *O dialogismo e arte na gestão em saúde: a perspectiva popular nas cirandas da vida em Fortaleza-CE* [tese]. Fortaleza-CE: Universidade Federal do Ceará, 2009.

ESCOSSIA, L. Por uma ética da metaestabilidade na relação homem-técnica. In: PELBART, P. P. & COSTA, R. (Orgs.) *Cadernos de Subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003.

FERREIRA, M.S; CASTIEL L.D. Que empowerment, qual Promoção da Saúde? Convergências e divergências conceituais em práticas preventivas de saúde. *Cad Saúde Pública*, 2009; 25(1):68-767.

FREIRE P. *A pedagogia do oprimido*. 5ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978

FREIRE, P. *Pedagogia da indignação – cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: Ed UNUESP, 2000.

FREITAS, J.D.; PORTO, M.F. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. *Trab.Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.9 n.2, p 179-200, 2011

GUIMARÃES, M. C. S. Uma geografia para a ciência faz diferença: um apelo da Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 26(1):50-58, jan, 2010.

L'ABBATE, S. Análise institucional e educação em saúde: um diálogo produtivo? *Boletim do Instituto de Saúde*, 34: 6-9, 2004.

MACINKO, J. A; STARFIELD, B. Annotated bibliography on equity in health. 1980-2001. *International Journal Equity in Health*, (1) 1, 2002..

MAFFESOLI, M. *No fundo das aparências*. Petrópolis-RJ: Vozes, 1996.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que precisam ser defendidos. IN MATTOS RM; PINHEIRO R (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

MS/FAPEPI/UFPI-NESP. *Indicadores de promoção da saúde como instrumentos de avaliação dos sistemas municipais de saúde no estado do Piauí (Floriano e São Raimundo Nonato)*. Relatório de Pesquisa, 2009.

NUNES. J.A. A retomada político-emancipatória em tempos de globalização. *Revista Tempus: actas de saúde coletiva*; 2(1):66-76, 2008

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Rev S Col*, 9(3): 617-626, 2004.

- PEDROSA, JIS. Notas sobre a educação popular e política de educação permanente em saúde. *Revista Saúde em Debate*, 30 (73/74):179-188, 2006
- RIDDE V. Equity and health police in Africa: using concept mapping in Moore., *BMC Health Services Research*, **8**:90, 2008
- ROWLS J. *Uma teoria da justiça*. São Paulo: Martins Fontes, 1997
- SANTOS, B.S. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.
- TESTA M. *Pensar em Saúde*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas, 1992
- VALLA, V; GUIMARÃES, M.B; LACERDA, A. *Construindo a resposta à proposta de educação e saúde*. Rio de Janeiro: ENSP, 2003. mimeo.
- VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M.C.R. Atenção básica e proteção social: universalismo x focalismo e espaço não mercantil de assistência. In: VIANA, A.L.V.; ELIAS, P.E.M.; IBÁÑEZ, N. (org). *Proteção social: dilemas e desafios*: HUCITEC: São Paulo, 2005, p. 150-167.
- WHITEHEAD M, DAHLGREEN G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. *Studies on social and economic determinants population health n.2*. Copenhagen: Who/Regional Office for Europe, 2000