

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Mediação Intersetorial para a Promoção da Saúde – o Projeto Transando Saúde do SESC”

por

Cláudia Márcia Santos Barros

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares

Rio de Janeiro, junho de 2009.

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

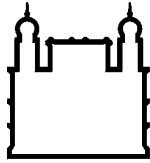
Catálogo na Fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M277 Barros, Cláudia Márcia Santos
Mediação intersetorial para a promoção da saúde – o projeto
Transando Saúde do SESC. / Cláudia Márcia Santos Barros. Rio
de Janeiro : s.n., 2009.
223 f., il.

Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato
Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca

1. Promoção da Saúde. 2. Ação Intersectorial. 3. Educação
em Saúde. 4. Questionários. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Mediação Intersetorial para a Promoção da Saúde – o Projeto Transando Saúde do SESC”

apresentada por

Cláudia Márcia Santos Barros

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior

Prof.^a Dr.^a Regina Cele de Andrade Bodstein

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares – Orientadora

*A Darcilia e Odyr – meus pais – e aos meus sobrinhos –
Vinicius e Sofia –, tradição e utopia que inspiram meu
cotidiano, dispondo os fios para as muitas tessituras
possíveis no fazer acontecer a vida.*

AGRADECIMENTOS

Escrever uma dissertação é um processo árido, em que a angústia se faz presente o tempo todo. Mas se por um lado, é certamente um trabalho solitário, trata-se de uma “solidão acompanhada”, na medida em que durante o percurso sentimos o suporte dado pelos amigos e familiares e o indispensável apoio institucional.

Uma vez terminado o trabalho, fica a satisfação com a realização, mas também a intrigante sensação de abertura que acompanha todo ato de escrita, já de início incompleto – tal como o nosso próprio devir: um processo também inacabado, sempre aquém e além de um ponto fixo e preciso.

Fica também a certeza do quanto de saberes e afetos que foram ressignificados nessa trajetória de encontros com textos e sujeitos implicados com as práticas nas quais buscamos investir.

Agradeço, assim, às pessoas que, de diferentes maneiras, me possibilitaram a realização deste trabalho e antecipo as minhas desculpas aos que, por lapso da memória, não estejam aqui referidos.

Início agradecendo o apoio institucional recebido, que de forma mais cotidiana se fez representar pelo Gerente da Gerência de Estudos e Pesquisas e pelo Diretor da Divisão de Planejamento e Desenvolvimento do SESC/ DN, os quais ao longo desse período me apoiaram e garantiram as condições para a realização do mestrado.

A Maria de Fátima Lobato Tavares, Fafá, pelo acolhimento, incentivo, seriedade, firmeza e entusiasmo com que me acompanhou neste percurso e me orientou na elaboração desta dissertação.

A Regina Bodstein e Elizabeth Artmann, pelos valiosos comentários e críticas na qualificação do projeto de dissertação e pelas estimulantes trocas em diferentes oportunidades ao longo do curso.

Aos entrevistados – sujeitos da pesquisa –, dirijo um agradecimento especial por terem aberto um espaço em suas conturbadas agendas, dispondo-se a compartilhar comigo suas visões e experiências de vida.

A Darcilia e Odyr Barros – meus incansáveis pais – pelo apoio incondicional, sem o qual o mestrado teria se tornado um desafio ainda maior. Agradeço as preciosas caronas, os almoços “à bordo”, as compras de supermercado deixadas em casa e tantas outras providências que extremamente importantes nessa fase, representam só uma parte do muito que têm me ofertado de carinho, dedicação e cuidado. Meu contentamento e minha gratidão, também, pela ressignificação da nossa convivência na sinceridade de nossas conversas. Fica a impressão de que “obrigada” será sempre muito pouco, ainda que constantemente renovado.

A Alexandre Barros, meu irmão, por fazer presente o seu apoio, mesmo à distância.

A Bernardete Lobato – amiga-irmã Bettinha – pelo carinho do acolhimento, pela generosidade dos ensinamentos, pelo apoio certo nos momentos difíceis, pelo regozijo nas conquistas e acima de tudo, simplesmente, por me acreditar.

A Andréa da Luz – querida amiga Deíta's – presença divertida, delicada, atenta e companheira nos meus momentos de desespero e de alegria neste e em outros percursos. Obrigada pela sensibilidade, pela força, pela escuta e pela solidariedade.

A Luciene Brandão, Andréa de La Reza, Claire Beraldo, Maria Clotilde de Carvalho e Beatriz Reyes – amigas nascidas no cotidiano do trabalho que se tornaram presenças afetivas na minha vida. Agradeço pela cumplicidade e pela convivência de respeito e confiança que permite tornar mais claras nossas diferenças e assim, fortalecer nossa amizade. Obrigada pela compreensão com as minhas ausências e pela certeza da torcida.

Aos “companheiros do Bloco F” pela convivência harmoniosa. Não podendo fazer referência a todos, peço licença para fazê-los representar através de alguns parceiros e suas especiais contribuições para o cotidiano de todos nós: à Maria Carmélia Rohde por sua generosidade conciliadora; à Cereida Cesar pela delicadeza e atenção; à Vera Nascimento pela constante disponibilidade em cooperar; à Marcia Pina pelo compromisso e leveza na parceria de trabalho; ao Rui Maciel pela atenção e sensibilidade nas indicações bibliográficas; à Sandra Domingues pelo apoio nas providências em meio à correria; e à Regina Marcondes por sua presteza e alegria contagiante, aliviando o peso da inevitável burocracia organizacional.

Aos parceiros de trabalho da Gerência de Saúde, que também tomo a liberdade de fazer representar pelas queridas companheiras Silvia Nacao, Rita Martorelli e Luciana Barone que têm me presenteado com encontros plenos de afetividade, compromisso profissional, engajamento ético e discussões instigantes. Obrigada pela sensibilidade nos meus momentos de sobrecarga. A todos agradeço o rigor das análises na construção dos trabalhos coletivos, que entre conflitos e consensos, tem possibilitado a (re)criação das nossas práticas.

Aos colegas dos Departamentos Regionais do SESC, minha gratidão pela troca de saberes e afetos que tanto tem me fortalecido no ofício e na esperança da Educação em Saúde. Muito obrigada pelos ensinamentos, parceria, amorosidade e entusiasmo.

Aos colegas da singular “Turma do Planejamento/ 2007”, formada por sete vitoriosos alunos – todos extremamente rigorosos em seus trabalhos acadêmicos. Adelyne, Ana Luisa, Daniela (feliz futura mamãe!), Flaviana, João Maurício e Maris Stella, agradeço pelo compromisso nas produções coletivas, pela cumplicidade nas angústias e nas conquistas e por suas idiossincrasias, que tanto me ensinaram.

A Cristina Pierotti por me acompanhar nesse constante “não mais/ não ainda” do percurso de análise, me abrindo a possibilidade de atravessar a angústia na direção do meu desejo.

Ao André, que subverteu a aridez desses dias com sua leveza, alegria e as muitas rodas de samba simplesmente fazendo valer a vontade de estar junto.

Aos amigos e familiares não nomeados, dirijo minha gratidão pela confiança e carinho com que me guardaram neste tempo de distanciamento em função das exigências do mestrado.

Se o sentido da política é a liberdade, então isso significa que nós, nesse espaço, e em nenhum outro, temos de fato o direito de ter a expectativa de milagres. Não porque acreditemos (religiosamente) em milagres, mas porque os homens, enquanto puderem agir, são aptos a realizar o improvável e o imprevisível, e realizam-no continuamente, quer saibam disso ou não.

Hannah Arendt

RESUMO

Esta dissertação tem como tema os fatores envolvidos na sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde, mais especialmente a consolidação de alianças na perspectiva da ação intersetorial para a criação de ambientes saudáveis. O estudo aborda o ideário teórico-ético-político da promoção da saúde, buscando evidenciar os deslocamentos conceituais que caracterizam a ruptura paradigmática trazida por esse movimento, com destaque para a concepção ampliada de saúde que incorpora a temática dos determinantes sociais, atualizando a discussão sobre a intersetorialidade na consolidação do compromisso com a equidade e a justiça social. Discutem-se as controvérsias e as implicações político-ideológicas expressas na pluralidade de olhares sobre tal estratégia, evidenciando-se as distinções e aproximações conceituais entre a promoção da saúde, a prevenção e a educação em saúde. Adotou-se como estratégia a pesquisa qualitativa com abordagem metodológica do tipo estudo de caso, de caráter descritivo e interpretativo. A construção da base empírica foi desenvolvida em um Departamento Regional do SESC com experiência bem sucedida do projeto *Transando Saúde*, tendo como foco de análise as estratégias de mediação e articulação intersetorial implementadas nesse contexto. O projeto em questão é de iniciativa da Atividade Educação em Saúde e se volta para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e Aids, atuando nos cenários da escola e do local de trabalho mediante o estabelecimento de alianças interssetoriais e o uso da metodologia de educação entre pares. Na investigação realizada fez-se um recorte quanto à unidade de análise, optando-se por este último cenário. Utilizou-se a técnica de triangulação na coleta de dados, mediante pesquisa documental, observação direta e entrevistas semi-estruturadas. A análise dos dados, feita segundo a perspectiva hermenêutica-dialética, problematiza os elementos implicados na ordenação da rede intersetorial, discutindo as concepções e valores que orientam as práticas e os fatores favoráveis e restritivos ao estabelecimento das alianças interssetoriais com vistas à sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde. Desse modo, são apontados aspectos que podem informar as iniciativas em outros marcos institucionais, com destaque para a importância do nexos conectivo responsabilidade/ ética/ compromisso na consolidação da rede de alianças; a perspectiva relacional e comunicativa dos fluxos de poder na rede; a importância da instituição de espaços de formação continuada com co-engendramento de sujeitos e mundo do trabalho; e a capacidade dos atores para dialogar e negociar, ampliando os consensos intersubjetivos que geram co-responsabilidades nos processos de gestão e cuidado. Confirma-se a hipótese formulada sobre o potencial do SESC na mediação intersetorial, que se materializa pela criação de condições práticas e simbólicas para a conformação de novas identidades por entre as entidades da rede, as quais vão gradativamente se tornando mais vinculadas, no ensaio de estratégias que incorporam a perspectiva política, ética e cultural mais ampla da promoção da saúde.

Palavras-chave: promoção da saúde; ação intersetorial; educação em saúde.

ABSTRACT

This dissertation has as its theme those factors involved in the sustainability of health promotion initiatives, most especially in the alliances consolidation in the perspective of inter-sector action for the creation of healthy environments. The study addresses the theoretical-ethic-political ideation, seeking to focus on those conceptual displacements that characterize the paradigmatic rupture translated by this movement, outlining the extended health conception which embeds the social determinants thematic, updating the discussion over inter-sectors in the commitment consolidation with equity and social justice. It discusses controversies and political-ideological implications expressed in the plurality of views over such strategy, focusing on distinctions and conceptual approaches among health promotion, prevention and health education. The qualitative research was adopted as a strategy, with typical descriptive and interpretative case study methodological approach. The empirical basis was developed in one of the SESC regional departments, with well succeeded experience of the “*Transando saúde* project” (“Dealing with Health Project”), and its analysis focus is on strategies of inter-sector mediation and articulation, in this context. The project in question is of initiative of the Health Education Activity and is turned to the prevention of sexually transmitted diseases and Aids, with actions in the school and local work settings through the establishing of inter-sector alliances and the use of peer education methodology. In the performed investigation, it was made a cut in the analysis unit, opting for this latter setting. The triangulation technique was used in the data collection through documental research, direct observation and semi- structured interviews. The data analysis was made according to the hermeneutical-dialectic perspective, and it addresses the implied elements in the ordering of the inter-sector network, discussing on the conceptions and values that guide the practices and factors which are favorable and restricted to the establishing of inter-sector alliances in view of the health promotion initiatives. Thus, it points out those aspects that may inform the initiatives in other institutional hallmarks, outlining the importance of the nexus connective responsibility / ethics / commitment in the consolidation of alliances network; the relational and communicative perspective of power fluxes in the network; the importance of fostering the continued education with co-engendering of subjects and the work world; and the actors capability to dialogue and negotiate, extending the inter-subjective consensus that generate co-responsibilities in the management and care processes. The formulated hypothesis on the potential of SESC is confirmed on the inter-sector mediation which is then materialized by the creation of practical and symbolic conditions for the conformation of new identities among network entities, which will gradually become more related, in the assay of strategies that embed the most broadened political, ethical and cultural perspective of health promotion.

Key words: health promotion; intersectorial action; health education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Níveis de implicações das alianças intersetoriais para a promoção da saúde	20
Figura 2: Determinantes sociais da saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead	46
Figura 3: Diagrama de paradigmas de análise social	54
Figura 4: Estratégias de empoderamento	61
Figura 5: Relação da educação em saúde com os campos da promoção da saúde.....	71
Figura 6: Processo de tradução/ translação	100
Figura 7: Atividades do projeto <i>Transando Saúde</i>	122
Figura 8: Modelo de determinantes sociais da saúde da equipe de equidade da OMS	130
Figura 9: Configuração da rede intersetorial apoiada na lógica da responsabilização	145
Figura 10: Cooperação: resultado da translação da responsabilidade em compromisso.....	183
Figura 11: Translações que levam à mudança	189
Quadro1: Sistemas explicativos sobre saúde e diferentes enfoques da promoção da saúde ..	63
Quadro 2: Categorias analíticas e categorias empíricas finais	94
Quadro 3: Tipificação de modelos de promoção da saúde no enfoque de cenários.....	158

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDSS – Comissão de Determinantes Sociais da Saúde

CEN-Aids – Conselho Empresarial Nacional para Prevenção às DST/Aids

CN-DST/AIDS – Coordenação Nacional de DST/Aids

CNDSS – Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde

CTA – Centro de Testagem Anônima

DN – Departamento Nacional

DR – Departamento Regional

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSLT – Promoção da Saúde no Local de Trabalho

SENAC – Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio

SENAI – Serviço Nacional de Aprendizagem da Indústria

SENAT – Serviço Nacional de Aprendizagem do Transporte

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESC – Serviço Social do Comércio

SESI – Serviço Social da Indústria

SEST – Serviço Social do Transporte

SESC/ DN – Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UO – Unidade Operacional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
1.1 Motivações, implicações e argumentos	13
1.2. A construção do objeto de estudo	22
1.3 Estrutura da dissertação	24
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE – PRINCÍPIOS TEÓRICOS, CONSTRUÇÕES DISCURSIVAS E RESSONÂNCIAS POLÍTICAS.....	26
2.1 Tensões e rupturas na construção de um novo paradigma de pensamento e ação em saúde	26
2.2 Promoção da saúde como estratégia – bases conceituais, políticas e operacionais.....	31
2.3 Determinantes sociais da saúde e ação intersetorial – compromisso com a equidade, a justiça social e a qualidade de vida	39
3 PLURALIDADE DE OLHARES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	52
3.1 Promoção da saúde, prevenção e educação em saúde – interfaces e distinções conceituais.....	65
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	74
4.1. Referencial teórico-filosófico.....	75
4.2 Abordagem metodológica.....	79
4.3 O cenário da pesquisa	81
4.4 Os sujeitos do estudo	82
4.5 As técnicas e instrumentos de coleta dos dados.....	86
4.5.1 Entrevistas semi-estruturadas	87
4.5.2 Pesquisa documental.....	88
4.5.3 Observação direta.....	90
4.6 Compreensão dos dados – uma aproximação à hermenêutica dialética	91
5 O CAMPO SOCIAL ANALISADO	95
5.2 Caracterização geral do Projeto <i>Transando Saúde</i>	103
5.2.1 O contexto histórico e político-institucional.....	103
5.2.2 Perspectiva teórico-metodológica.....	112
5.3 Caracterização dos sujeitos do estudo	123
6 PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES AO EMPODERAMENTO.....	125
7 NA TEIA DA AÇÃO INTERSETORIAL – PERCEPÇÕES, DINÂMICAS E CONFIGURAÇÕES	138

7.1 Alianças intersetoriais para a saúde – articulação de interesses, saberes e práticas	138
<i>7.1.1 Envolvimento – características dos acordos intersetoriais.....</i>	<i>147</i>
7.2 Promoção da Saúde no Local de Trabalho – valores, tensões e controvérsias.....	150
7.3 Mediação intersetorial e sustentabilidade – translações e formação de elos na ordenação da rede	164
<i>7.3.1 Mediação de interesses e tradução de saberes – conflitos e interdependências</i>	<i>167</i>
<i>7.3.2 Os valores que tecem a rede: credibilidade, confiança e compromisso.....</i>	<i>177</i>
7.4 O trabalho como espaço de aprendizagem – democracia institucional e fortalecimento dos sujeitos.....	184
8 SÍNTESE PROVISÓRIA – OS FLUXOS DE MEDIAÇÕES E TRADUÇÕES	190
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	196
ANEXOS	216
ANEXO A – Quadros demonstrativos do perfil dos sujeitos da pesquisa.....	217
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	219
ANEXO C – Roteiros de entrevista semi-estruturada	220

1 INTRODUÇÃO

*“Gastei uma hora pensando em um verso
que a pena não quer escrever.
No entanto ele está cá dentro
inquieta, vivo.*

*Ele está cá dentro
e não quer sair.
Mas a poesia deste momento
inunda minha vida inteira.”*

Carlos Drummond de Andrade

1.1 Motivações, implicações e argumentos

Esta dissertação parte de inquietações vivenciadas ao longo do meu percurso profissional no campo da saúde, inicialmente no Hospital Estadual Getúlio Vargas (no cargo de psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro) e daí para o Departamento Nacional do Serviço Social do Comércio (SESC/ DN), onde hoje atuo na área de planejamento, assumindo a responsabilidade de coordenar os processos de estudos e a sistematização de propostas de ação por meio da elaboração dos documentos político-institucionais e técnico-operacionais atinentes ao Programa Saúde, em especial os da Atividade Educação em Saúde.

Recorro a Minayo e sua afirmação de que *“nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática”* (MINAYO, 2000^[1]: 17, grifos da autora).

As experiências vivenciadas nesses locais de trabalho me levaram a problematizar a complexidade da determinação do processo saúde-doença e a considerar a rede de relações em que se constroem as necessidades de saúde por meio de um processo dinâmico e dialógico entre os atores envolvidos (sujeitos, organizações, coletividades), constituindo-se aí um duplo desafio: i) na dimensão do cuidado, a construção de uma prática mais sensível às interações, à escuta e à permanente negociação entre equipes e equipes-comunidades, subvertendo a relação de dominação-submissão predominante na interação “profissional-usuário”, e dessa forma contribuindo para o desenvolvimento da autonomia e o fortalecimento da articulação comunitária; ii) na esfera da gestão, a construção de agendas no âmbito da formação de redes sociais para a melhoria das condições materiais de vida e de saúde das comunidades, requerendo incorporar pensamentos e concepções que informem uma nova maneira de

planejar e gerir as práticas de promoção da saúde e desenvolvimento social – o que exige a compreensão do planejamento como relação interativa e a adoção da negociação cooperativa como meio estratégico possível.

O estudo em tela se volta para esta segunda dimensão do desafio vivenciado, tendo o Serviço Social do Comércio (SESC) como marco institucional que delinea a minha implicação na investigação sobre os fatores envolvidos na sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde, mais especialmente a consolidação de alianças e parcerias na perspectiva da ação intersetorial para a criação de ambientes saudáveis.

O SESC é uma entidade privada, de âmbito nacional, constituída em 1946 com o propósito de exercer, por delegação legal do Poder Público, atividades consideradas de relevante interesse social. Sua finalidade está voltada para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores do comércio e de serviços e suas famílias, o que se operacionaliza por meio de ações nas áreas de assistência social, saúde, educação, cultura e lazer, atuando em cooperação com a esfera estatal (SESC/ DN, 2004^[2]; CNC, 2005^[3]).

A estrutura física em que se opera a rede de serviços voltada para os trabalhadores do comércio, de bens e serviços, seus familiares e a comunidade em geral é constituída de Centros de Atividades e de Unidades Operacionais especializadas, como colônias de férias, teatros, cinemas, balneários, escolas e áreas de proteção ambiental.

Em suas diretrizes e em seus ambientes constitutivos, verifica-se a sua caracterização como espaço de promoção da saúde, tendo em vista a interface desse campo com o desenvolvimento social e a promoção da qualidade de vida. Mas, de forma específica na ação programática, o Programa Saúde é integrado pelas áreas de Odontologia, Nutrição, Educação em Saúde e Assistência Médica. Esta última tem tido sua realização cada vez menos estimulada, tendo em vista a mudança no perfil de demandas da população comerciária (não mais dependente, como à época da fundação do SESC, do então incipiente Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários – IAPC).

Tais modalidades se traduzem, na nomenclatura institucional, em *Atividades*, que são desenvolvidas nos vinte e seis estados da União e Distrito Federal, por meio dos vinte e sete Departamentos Regionais (DR) e Estância Ecológica SESC Pantanal, de modo a assegurar grande abrangência à atuação institucional, além de marcante capilaridade, pela presença não só nas capitais dos estados como em cidades de porte médio e também em pequenos municípios.

Nas *Diretrizes Gerais de Ação* (SESC/ DN, 2004^[2]) elege-se a Educação em Saúde como atividade prioritária no campo de atuação em saúde sem prejuízo para o atendimento às

necessidades de caráter curativo e de suplementação nas áreas de odontologia e nutrição, consideradas de maior carência, principalmente com relação aos grupos de menor renda.

Tal Atividade, inicialmente inserida no campo de atuação médico-social como importante estratégia de prevenção e controle de doenças, passou por reformulações em seus pressupostos filosóficos, teóricos e metodológicos e “a partir da década de 90, incorpora as contribuições da estratégia de promoção da saúde, na forma de organizar a sua prática” (SESC/DN, 2005^[4]: 29). A saúde passa a ser assumida como eixo orientador da programação e se renova o compromisso de articulação com as demais Atividades dos diferentes Programas – Assistência, Saúde, Educação, Cultura e Lazer –, entendendo-se que tais áreas atuam nos chamados *recursos para a saúde*.

Essa diretriz institucional se traduz nas orientações políticas, técnicas e operacionais específicas da Atividade Educação em Saúde sob a forma de recomendação de que seja:

operacionalizada como processo e valorizada enquanto ação permanente dentro do SESC promovendo o desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e preservação do ambiente, tanto através da ação direta da própria Atividade quanto no seu papel complementar às demais (SESC/DN, 2005^[4]: 59).

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade são estimuladas não somente no âmbito da própria entidade, mas também por meio da formação de alianças com outras instituições de modo a :

Atuar de forma intersetorial, envolvendo instituições públicas e privadas, organizações e representações comunitárias no planejamento, execução e avaliação de ações educativas em saúde que visem intervir sobre os determinantes do processo saúde-doença e contribuir para a melhoria da qualidade de vida da comunidade em que o SESC está inserido (SESC/DN, 2005^[4]: 59).

E ainda:

Estimular o desenvolvimento de processos educativos em saúde que envolvam a clientela comerciária, sua família e a comunidade, de forma a promover o engajamento das diferentes áreas do SESC e setores da sociedade, no encaminhamento de soluções coletivas às questões de saúde identificadas como prioritárias (SESC/DN, 2005^[4]: 59).

Esse enquadre político-institucional da Educação em Saúde no SESC conforma a opção feita neste estudo por tomar essa área de atuação como referência para a análise que se pretende acerca do potencial dessa entidade como mediadora estratégica na formação de alianças intersetoriais¹ para a promoção da saúde.

A gestão, criação e execução de projetos e ações são orientadas por diretrizes propostas pelo Departamento Nacional (DN) e aprovadas pelo Conselho Nacional do SESC,

¹ Nesta dissertação, faz-se opção pelo termo *alianças intersetoriais* no lugar de *parcerias*, a fim de marcar a dimensão dos laços de cooperação e compromisso que vinculam as entidades da rede intersetorial para além da idéia mais restrita de complementação de recursos, comumente associada à noção de parceria.

obedecendo a uma estrutura descentralizada e autônoma. Dentre suas atribuições regimentais o DN assume a função de instrumentalizar as equipes responsáveis pela gestão e operacionalização das ações oferecidas à clientela, articulando os diversos Órgãos Regionais na formulação, implementação e concretização de intervenções efetivas e adequadas às especificidades locais, de acordo com o pressuposto da gestão descentralizada.

Desse modo, a programação da Atividade Educação em Saúde em cada DR deve ser constituída a partir de um raciocínio estratégico e segundo um enfoque participativo, tendo como eixos orientadores do planejamento os ciclos de vida e os cenários de atuação (sendo estes entendidos não somente em sua dimensão física ou ambiental, mas como espaços onde e através dos quais a saúde se engendra).

Contudo, visando à integração e à unidade de práticas, são propostos pelo DN projetos em âmbito nacional voltados para determinadas temáticas de saúde, conforme critérios relacionados à relevância epidemiológica e ao nível de demanda das equipes por orientações e apoios para sistematização de ações correspondentes.

São projetos que procuram sistematizar conhecimentos construídos coletivamente nos processos de supervisão, orientação e capacitação técnica operados entre as equipes do DN e dos DR com base nas diferentes experiências, buscando uma fundamentação conceitual e metodológica para consolidar práticas que viabilizem a sistematização da programação e a estruturação da Atividade Educação em Saúde em seus aspectos de conteúdo, método e organização, objetivando o desenvolvimento crescente de sua capacidade institucional.

É o caso do projeto *Transando Saúde*, eleito como objeto de análise desta pesquisa tendo em vista seu potencial de exemplificação das estratégias intersetoriais para a criação de ambientes saudáveis.

Na perspectiva da criação de ambientes de suporte para a promoção da saúde, as escolas e os locais de trabalho têm sido considerados espaços sociais estratégicos por sua virtualidade intrínseca de contribuição à saúde de grupos populacionais específicos a eles relacionados, com conseqüente impacto sobre a população geral.

Partindo dessa compreensão, o projeto *Transando Saúde* se volta para a temática da saúde sexual com foco na prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e Aids, atuando nos cenários da escola – instituições de ensino da rede pública e privada e do próprio SESC – e do local de trabalho – empresas do comércio de micro, pequeno, médio e grande porte –, nos diferentes Departamentos Regionais do SESC onde já foi implantado, desde 2002 (totalizando 15 DR até o ano de 2007).

O diferencial trazido pelo enfoque da promoção da saúde à temática da prevenção ao HIV/ Aids é o reconhecimento da necessidade de uma abordagem integrada e globalizante, incorporando os componentes individual, social e programático, superando estratégias simplistas e individualistas (NUTBEAM & BLAKEY, 1996^[51]). O projeto *Transando Saúde* alinha-se à perspectiva promocional ao estabelecer objetivos orientados ao auto-cuidado, que se articulam ao empoderamento para intervenção sobre a qualidade dos ambientes considerados em seus diferentes aspectos – físico, político, social, cultural – ao mesmo tempo almejando como um de seus objetivos em longo prazo: ampliar a participação no processo de discussão com os diferentes setores da sociedade e o envolvimento nas práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Sua metodologia prevê o desenvolvimento de processos de capacitação dirigidos aos trabalhadores de empresas e escolas, visando à sua formação como agentes multiplicadores de saúde para a sistematização de ações educativas – “educação entre pares” (*peer education*) – na perspectiva da institucionalização de programas de prevenção no próprio ambiente laboral, sob supervisão, acompanhamento e assessoria técnica do SESC.

Adota o raciocínio estratégico e o enfoque participativo na forma de conceber o processo de planejamento, execução e avaliação, integrando atores institucionais das escolas da rede pública e privada (diretores, supervisores, professores, alunos), secretarias de saúde e de educação, associações comerciais, empresários, trabalhadores das empresas de comércio e serviços, além de representantes da sociedade civil organizada e grupos em situação de vulnerabilidade.

Tal modelo de implementação tem apontado para potencialidades e limites peculiares à dinâmica interdisciplinar e intersetorial, os quais vêm requerendo melhor análise de seus fatores condicionantes com vistas à tomada de decisões capazes de aperfeiçoar o processo de gestão. Esse é um desafio que mobiliza as coordenações locais e nos convoca no nível do DN a buscar uma maior apropriação desse projeto, não só em seus elementos de gestão como também na riqueza dos mecanismos locais e na diversidade de atores que o modelam na prática.

Esperando contribuir para a (re)formulação das decisões políticas e para a (re)definição de estratégias no âmbito do Programa Saúde no SESC, com repercussões para outros marcos institucionais, tive um especial interesse em relacionar os condicionantes estudados aos fatores envolvidos na sustentabilidade de projetos estruturantes da promoção da saúde e na institucionalização de processos gerenciais assentados no planejamento de intervenções dirigidas aos determinantes sociais da saúde.

Ao mesmo tempo em que essa inserção institucional configura a motivação pessoal para o estudo, o contexto histórico-social de fundação do SESC, sua natureza jurídica e finalidades, assim como suas diretrizes para a área da saúde, apontam para reflexões teóricas subjacentes à construção desse objeto, particularmente: (i) a concepção de saúde como elemento inseparável na relação entre padrão de vida e bem-estar, estando associada à qualidade de vida e atualizando, na agenda setorial, as temáticas dos determinantes sociais da saúde e da intersectorialidade; (ii) o ideário da promoção da saúde, entendida como estratégia ampla de intervenção para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a saúde das populações e que desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, visando à construção coletiva de uma nova forma de compreender e agir em saúde; (iii) a educação em saúde como componente estratégico fundamental para desenvolver a autonomia e o poder decisório visando à efetiva participação das comunidades no processo de conquista de melhor qualidade de vida e saúde, exercendo influência na formulação e consolidação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde; (iv) a busca de novas respostas, no bojo das discussões contemporâneas da promoção da saúde, sobre como diferentes ambientes na sociedade podem tornar-se ambientes de suporte para promover saúde; (v) a intersectorialidade como eixo estruturante das políticas públicas de saúde, buscando ampliar o potencial de intervenção sobre os problemas identificados de forma coletiva, numa dinâmica caracterizada pelo diálogo e pela negociação entre atores em situação de poder compartilhado; (vi) a nova concepção de Estado e de política pública, relacionada com a consolidação da democracia e a ampliação da cidadania moderna, na perspectiva da configuração da esfera pública e, portanto, do redimensionamento das relações entre Estado e sociedade, público e privado.

A escolha do tema se justifica por alguns argumentos que apontam para sua relevância. Um primeiro argumento está relacionado ao contexto da agenda setorial em que o debate sobre promoção da saúde e a formulação de propostas de ação intersectorial voltadas para a melhoria da qualidade de vida de diversos grupos populacionais são conformados pela busca de alternativas ao que tem se revelado importante fator de determinação da crise do setor saúde, qual seja: a reprodução de concepções e práticas calcadas no modelo biomédico, cada vez mais insuficientes e inadequadas às mudanças demográficas, epidemiológicas, políticas e culturais das sociedades contemporâneas.

Nesse contexto, os principais desafios conceituais e práticos colocados no campo da Saúde Pública face às questões saúde/doença e da organização da assistência têm sido referidos: i) à reconceitualização das necessidades de saúde, incorporando seus múltiplos fatores determinantes; ii) à redefinição das práticas de saúde, levando em conta o

desenvolvimento dos seus instrumentos de trabalho (incorporação tecnológica) e as novas relações técnicas e sociais (relação concreta entre a prática técnica e a prática política); iii) à configuração de diferentes espaços e estratégias de intervenção em saúde destinadas a enfrentar os seus determinantes sociais, requerendo políticas públicas intersetoriais coerentes e articuladas, visando à redução das iniquidades sociais em saúde (CARVALHO, 1996^[6]; PAIM, 1997^[7]).

Outro argumento remete-se ao cenário internacional, em que se verifica que nas últimas décadas a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem disseminado o conceito de ambientes saudáveis, apoiando sua criação por meio do estímulo a agências nacionais e internacionais, comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado a investirem nesta estratégia pelo seu potencial em promover a saúde física, social e emocional de estudantes, trabalhadores e demais membros da comunidade.

Entende-se que tal estratégia oportuniza ações de promoção de saúde capazes de reforçar a compreensão e aplicação dos compromissos assumidos internacionalmente, tanto no setor saúde, quanto nos campos dos direitos sociais e do desenvolvimento humano sustentável, amplamente discutidos na Declaração de Alma Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), nas Conferências de Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), na Declaração de Jacarta (1997), na Conferência do México (2000) e na Carta de Bangcock (2005), bem como na Agenda 21 (1992), Carta do Caribe (1993) e na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente (1995) (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]; BUSS, 2000^[9]).

Existe, assim, um consenso sobre a necessidade de que setores e organizações assumam seu papel na criação de oportunidades e escolhas saudáveis, através do comprometimento político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde.

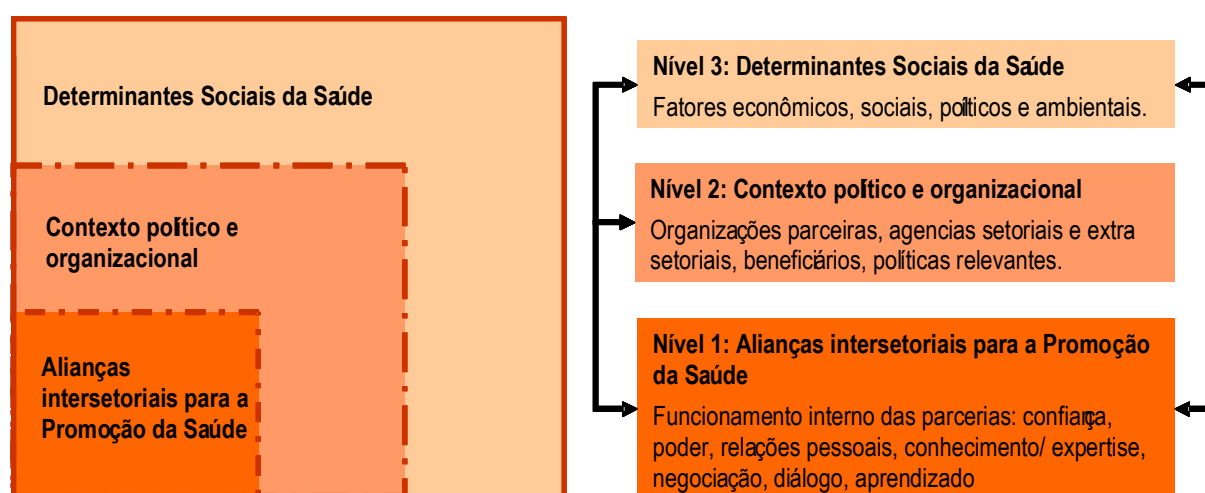
As idéias de integralidade, de equidade, de participação social, de construção coletiva, de direitos sociais que alimentam a construção do SUS estão incorporadas ao campo teórico-prático-político da Promoção da Saúde, valorizando a capacidade inerente aos atores sociais de refletirem criticamente sobre o contexto social e proporem estratégias que envolvam redes intersetoriais de interações entre governo e outros segmentos da sociedade, que vivem e constroem as políticas em âmbito local (PAIM, 1994^[10]; BUSS & FERREIRA, 1998^[12]; MENDES, 1999^[11]; BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006^[13]).

Nesta dissertação, trabalho com a compreensão de que a intersetorialidade tem sua materialização em alianças estratégicas, que de modo geral, se efetivam mais intensamente no plano da ação, uma vez que a motivação que leva ao comprometimento entre parceiros é maior quando voltada para resolução de problemas concretos de interesse mútuo (NEVES &

MARINHO, 1999^[14]). Caracterizam-se como um processo que, ao abrir espaços de diálogos e negociações, com articulação de saberes e experiências, assume forte significado para a construção da participação social.

Como atividades locais, influenciam um leque mais vasto de fatores organizacionais e de políticas, contribuindo para a formulação de uma agenda de governo com relação à saúde, definida a partir da seleção de problemas ou determinantes estruturais, os quais serão objeto de intervenção intersetorial por parte das organizações públicas e seus parceiros (setor privado, organizações da sociedade civil), em um movimento de co-responsabilização pela elevação dos padrões de qualidade de vida e promoção do bem-estar coletivo.

Essa relação de influência mútua, conforme esquematizada na Figura 1 a seguir, é enfatizada no Relatório Final da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS/ OMS, 2008^[15]), assinalando que a sustentabilidade das intervenções lideradas pelo setor sobre os determinantes sociais de saúde está condicionada a políticas governamentais mais amplas que favoreçam o setor saúde e vários outros setores, ao mesmo tempo em que uma ampla visão política, que incorpora os determinantes sociais, necessita, para ter um impacto verdadeiro, de intervenções específicas e concretas, que apliquem tais idéias em nível local e nacional, de modo a traduzir a agenda intersetorial em ações intersetoriais, de fato.



Fonte: Adaptado de Tesoriero (2002^[16])

Figura 1: Níveis de implicações das alianças intersetoriais para a promoção da saúde

Os níveis de influência assim representados não só guardam uma relação de interdependência como interferem no próprio funcionamento das alianças intersetoriais, delineando a forma como são construídas e os programas e atividades que são desenvolvidos.

No presente estudo, priorizei os elementos que compõem a dimensão micro-social – o funcionamento interno das alianças – explorando aspectos referentes à gestão dos programas, à mediação intersetorial, à participação e aos espaços institucionais como contextos interrelacionais de produção de saberes, sentidos e práticas. A abordagem das variáveis que compõem as dimensões macro-sociais, como Estado e políticas públicas, será feita na medida em que seja necessário elucidar relações ou contextualizar o programa em análise.

Ainda um argumento a considerar é a verificação de que não obstante os esforços e avanços, a colaboração intersetorial tem enfrentado diversos desafios. Estão em jogo aspectos como a estrutura setorial da administração pública com departamentos e programas verticais, assim como a formação disciplinar e pouco conducente à interdisciplinaridade, dificultando o trabalho conjunto em torno de uma meta comum.

Mas articular processos e manter redes cooperativas apoiadas na diversidade de sujeitos e instituições que delas participam é difícil. A construção de agendas, no âmbito da formação de redes sociais promotoras de qualidade de vida para atuação sobre a melhoria das condições materiais de vida e de saúde das comunidades requer disponibilidade e interesse por parte desses atores em desenvolver uma ação comunicativa, capaz de levar a compromissos (RIVERA, 1995^[17]).

Na implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), assumem destaque os desafios relacionados ao planejamento, à organização e ao gerenciamento das ações intersetoriais, visando à racionalização dos recursos existentes e à transformação das atividades desenvolvidas para que tenham maior efetividade e impacto sobre os determinantes sociais da saúde.

Como argumento final, destaco o fato de que um dos principais pontos que têm sido considerados problemáticos para a consolidação da promoção da saúde é a clareza a respeito dos valores contidos nos diferentes projetos (BUSS, 2003^[18]). A operacionalização das propostas se constitui em uma questão central, ainda não suficientemente tratada em investigações e publicações que aprofundem a abordagem dos fatores que intervêm no desenvolvimento das ações intersetoriais, de modo a contribuir para a construção de formas mais adequadas de planejar, organizar, conduzir, gerir e avaliar tais intervenções, garantindo a coerência entre os propósitos definidos e os métodos selecionados, em um processo de reorganização das práticas gerenciais e dos processos de trabalho no âmbito das instituições envolvidas.

1.2. A construção do objeto de estudo

Na construção do objeto de estudo, assumi os seguintes pressupostos: i) a intersetorialidade se constitui em um mecanismo estratégico fundamental para a sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde, de forma que a existência de parcerias e alianças entre os diversos atores (governos, associações, organizações não-governamentais, pessoas e coletividades) ou ainda, a capacidade de ampliar a convivência e as alianças entre os diferentes setores criam condições ou potencializam as possibilidades de sustentabilidade dessas iniciativas; ii) a lógica epistemológica que orienta a ação intersetorial supõe uma mudança paradigmática calcada em valores e concepções relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado, que se expressam nas representações dos diferentes atores institucionais e nas suas práticas de planejamento e gestão, modulando as possibilidades de consolidação da intersetorialidade; iii) a implementação das ações intersetoriais é influenciada pelas características contextuais da distribuição de poder e das relações estabelecidas entre os diversos atores sociais.

Esses são aspectos que me levaram a indagações que inspiraram a elaboração da problemática de investigação, quais sejam:

- ⇒ Quais são as características de redes ou articulações intersetoriais que facilitam ou criam barreiras para a implementação de projetos estruturantes da promoção da saúde em prol da criação de ambientes saudáveis?
- ⇒ Quais são as características de planejamento e gestão envolvidas na sustentabilidade desses projetos e que fatores facilitam ou dificultam a sua adoção e continuidade?
- ⇒ Quais são as concepções de promoção da saúde e de intersetorialidade dos atores institucionais envolvidos na condução das iniciativas de promoção da saúde para criação de ambientes saudáveis, encaminhadas pelo SESC?
- ⇒ As diretrizes político-institucionais e as orientações técnico-operacionais para a implementação de projetos sistemáticos de caráter intersetorial da Atividade Educação em Saúde no SESC estão se expressando na prática das equipes nos Departamentos Regionais?
- ⇒ Que subsídios teóricos e metodológicos podem contribuir com a qualificação técnica das equipes para a mediação e defesa da saúde nos diferentes cenários, alcançando a formação de alianças intersetoriais?

- ⇒ Considerando os projetos que se voltam para a formação de agentes multiplicadores em diferentes cenários (como o projeto *Transando Saúde*), qual o papel exercido pelos indivíduos e grupos participantes das ações de capacitação na sustentabilidade desses projetos?
- ⇒ Existem características diferenciadas conforme a especificidade do cenário de atuação (escolas e empresas do comércio)?

São indagações cujo escopo ultrapassa os limites da pesquisa implementada e, portanto, não tive pretensão de respondê-las integralmente neste estudo, mas corresponderam ao caminho percorrido para chegar à questão central que orientou esta investigação:

- ⇒ Quais são as possibilidades e limites da atuação de uma entidade de bem estar social como mediador estratégico na articulação intersetorial para a criação de ambientes saudáveis?

Na estruturação do projeto de pesquisa projetei uma hipótese que, entendida como proposição provisória, uma pressuposição que deve ser verificada (QUIVY & CAMPENHOUDT, 1998^[19]), me serviu de guia para me manter no caminho traçado, tal como assinalado por Triviños (1987^[20]: 106): “a hipótese indica caminhos ao investigador, orienta seu trabalho, assinala rumos à investigação”.

Assim, a hipótese formulada foi:

- ⇒ O SESC, por meio da Atividade Educação em Saúde, possui um significativo potencial de mediação intersetorial e defesa da saúde, capaz de ativar processos político-culturais para a criação de ambientes saudáveis.

E nessa perspectiva, propus como objetivo central do estudo:

- ⇒ Analisar as estratégias de mediação e articulação intersetorial do projeto *Transando Saúde* da Atividade Educação em Saúde em um Departamento Regional do SESC, explorando os fatores implicados na sustentabilidade de iniciativas de promoção da saúde.

Para as aproximações mais específicas do fenômeno, tracei como objetivos complementares:

- ⇒ Analisar as concepções sobre saúde, educação em saúde, promoção da saúde e intersetorialidade dos diversos atores sociais envolvidos na implementação do projeto *Transando Saúde* em um Departamento Regional do SESC.
- ⇒ Caracterizar a oferta de serviços do projeto *Transando Saúde*, na sua relação com os campos e mecanismos da promoção da saúde, enfatizando as estratégias intersetoriais contextualizadas em um Departamento Regional do SESC.

- ⇒ Identificar fatores e mecanismos facilitadores e restritivos à implementação das ações intersetoriais e à sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde para a criação de ambientes saudáveis em um Departamento Regional do SESC.

1.3 Estrutura da dissertação

O resultado das reflexões e análises empreendidas encontra-se organizado em sete capítulos que sucedem esta introdução.

No Capítulo 2 apresento os princípios teóricos e operacionais da promoção da saúde, assumindo um enfoque histórico que permite evidenciar os deslocamentos conceituais que caracterizam a ruptura paradigmática trazida por esse movimento. Destaca-se a concepção positiva de saúde, associada à qualidade de vida, que traz a temática dos determinantes sociais da saúde e atualiza a discussão sobre a intersetorialidade na consolidação do compromisso com a equidade e a justiça social.

O Capítulo 3 se destina à abordagem das distinções e aproximações conceituais entre a promoção da saúde, a prevenção e a educação em saúde, recorrendo às contribuições advindas da Teoria Social para fazer, em linhas gerais, uma reflexão crítica acerca dos aspectos relativos às práticas e aos fundamentos da promoção da saúde que caracterizam as controvérsias e as implicações político-ideológicas expressas na pluralidade de olhares sobre tal estratégia.

Na seqüência destes capítulos em que são firmadas as bases teóricas que balizam o objeto central de estudo, o Capítulo 4 descreve o percurso metodológico, partindo da descrição do referencial teórico-filosófico que serviu de fio condutor para as escolhas feitas com relação às técnicas e instrumentos de obtenção e análise dos dados com vistas à sua compreensão interpretativa.

No Capítulo 5, após introdução acerca da compreensão dos programas de promoção da saúde como redes sócio-técnicas, inicio o diálogo com o universo de discursos produzidos pelos sujeitos, fazendo a caracterização geral do projeto *Transando Saúde* e a apresentação do perfil dos sujeitos entrevistados – campo social e discursivo delimitado, produtor de sentidos.

Os capítulos 6 e 7 dão continuidade à abordagem dos dados primários cuja compreensão se apoiou nas categorias empíricas emergidas dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa. São discutidos os elementos implicados na ordenação da rede

intersetorial do Projeto *Transando Saúde*, comentando as concepções e valores que orientam as práticas dos sujeitos e os fatores favoráveis e restritivos ao estabelecimento das alianças intersetoriais com vistas à sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde.

A dissertação se conclui com o Capítulo 8, em que são alinhavadas as reflexões geradas pela análise dos dados, assinalando as aberturas e permanências observadas na rede intersetorial analisada que apontam para os fluxos em constituição na mediação de interesses e articulação de planos de ação dos diferentes atores. Por entre as conexões estabelecidas e as cadeias que vão produzindo diferenças, estão algumas indicações que sugerem caminhos de potencialização das ações intersetoriais para a promoção da saúde em diferentes marcos institucionais.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE – PRINCÍPIOS TEÓRICOS, CONSTRUÇÕES DISCURSIVAS E RESSONÂNCIAS POLÍTICAS

2.1 Tensões e rupturas na construção de um novo paradigma de pensamento e ação em saúde

A noção de promoção da saúde foi constituída diversamente ao longo do tempo e em resposta a diferentes exigências. O termo não é novo e diferentes autores atribuem sua primeira referência ao sanitarista norte-americano Henry Sigerist, em publicação datada de 1941. Ao reordenar as funções da medicina, Sigerist definiu-as como: promoção da saúde, prevenção das doenças, recuperação dos enfermos e reabilitação. Em sua formulação, a promoção da saúde referia-se às ações baseadas na educação sanitária em conjunto com ações do Estado para melhorar as condições de vida (TERRIS, 1996 ^[21]; RESTREPO, 2001 ^[22]; BUSS, 2003 ^[18]; ANDRADE, 2006 ^[23]).

O programa de saúde defendido por ele propunha o desenvolvimento das seguintes ações: i) educação livre para toda população, incluindo a educação em saúde; ii) melhores condições possíveis de trabalho e de vida para a população; iii) melhores meios de recreação e descanso; iv) um sistema público de saúde de acesso universal com pessoal médico responsável pela saúde da população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter e/ou recuperar a saúde quando a prevenção tenha falhado; v) centros médicos de investigação e capacitação.

De forma similar ao que aconteceria algumas décadas depois – em 1986 – por ocasião da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, Sigerist também conclamou o esforço coordenado dos políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos, sem o que não seria possível a realização de um programa de saúde tal como proposto.

Como conceito presente no interior da definição de saúde pública, a idéia de promoção da saúde tinha sido expressa por Wislow em 1920:

a promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (WISLOW, 1920:23 *apud* BUSS, 2003 ^[18])

De fato, as relações entre o estado de saúde de uma população e suas condições de vida já eram reconhecidas no sec. XIX, particularmente com o movimento conhecido como Medicina Social, gerando políticas públicas de caráter mais integral e intersetorial, em que

Restrepo (2001)^[22] reconhece um cunho inaugural com relação às propostas contemporâneas de cidades e municípios saudáveis. A participação política é vista como principal estratégia para a transformação da realidade de saúde com efeitos para a democracia, justiça e igualdade (ALMEIDA-FILHO, 2000^[24]).

Vários nomes ilustres dessa época podem ser assinalados por sua importância na construção da história da saúde pública, dentre eles: Chadwick, na Inglaterra; Villermé, na França; Virchow, na Alemanha. Baseavam-se no princípio de que a sociedade tem obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros. Afirmavam, ainda, que as condições sociais e econômicas exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que há necessidade de submeter essas relações à investigação científica (ROSEN, 1994^[25]; TERRIS, 1996^[21]; RESTREPO, 2001^[22]).

Os esforços por eles empreendidos estão marcados por fortes laços com a ação política, representando parcela essencial na construção das grandes reformas engendradas pela antiga saúde pública com repercussões para o estabelecimento de leis, a planificação social e para a própria noção de mudança social. Como assinala Kickbusch (1996^[26]), essa necessidade de integração do pensamento político à saúde é um aspecto valorizado no contexto da promoção da saúde – como Nova Saúde Pública –, marcando a importância das estratégias de mediação e defesa da causa (*advocacy*) para a construção de uma agenda de responsabilidade social pela saúde.

Na mesma época, principalmente na Inglaterra e nos Estados Unidos, desencadeia-se o movimento conhecido como Sanitarismo, que produz um discurso e uma prática sobre as questões da saúde fundamentalmente baseados em aplicação de tecnologia e em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população, numa perspectiva de medicalização da vida social (ROSEN, 1994^[25]).

O movimento sanitarista ganha reforço significativo com a revolução pasteuriana que fundamentou o paradigma da determinação biológica do processo saúde-doença, em um processo de hegemonização que praticamente redefine as diretrizes da teoria e prática no campo da saúde no mundo ocidental. Como assinala Andrade (2006^[23]), instaura-se nesse momento histórico, uma disputa, que persiste até os nossos dias, com relação à forma de conceber e explicar a determinação do processo saúde-doença, assim polarizada: o enfoque biomédico e o enfoque ampliado que leva em consideração os determinantes sociais da saúde.

Na década de quarenta do sec. XX, nos Estados Unidos, presencia-se o movimento preventivista, apoiado no paradigma da história natural da doença de Leavell & Clarck, em

que o conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-doença, cuja causalidade é compreendida a partir de mecanismos lineares – em detrimento de uma visão que leve em consideração as múltiplas causas e os múltiplos efeitos de saúde e doença. O próprio conceito de prevenção é redefinido – sendo esta adjetivada como primária, secundária e terciária – e a totalidade da prática médica acaba sendo incorporada a esse novo campo discursivo (AROUCA, 2003^[27]).

Nesse modelo, o conceito de promoção da saúde figura como parte da prevenção primária, no período da pré-patogênese, destinada às pessoas saudáveis e referida à melhoria das condições de vida, correspondendo à educação sanitária baseada em aspectos relacionados ao estilo de vida, fatores ambientais e biológicos, além de medidas de proteção que incluem imunização, saneamento ambiental e proteção contra acidentes e riscos ocupacionais (DEVER, 1988^[28]).

Com a mudança nos padrões de doença – das doenças infecciosas para as doenças crônicas não transmissíveis – e também no enfoque dos estudos epidemiológicos – que Terris (1996^[29]) denominou a segunda revolução epidemiológica –, novos modelos foram desenvolvidos, com destaque à estrutura conceitual para análise do campo da saúde proposta em 1973 por Lafambrose e posteriormente descrita como o conceito de campo da saúde, no conhecido Relatório Lalonde, publicado pelo governo do Canadá, em 1974 (DEVER, 1988^[28]) – documento que, segundo Rootman (*et al.*, 2001^[29]), teria organizado o campo da promoção da saúde e que conforme Buss (2003^[18]), teria sido o primeiro a colocar esse campo no contexto do pensamento estratégico.

O Relatório se constituiu em um documento de reorientação da política de saúde do Canadá e recebeu esse nome justamente por ter sido formulado pelo então ministro da saúde Marc Lalonde, apresentando uma crítica ao crescente investimento em assistência médica. Tal crítica foi elaborada com base nos resultados pouco significativos que evidenciavam as limitações da abordagem exclusivamente médica para melhorar a saúde da população, tendo em vista a influência predominante de fatores comportamentais e sociais no quadro de morbimortalidade (TERRIS, 1996^[21]; BUSS, 2003^[18]; LALONDE 1996^[30]; GENTILE, 2001^[31]).

O conceito de campo da saúde inclui quatro amplos componentes inter-relacionados que permitem o exame das questões de saúde-doença considerando-se, em cada caso, a relativa importância que cada um deles assume e sua interação: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde (LALONDE, 1974^[32]; 1996^[30]).

Ao evidenciar que o tradicional padrão assistencial era o componente do campo da saúde que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde e que a compreensão do

processo saúde-doença-cuidado dependia da coordenação com os demais elementos não relacionados à organização da atenção médica, o relatório trouxe uma nova perspectiva para a intervenção em saúde pública.

Por sinal, o prefácio do documento já se inicia com a afirmação: “Boa saúde é a base na qual se constrói o progresso social. Uma nação de pessoas saudáveis pode fazer aquelas coisas que fazem a vida valer a pena, e na medida em que o nível de saúde aumenta, igualmente se eleva o potencial para a felicidade.” (LALONDE, 1974: 05^[32]).

Identificam-se aí valores caros à promoção da saúde, na forma como ela se constitui contemporaneamente, quais sejam: a correlação entre saúde, desenvolvimento econômico e justiça social; além da noção de saúde como possibilidade de realização de um projeto de felicidade – a saúde como potência, que se afasta da referência a uma normalidade morfofuncional .

Pode-se considerar que uma das grandes contribuições da visão unificada expressa no conceito de campo da saúde foi sua possibilidade instrumental no contexto das políticas para a melhoria das condições sanitárias, ao relacionar a determinação das necessidades de saúde e a seleção dos meios para satisfazer essas necessidades, partindo da análise dos problemas de saúde (GENTILE, 2001^[31]).

São definidas cinco estratégias para lidar com os problemas do campo da saúde: a promoção da saúde, a regulação, a eficiência da assistência médica, a pesquisa e a fixação de objetivos. A estratégia de promoção da saúde estava direcionada à modificação dos estilos de vida, sendo operacionalizada por medidas que envolviam programas educativos voltados a indivíduos e organizações e a promoção de recursos adicionais para o lazer.

Como assinala Carvalho (2007^[33]), identifica-se no texto do Informe a inspiração para a corrente behaviorista da promoção da saúde que alimentou uma série de estratégias de marketing social, de educação para a saúde e de estímulo à auto-ajuda, ao apresentar uma concepção de estilo de vida que acaba importando na consideração de uma culpa individual pelo próprio estado de saúde:

A categoria estilo de vida [...] consiste em um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas têm maior ou menor controle. [...]. Decisões pessoais e maus hábitos [...] criam riscos auto-impostos. Quando tais riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria enfermidade ou morte (LALONDE, 1974: 32^[32]).

Outro marco importante na trajetória que vai reconstruindo o conceito de promoção da saúde foi a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, em 1978, com repercussões notadamente reconhecidas, pelo alcance que teve

em quase todos os sistemas de saúde do mundo, colocando a meta de “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A Declaração de Alma-Ata reafirma a correlação entre o processo saúde-doença e as condições de vida, posicionando-a em nova dimensão quando aborda a saúde não só como fator de crescimento econômico como também de contribuição à paz entre as nações. Em seu texto encontramos: “III) (...) A promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial.” (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 15^[8]).

Ao reafirmar uma concepção positiva de saúde, o documento a identifica com a noção de bem-estar, desafiando o reducionismo biomédico, e introduz o tema da intersectorialidade como exigência fundamental para a consecução das metas em saúde.

D) A Conferência enfatiza que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 15^[8])

A defesa da democratização na tomada de decisões na área da saúde também se faz presente na Declaração, destacando a importância da participação ativa de indivíduos e grupos nos processos de planejamento, organização, funcionamento e controle da atenção primária em saúde.

A partir de Alma-Ata, a questão da equidade em saúde passou a integrar a agenda política internacional. Passados 30 anos, a OMS renova a discussão acerca da Atenção Primária em Saúde com a publicação do relatório 2008 intitulado: “Atenção Primária em Saúde, mais necessária do que nunca”. Nesse documento reafirma-se a importância de que os sistemas de saúde caminhem no sentido da cobertura universal e a partir dos princípios de equidade, justiça social e solidariedade.

O relatório encontra-se organizado em torno de quatro grandes eixos relacionados às reformas consideradas necessárias para levar os sistemas de saúde em direção à “saúde para todos”: i) reformas na cobertura universal para aprimorar a equidade em saúde; ii) reformas nos serviços prestados para construir um sistema centrado nas pessoas; iii) reformas nas políticas públicas para promover e proteger a saúde das comunidades; iv) reformas nas lideranças para tornar as autoridades em saúde mais confiáveis (WHO, 2008^[34]).

Incorporando a temática dos determinantes sociais da saúde, se aprofunda e se amplia nesse documento a perspectiva da ação intersectorial defendida na Declaração de Alma-Ata, enfatizando-se a necessidade de garantir que a saúde seja reconhecida por todos os setores

como um resultado socialmente valorizado e que isso se expresse na formulação de políticas públicas amplas e integradas que consolidem uma agenda intersetorial para intervenção sobre os fatores econômicos, sociais, culturais, políticos e ambientais que influenciam a saúde

2.2 Promoção da Saúde como estratégia – bases conceituais, políticas e operacionais

Para explicitação da promoção da saúde, tal como concebida contemporaneamente como estratégia que incorpora a importância e o impacto dos determinantes sociais sobre as condições de saúde, torna-se fundamental recorrer aos seus principais documentos de referência, a fim de evidenciar o conjunto de conceitos, valores, objetivos, processos e ações que lhe são distintivos.

Uma das iniciativas mais significativas para o desenvolvimento e consolidação do ideário da promoção da saúde data de 1984, quando o Escritório da OMS na Europa promoveu um encontro, reunindo doze consultores com expertise em áreas diversas, para estabelecer consensos mínimos acerca das idéias que, tomadas como princípios orientadores, serviriam de ponto de partida para a reflexão e a definição de políticas e estratégias de ação (FERREIRA *et al*, s/d^[35]).

Desse encontro, resultou o documento intitulado ‘Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde’ (WHO, 1984^[36]), no qual são explicitados os principais aspectos de fundamentação para o estabelecimento das políticas públicas atinentes à promoção da saúde. Os princípios básicos encontram-se assim formulados (WHO, 1984^[36]: 2):

- (1) a Promoção da Saúde envolve a população como um todo em sua vida cotidiana, em vez de focalizar grupos de risco para determinadas doenças;
- (2) a Promoção da Saúde está voltada para a ação sobre determinantes ou causas da saúde;
- (3) a Promoção da Saúde combina métodos ou abordagens diversos, porém complementares, que incluem comunicação, educação, legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário e atividades locais espontâneas contra as ameaças à saúde;
- (4) a Promoção da Saúde visa particularmente à efetiva e concreta participação pública;
- (5) sendo a Promoção da Saúde basicamente uma atividade dos campos social e da saúde, e não um serviço médico, os profissionais da saúde – particularmente os da atenção primária – têm um importante papel a desempenhar em estimular e possibilitar a Promoção da Saúde.

Percebe-se na sistematização desses princípios a clara intenção de se desconstruir a associação inicialmente feita da promoção da saúde com os estilos de vida e fatores de risco, enfatizando-se a vinculação da saúde aos determinantes políticos, sociais e econômicos. O

documento adverte claramente que o enfoque individual, tendente a levar à prescrição do que “os indivíduos devem fazer e como devem se comportar, (...) é contrário aos princípios da promoção da saúde” (WHO, 1984^[36]: 4).

Portanto, um primeiro diferencial que assume a dimensão de marco paradigmático² com efeitos para a reorientação das políticas setoriais é a reconceitualização da saúde operada por esse movimento. Em artigo apresentado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, pelo então ministro da saúde do Canadá, Jake Epp, uma nova visão de saúde é proposta. No lugar de uma concepção de saúde como objetivo final da vida, propõe-se considerá-la como força básica e dinâmica que se constrói na vida cotidiana, não se reduzindo a um estado resultante de algum tratamento ou da cura de uma enfermidade ou dano. Trata-se, portanto, de um conceito que denota *processo*, supondo dinamismo e imprevisibilidade.

Como recurso para a qualidade de vida, a saúde se expressa na autonomia – entendida como liberdade de escolha pessoal e capacidade de viver a vida – e no papel de indivíduos e comunidades na definição de sua própria saúde, incluindo a capacidade para modificação de seu entorno. Nessa construção, reconhece-se a influência dos fatores ambientais, culturais, sociais e econômicos em que se vive (EPP, 1996^[37]).

Tal noção de saúde como recurso, capacidade para a vida, tem sua expressão não só na autonomia dos indivíduos, mas igualmente na equidade social – distribuição equitativa dessa capacidade entre indivíduos e grupos –, indispensável à construção do bem estar e à realização individual e coletiva. Requer um patamar material mínimo e universal relacionado às necessidades básicas da vida humana – alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, assistência e lazer – associado a condições fundamentais, como: paz, ecossistema estável, recursos sustentáveis e justiça social (MINAYO *et al.*, 2000^[38]).

Assim, como conclusão da Conferência de Ottawa, são enfatizados no conceito de saúde os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, levando-se em consideração o modo de vida de cada sociedade, as condições de vida e o estilo de vida dos sujeitos. Associada à qualidade de vida, a concepção ampliada de saúde inclui valores não materiais – como amor, liberdade, solidariedade, realização pessoal e felicidade – e incorpora as idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana, além de relacionar-se ao campo

² Paradigma aqui pensado como “um conjunto de noções, representações e crenças, relativamente compartilhadas por um determinado segmento de sujeitos sociais tornando-se um referencial para a ação” (Paim, 1997^[7]: 12)

da democracia e do desenvolvimento dos direitos humanos e sociais. (MINAYO et al., 2000^[38]; BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]; BUSS, 2000^[39]).

Esse entendimento da saúde como construção subjetiva e sua aproximação à temática da qualidade de vida com a visão ampliada de recursos fundamentais alimentam uma concepção de intervenção em saúde para além das tradicionais ações assistenciais e preventivas de cunho individual baseadas na compreensão da saúde como normatividade.

As estratégias fundamentais da promoção da saúde, conforme definidas na Carta de Ottawa, são a capacitação, a mediação e a defesa da saúde (*advocacy*), que por definição, são interdependentes.

Entende-se por capacitação a “ação em parceria” com indivíduos e grupos, no sentido do empoderamento (*empowerment*), que se opera mediante a mobilização de recursos materiais e humanos, concretizadas em atividades que viabilizam o acesso à informação em saúde, desenvolvem habilidades, promovem a participação nos processos decisórios e de formação das agendas políticas que afetam a saúde, dentre outras (WHO, 1995^[40]). A ênfase na noção de *parceria* na definição da capacitação remete à caracterização do empoderamento como *poder com* e não *poder sobre* – este último peculiar a práticas prescritivas em que as atividades são projetadas por *experts* colocados na posição de quem domina o conhecimento acerca do que é melhor para os grupos que supostamente precisam ser protegidos ou ajudados através da transferência ou concessão de poder.

Esse é um processo em que se fazem presentes diferentes interesses – pessoais, sociais e econômicos –, além de conflitos entre os diversos setores e segmentos da sociedade, os quais remetem-se a questões relacionadas ao acesso, utilização e distribuição de recursos, ou a repercussões e constrangimentos sobre as práticas de indivíduos e organizações. A mediação se constitui, assim, em estratégia que visa reconciliar essas diferenças e conflitos no sentido da construção de capacidades e da formação de alianças estratégicas para a promoção da saúde.

Tal estratégia requer dos profissionais habilidades específicas, dentre elas as que estão relacionadas ao *advocacy* ou defesa da saúde, sendo esta entendida como a combinação de ações individuais e coletivas orientadas a garantir o compromisso político, a responsabilidade e a adesão social a um programa ou meta de promoção da saúde (WHO, 1995^[40]).

Conforme assinalam McCubbin (*et al*, 2001^[41]), a idéia de *advocacy* está diretamente relacionada à compreensão da determinação social da saúde presente na Carta de Ottawa, assumindo-se o pressuposto de que as decisões políticas de outros setores têm uma contribuição crucial para a saúde. Advogar em prol da saúde é tornar favorável a conjuntura

dos múltiplos fatores envolvidos em sua determinação: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais, biológicos.

As condições de saúde de uma população não são definidas apenas pelos índices de morbi-mortalidade, mas também pelo seu grau de bem-estar e pela forma como a sociedade protege e avança nos valores que garantem tais condições, como a democracia e a equidade.

Assim, a defesa da saúde implica igualmente em mudar a forma pela qual a política é feita, particularmente no que diz respeito: i) ao avanço dos valores democráticos; ii) à participação social na construção das políticas e na definição da alocação de recursos; iii) à ampliação do poder de vocalização de interesses e necessidades dos diferentes grupos, especialmente aqueles em condição de vulnerabilidade (MCCUBBIN *et al.*, 2001^[41]).

Na Carta de Ottawa são propostos cinco campos inter-relacionados de ação: 1) Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais; 5) Reorientação dos serviços de saúde.

As políticas públicas saudáveis são aquelas que geram oportunidades e facilitam as opções favoráveis à saúde. Essa noção introduzida pela promoção da saúde supõe não somente uma nova forma de conceber a saúde – associada ao bem estar e à qualidade de vida – como também exige, para seu desenvolvimento, uma nova concepção de Estado e de política pública, calcada na compreensão de saúde como direito humano fundamental, portanto imperativo ético – fator-chave de cidadania e base de contrato social (BUSS, 2000^[39])

A nova concepção de Estado restabelece a importância de seu caráter público, ou seja, seu compromisso com o interesse coletivo e com o bem comum, sendo necessário superar a idéia de políticas públicas como iniciativas exclusivas do aparato estatal. Neste sentido, é indispensável a existência de fóruns participativos, expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais, entendendo-se que “as políticas públicas sempre se realizam na prática, nas ações concretas de atores que lhes dão forma através de um jogo cotidiano de mediação de interesses para construir um projeto coletivo de bem comum” (ANDRADE, 2006^[42]:53).

A ênfase na intersetorialidade que caracteriza a promoção da saúde está presente na declaração resultante da II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, em 1988, caracterizando as políticas públicas saudáveis “pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]: 26). No texto desta Declaração, enfatiza-se a

preocupação com a equidade e com a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde, sendo este o principal propósito das políticas públicas.

É na III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, em 1991, que se põe ênfase na criação de ambientes favoráveis à saúde ou “ambientes de suporte à saúde”, tomando-a como tema central – foi a primeira conferência global que enfocou diretamente a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos.

Nessa conferência foram destacados quatro aspectos que devem ser considerados para a criação de ambientes favoráveis ou promotores de saúde: 1) a dimensão social, que inclui a maneira pela qual normas, costumes e processos sociais afetam a saúde; 2) a dimensão política relacionada à garantia de participação democrática nos processos decisórios que repercutem nas condições de vida e saúde das populações e à descentralização dos recursos e das responsabilidades, na perspectiva da atuação intersetorial; 3) a dimensão econômica, que requer o redimensionamento dos recursos para o alcance da meta de saúde para todos e o desenvolvimento sustentável; 4) a necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores, inclusive o político e econômico (BUSS, 2003^[18]).

Os princípios teórico-conceituais que fundamentam a promoção da saúde emergem de diferentes campos disciplinares e dentre essas perspectivas teóricas, figura a geografia com suas contribuições advindas das análises críticas quanto à relação entre ambiente e saúde. As categorias de *espaço-território* e *espaço-lugar* trabalhadas pelo geógrafo Milton Santos (1999^[43]) são significativas para a compreensão da noção de ambiente adotada nesse enfoque.

A premissa básica é a compreensão do espaço como um campo de relações. A noção de *espaço-território* evidencia o papel que práticas e relações de poder cumprem na estruturação e organização do espaço social, entendendo-se poder não somente do ponto de vista dos poderes formalmente constituídos, mas também daqueles referentes aos diferentes sujeitos que interagem no espaço social.

O *espaço-lugar* constitui-se a partir das relações afetivas que os sujeitos estabelecem entre si e com o lugar, representando a dimensão da existência que se manifesta através "de um cotidiano compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas, instituições – cooperação e conflito são a base da vida em comum" (SANTOS, 1999^[43]: 258). Remete-se, assim, às questões das práticas cotidianas, da linguagem e dos códigos, do sentimento de pertencimento.

Para o autor, o lugar expressa relações de ordem objetiva em articulação com relações subjetivas, relações verticais resultantes do poder hegemônico, imbricadas com relações horizontais de coexistência e resistência. Daí cunhar a expressão “a força do lugar”.

Essas categorias de espaço se associam às idéias vinculadas à participação cidadã como controle que os indivíduos e coletividades podem exercer sobre o Estado, mas também de identificação e compromisso que estabelecem com o lugar ao qual pertencem.

No ideário da promoção da saúde, a noção de que a saúde é criada na relação entre indivíduos e seus ambientes reforçou a compreensão de que as pessoas não são definíveis apenas por suas identidades de risco – isto é, como fumantes, hipertensos, diabéticos – e marcou a dimensão da importância dos ambientes físicos e sociais para o estabelecimento das condições de saúde e como parâmetros para adoção de estilos de vida saudável (POLAND *et al.*, 2000^[44]).

Nesse sentido, a viabilização das condições para um espaço saudável, entendido em suas múltiplas dimensões, tem sido considerada uma estratégia de desenvolvimento, que possibilita a formulação de políticas públicas na direção da qualidade de vida. Reconhece-se que os vários cenários – cidades, comunidades locais, escolas, ambientes de trabalho, estabelecimentos assistenciais e outros – possibilitam oportunidades práticas para a execução de estratégias integrais.

A compreensão de que a saúde como construção social é protagonizada por uma diversidade de sujeitos e instituições está presente na Declaração de Jacarta (1997), resultante da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Reafirma-se o propósito de aumentar a participação dos sujeitos e das coletividades (populações e organizações), buscando uma resposta social organizada na modificação dos determinantes sociais da saúde.

A participação e o controle social são considerados elementos fundamentais nas ações sanitárias, entendendo-se que a realidade social exige a construção de poder político por meio da identificação coletiva de necessidades originadas em um conjunto de narrativas distintas, construídas a partir de diferentes saberes, setores e interesses que permeiam a vida social, em geral, e o setor saúde, em particular.

São recursos estratégicos os processos de capacitação ou empoderamento através dos quais os indivíduos e grupos se fortaleçam em seus recursos sociais, culturais e espirituais, de modo a construir maior poder de intervenção sobre a realidade, influenciar decisões políticas e gerar modificações nos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida. Essa é a principal tarefa da educação em saúde, relacionada aos campos da promoção que dizem

respeito ao desenvolvimento de habilidades individuais e coletivas e ao reforço da ação comunitária.

A intersectorialidade é retomada como um valor e um compromisso, segundo a prioridade de se promover a responsabilidade social pela saúde para enfrentamento dos novos desafios do século XXI. O desenvolvimento social e da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais, econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, movimentos sociais, autoridades locais, indústria, comércio e mídia (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]).

A Declaração de Jakarta estabelece cinco prioridades para a promoção da saúde, as quais se constituíram nos eixos de tematização da V Conferência Internacional da Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000: i) promover a responsabilidade social da saúde; ii) aumentar a capacidade da comunidade e o empoderamento dos indivíduos; iii) expandir e consolidar alianças para a saúde; iv) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde e v) assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde.

Dentre os pressupostos assumidos na Declaração do México, está a constatação da “necessidade urgente de abordar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo preciso fortalecer os mecanismos de colaboração para a promoção da saúde, em todos os setores e níveis da sociedade” (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]).

As temáticas da determinação social da saúde e das “parcerias e alianças para a ação” são atualizadas na recente “Carta de Bangkok para a promoção da saúde no mundo globalizado” – documento resultante da VI Conferência Global da Promoção da Saúde, realizada na Tailândia em 2005 (WHO, 2005^[45]). Além de reafirmar os princípios formalizados desde a Carta de Ottawa, a Carta de Bangkok enfatiza a noção da saúde como meio e fim do desenvolvimento, assinalando a preocupação com o aumento das desigualdades dentro de cada país e entre os países, as alterações no meio ambiente e as características do processo de urbanização, dentre os principais fatores que afetam negativamente a saúde no contexto global.

Reaparece, assim, a preocupação com as condições de vida em sua correlação com a equidade em saúde, ampliando o debate sobre os efeitos da globalização em relação às questões da saúde e do ambiente. A Conferência de Bangkok chama a atenção para a importância de que a promoção da saúde ocupe lugar central na agenda do desenvolvimento global e, portanto, nas políticas globais e locais, motivando o diálogo e o compromisso entre países, e entre o setor público, os grupos empresariais e a sociedade como um todo na

implementação de políticas de desenvolvimento com melhoria da qualidade de vida e de trabalho.

Nesse sentido, posiciona a saúde como parâmetro para a definição de critérios para as boas práticas governamentais e empresariais, reconhecendo que o setor corporativo tem um impacto direto na saúde das pessoas e nos determinantes da saúde através de sua influência nos cenários locais, nas culturas nacionais, no meio ambiente e na distribuição da riqueza. “O setor privado, assim como outros empregadores e o setor informal, é responsável por assegurar saúde e segurança no ambiente de trabalho e por promover a saúde e o bem estar de seus empregados, suas famílias e comunidades” (WHO, 2005^[45]: 5).

Percebe-se que as conferências internacionais, desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, têm difundido os conceitos básicos e as principais estratégias relacionadas ao fortalecimento da saúde pública para consecução do compromisso de saúde para todos, evidenciando os vínculos entre saúde, qualidade de vida, equidade, cidadania, direitos humanos e desenvolvimento sustentável.

Esse é um percurso que revela o movimento da promoção da saúde como marco paradigmático na conformação das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), orientadas por uma concepção da saúde pública como prática social de natureza interdisciplinar e não restrita ao setor sanitário, supondo uma ação coletiva, intersetorial, tanto do Estado como da sociedade civil, destinada a proteger e melhorar a saúde das pessoas (OPS, 2002^[46]).

No cenário nacional, um movimento com cujo ideário a promoção da saúde encontra ressonância é a Reforma Sanitária, que teve seus princípios lançados na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, reunindo uma diversidade de atores numa ampla coalizão política em torno dos princípios que orientaram a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Identificam-se como principais pontos de interface e diálogo entre esses dois movimentos: o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas saudáveis, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes para propiciar que os sujeitos façam opções saudáveis (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006^[47]).

Segundo tais princípios, a saúde se caracteriza como um sistema sustentável de proteção coletiva e cuidado individual integral, apoiado em um modelo de política pública que se baseia no financiamento solidário – a seguridade social. Requer um modelo de gestão participativa, custo-efetivo, firmado em *accountability* e um modelo de atenção orientado à

autonomia, produtor de cuidado humanizado, mobilizador de saberes plurais e permeável à expressão das singularidades.

Em composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, e tomando por base as definições constitucionais, a legislação que regulamenta o SUS, as deliberações das conferências nacionais de saúde e do Plano Nacional de Saúde (2004-2007), o Ministério da Saúde propôs em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), composta de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde.

O eixo principal é o compromisso ético com a integralidade e a gestão participativa, que se opera com base na indissociabilidade entre a clínica e a promoção e entre as necessidades sociais e as ações do Estado, entendendo-se que

a promoção da saúde apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e coresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006^[47]: 15).

Alinhamo-nos à Teixeira (2004) ao reconhecer o potencial estratégico do debate em torno da PNPS para retomada e atualização do conjunto de propostas do Movimento da Reforma Sanitária,

cujo escopo ultrapassa o processo de construção do SUS e pressupõe a formulação e implementação de políticas econômicas e sociais, de modo a reduzir as desigualdades sociais, promovendo equidade e justiça no acesso às oportunidades de trabalho, melhoria dos níveis de renda e garantia das condições de segurança e acesso a moradia, educação, transporte, lazer e serviços de saúde. (TEIXEIRA, 2004^[48]: 39)

Propostas que também se comprometeram com o aprofundamento da democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das instituições.

2.3 Determinantes sociais da saúde e ação intersetorial – compromisso com a equidade, a justiça social e a qualidade de vida

As três primeiras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991) contêm os conceitos globais de políticas públicas saudáveis e de ambientes favoráveis à saúde, afirmando a interdependência entre saúde e ambiente, assim como a mútua determinação entre saúde e desenvolvimento (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]).

Produzir saúde socialmente implica reconhecer que a saúde reflete a qualidade de vida de uma população, traduzindo-se em bem estar da sociedade. Como dimensão fundamental do desenvolvimento social, a saúde se constitui em motor e finalidade do desenvolvimento humano sustentável, entendido como liberdade de privações.

Torna-se necessário, assim, requalificar as relações entre saúde e desenvolvimento econômico, aproximando-se da compreensão do desenvolvimento como expansão de capacidades, tal como concebida por Amartya Sen, que vê com grande importância “as liberdades substantivas – as capacidades – de escolher uma vida que se tem razão para valorizar” (SEN, 2000^[49]: 94). O desenvolvimento é um processo contínuo conducente à implementação dessas liberdades substantivas, também denominadas por ele de “entitlements” (*entitlement*) econômicos, garantia de transparência, segurança protetora e oportunidades sociais.

Trata-se de uma concepção de desenvolvimento que enfatiza as capacidades, as potencialidades, os “ativos” das pessoas e das coletividades, ou seja, uma visão que parte do que existe, do que as próprias pessoas são capazes de fazer. É a desigualdade de oportunidade na ausência de condições mínimas de existência – tais como, o acesso a saúde, saneamento básico, educação funcional, emprego remunerado – que isola e nega a “condição de agentes”.

Como assinala Escorel (s/d^[50]: 3), “em um contexto de necessidades, que apresenta desigualdades, a esfera pública da igualdade é uma construção social necessária para o usufruto da liberdade”, garantindo a construção coletiva de patamares de satisfação de necessidades básicas, por meio da solidariedade social.

A pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas é também a falta de oportunidades e possibilidades de opção entre diferentes alternativas. A preocupação é com o enriquecimento das vidas humanas, no sentido de ter liberdade para escolher entre diferentes modos de viver – o que se alcança por meio das trocas benéficas, do trabalho de redes de segurança social, pelas liberdades políticas ou pelo desenvolvimento social – ou uma ou outra combinação dessas atividades de apoio (SEN, 2000^[49]).

Ter uma boa saúde se remete à capacidade de indivíduos e grupos de converter rendas e recursos em qualidade de vida. Dessa forma, considera-se que as estratégias para combater as iniquidades devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a constituição de redes de apoio social e o aumento das capacidades dos indivíduos e grupos para melhor conhecer e atuar sobre os problemas, participando ativamente das decisões da vida social (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2006^[51]).

A equidade é, assim, um compromisso fundamental da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizarem completamente seu potencial de saúde – o que se encontra na dependência do reforço das capacidades individuais e coletivas para controlar os fatores determinantes da saúde.

Esses aspectos podem ser identificados na definição de saúde afirmada na Carta de Ottawa, qual seja:

A saúde se cria e se vive no marco da vida cotidiana, nos centros de aprendizagem, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que as pessoas se dispensam a si mesmas e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar a própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de bom estado de saúde. (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 22^[8])

Na concepção assim formulada, percebe-se não só a dimensão individual do compromisso pessoal e da autonomia para tomada de decisões relativas à preservação da saúde, mas também sua conotação como imperativo ético, ao chamar a atenção para a necessidade de que sejam proporcionadas condições para que tais escolhas sejam feitas, garantindo o pleno exercício do direito à saúde, nos diferentes espaços e situações do contexto de vida dos sujeitos.

Isto pressupõe a participação social nos processos decisórios, evidenciando o empoderamento como princípio cardinal e componente distintivo da estratégia de promoção da saúde, tal como assinalado por Rootman (*et al.*, 2001^[29]) e claramente expresso na definição de promoção da saúde publicada na Carta de Ottawa: “Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001: 19^[8]).

Nessa linha de compreensão, o termo “ativos” em saúde vem sendo usado pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde, que o define como qualquer fator ou recurso que aumenta a habilidade de indivíduos, grupos, comunidades, populações, sistemas sociais e/ou instituições para manter a saúde e o bem estar e para ajudar a reduzir as iniquidades em saúde (MORGAN & ZIGLIO, 2007^[52]).

Tais ativos podem ser identificados em todas as dimensões dos determinantes da saúde, envolvendo fatores genéticos, circunstâncias sociais, condições ambientais, estilos de vida e serviços de saúde. Os autores propõem um inventário mínimo que inclui: a) no nível individual: padrão de resiliência³ e de sociabilidade, escolaridade, valores positivos, auto-estima e iniciativa

³ A resiliência é um termo oriundo da física – referindo-se à capacidade dos materiais de resistirem aos choques – que passou por um deslizamento em direção às ciências humanas, conformando sua significação como a capacidade de pessoas e sistemas – famílias, grupos e comunidades – de enfrentar com êxito adversidades ou riscos significativos, garantindo sua integridade, mesmo em momentos mais críticos. Mas não se é resiliente sozinho: essa capacidade é reforçada por fatores tais como o apoio e o acolhimento.

peçoal; b) no nível comunitário: redes de apoio social, solidariedade intergeracional, coesão social, apoio mútuo, tolerância étnica e religiosa; c) no nível institucional ou organizacional: recursos ambientais e equipamentos sociais necessários à promoção da saúde e qualidade de vida, segurança no emprego e oportunidades de serviço voluntário, condições seguras e agradáveis de moradia, oportunidade de participação cidadã e garantia de direitos políticos democráticos, justiça social e equidade.

O modelo de ativos em saúde contrasta com o enfoque tradicional na forma de planejar as políticas e organizar os serviços, o qual se baseia nas carências da população, acabando por definir os indivíduos e comunidades em termos negativos e consequentemente orientando a construção de políticas e práticas que subtraem a autonomia e a capacidade das populações e comunidades que supostamente têm que se beneficiar delas.

Relativizando este enfoque, o entendimento da saúde e do desenvolvimento baseado nos ativos de uma comunidade adota uma noção “salutogênica”, ou seja, considera uma concepção positiva de saúde, buscando compreender o conjunto de fatores que concorrem para a saúde e o bem estar, a fim de orientar a definição de políticas necessárias a sua construção e fortalecimento. As prioridades não são setoriais, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários setores.

Visa-se, ainda, fortalecer as competências de indivíduos e grupos para realização de seus potenciais de saúde e promover a plena participação das comunidades locais nos processos de decisão, reconhecendo sua capacidade real de detectar os problemas e ativar as soluções para abordagem das desigualdades em saúde.

A introdução da noção de saúde como uma das dimensões do desenvolvimento social e a compreensão de que as relações existentes entre os contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos e a saúde são particularmente complexas têm levado à construção de modelos abrangentes de determinantes sociais da saúde, compreendidos como “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/ raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007^[51]: 78).

Além dos modos de interação dos vários níveis de análise: “do macrossocial ao funcionamento biológico do corpo, estendendo-se sobre horizontes temporais que vão do muito curto prazo (alguns segundos) a várias dezenas de anos e são continuamente interativos” (CONTANDRIOPOULOS, 1998^[53]: 200), busca-se compreender tanto as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (CDSS, 2005^[54]).

A atenção se volta para os mecanismos mediante os quais os determinantes sociais da saúde geram as iniquidades de saúde entre grupos e indivíduos, sendo estas definidas como aquelas desigualdades de saúde que além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000^[55]).

Das diferentes abordagens relacionadas por Buss & Pellegrini Filho (2007^[51]) com relação aos determinantes sociais da saúde, um primeiro enfoque é o que privilegia os *aspectos físico-materiais* na produção da saúde e da doença, partindo-se do pressuposto de que as diferenças de renda têm efeitos na saúde pela escassez de recursos individuais e pela insuficiência de investimentos em infra-estrutura, decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas.

Outra abordagem confere ênfase aos *fatores psicossociais*, examinando os nexos associativos entre as percepções de desigualdades sociais, os mecanismos psicobiológicos e as situações de saúde. O pressuposto assumido nesse enfoque é o de que as percepções e as experiências pessoais em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

A integração das abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas em uma perspectiva dinâmica, histórica e ecológica é a ênfase encontrada nos enfoques *ecossociais* e os chamados *enfoques multiníveis*.

Há ainda os estudos cuja abordagem baseia-se na análise das relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento dos laços de coesão social, identificando o desgaste do capital social – ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e entre estas e suas instituições (ARAÚJO, 2003^[56]) – como um importante mecanismo explicativo para a relação positiva entre desigualdade de renda e agravos à saúde.

Desse modo, dispõe-se atualmente de comprovação empírica, conhecimento sólido acumulado, evidenciando que o estado de saúde é influenciado de maneira inequívoca pelas características contextuais como o status social, o nível de educação, a ocupação, a riqueza do ambiente durante a infância, o suporte social, dentre outros fatores, existindo um gradiente entre a posição ocupada com relação a esses indicadores e a saúde.

Os resultados demonstram que ricos vivem mais e ficam menos doentes que os pobres, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, parecendo indicar que as características do ambiente social reforçam a resistência às doenças de uma maneira geral e que elas permitem a alguns, uma vez doentes, uma menor gravidade e recuperação mais rápida. Fazendo referência a Ruberman (*et al.*, 1984^[57]), Contandriopoulos (1998^[53]:200) relata estudo realizado nos Estados Unidos, cujos resultados constatarem que após um infarto do miocárdio, a probabilidade de morte entre os homens com baixo nível de educação é três

vezes maior do que entre os de nível elevado, e essa probabilidade, entre os que levam uma vida estressante e que são socialmente isolados, é seis vezes mais alta do que entre aqueles que levam uma vida calma e com um bom suporte social.

As pesquisas têm revelado que as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países estão relacionadas principalmente com o grau de equidade na distribuição de renda. Um estudo representativo dessa situação foi desenvolvido por Rose e Marmot com relação a mortalidade por doença coronariana em funcionários públicos ingleses. Analisando-se um período de dez anos, evidenciou-se que o risco relativo de morte por essa doença é três vezes maior entre os trabalhadores manuais do que entre o pessoal administrativo (CONTANDRIOPOULOS, 1998^[53]).

Interessante notar, como assinalam Buss & Pellegrini Filho (2007^[53]), que os autores do estudo concluíram que os fatores de risco individuais como colesterol, hábito de fumar, hipertensão arterial, dentre outros, explicavam apenas 35 a 40% da diferença. A associação explicativa aos determinantes sociais da saúde foi encontrada nos 60 a 65% restantes. Observou-se, ainda, que estas características não estão associadas a doenças específicas: o risco relativo de morte dos funcionários britânicos, ajustando-se a idade, é duas a sete vezes maior entre os trabalhadores manuais em relação aos funcionários administrativos, tanto para as doenças cardiovasculares, como para o câncer, as doenças respiratórias, ou distúrbios gastrintestinais (CONTANDRIOPOULOS, 1998^[57]).

Como assinala Castellanos, quando se analisa a situação de saúde de um grupo populacional,

encontram-se combinados, em um determinado momento, os efeitos dos múltiplos processos determinantes e condicionantes que expressam processos mais gerais do modo de vida da sociedade como um todo, processos mais particulares inerentes às condições de vida do grupo em questão e suas interações com outros grupos, e, por último, processos mais singulares inerentes ao estilo de vida pessoal ou dos pequenos grupos aos quais o indivíduo pertence. (CASTELLANOS, 1998^[58]: 84)

Existe uma relação entre processo saúde-doença, o modo de vida de uma sociedade em cada momento histórico, as condições de vida e os processos que as reproduzem ou transformam, e o estilo de vida – que além dos aspectos culturais, valores e prioridades definidas pelos grupos, inclui as oportunidades para se fazer escolhas.

A vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação de saúde, de modo que esses três níveis de interação – modo de vida, condições de vida e estilos de vida – não devem ser entendidos como a influência de processos externos à biologia humana, como se o processo saúde-doença fosse a expressão biológica dos processos sociais. Pelo contrário, tratam-se de interações

biológico-sociais que se manifestam em diferentes níveis e processos de âmbito individual, de grupo ou de toda a sociedade (CASTELLANOS, 1998^[58]).

Essa forma de compreender a determinação do processo saúde-doença requer uma reformulação do agir em saúde tradicionalmente caracterizado por tratar o público-alvo como objeto de transformação, como se fossem os sujeitos que deveriam mudar e não as situações de desigualdade. A saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde-doença uma forma de representação da inserção humana no mundo. Quando se compreende a saúde não como um fenômeno individual, mas como uma conquista coletiva, a responsabilidade pelo estado de doença também já não é mais individual.

Wilkinson & Marmot (2003^[59]) sistematizam o conhecimento acumulado sobre a determinação social da saúde cujas teses principais apontam para os efeitos danosos da pobreza, da desigualdade e da exclusão social, que se fazem notar no desenvolvimento infantil com repercussões para a vida adulta e na imposição de sofrimento psíquico e de agravos à saúde com riscos crescentes de morte prematura. Assinalam também as conseqüências do stress causado por circunstâncias psicológicas e/ou sociais, incluindo aquelas que derivam das condições de trabalho e emprego, com agravamento do risco de adoecimento. No conjunto amplo de fatores sociais, destacam-se as evidências que afirmam o caráter positivo das redes de apoio social no reforço da auto-estima, da auto-eficácia, da legitimidade política, da coesão social e da sensação de pertencimento com importantes efeitos para a promoção da saúde.

Cada uma das teses formuladas e suas evidências têm conseqüências nas políticas públicas que devem ser adotadas. O tratamento das demandas e dos problemas vivenciados pelas pessoas exige uma visão integrada dos vários aspectos e processos que constituem suas vidas – saúde, emprego, educação, habitação, liberdade política, dentre outros.

As iniquidades que se verificam nas condições de saúde da população e no acesso aos serviços de saúde e a outros serviços públicos que influenciam na situação de saúde têm sido alvo dos estudos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), no bojo de um movimento mundial em torno desse tema, proposto pela OMS.

Dentre os modelos construídos por diferentes autores com o objetivo de explicar esquematicamente as relações e mediações entre os níveis de determinantes sociais de saúde e a gênese das iniquidades, a CNDSS fez escolha por aquele elaborado por Dahlgren e Whitehead (1991 *apud* CDSS, 2005^[54]), tendo em vista sua simplicidade – facilitando sua compreensão – e clara representação gráfica dos diversos determinantes sociais de saúde. Faça a mesma opção no âmbito do presente estudo, por admitir seu potencial esquemático

para evidenciar a inter-relação e a influência recíproca dos quatro níveis das políticas: fortalecimento dos indivíduos; fortalecimento das comunidades; melhoria do acesso a locais e serviços essenciais; encorajamento macro-econômico e mudanças culturais – relacionando-se a aspectos-chave da temática investigada, quais sejam: as estratégias de capacitação, mediação e defesa da saúde.

Como pode ser visto na Figura 2, a seguir, o modelo de Dahlgren e Whitehead dispõe os determinantes sociais de saúde em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde estão situados os macrodeterminantes. Estão aí supostos fatores biológicos, sócio-culturais, econômicos, ambientais e institucionais que atuam em diferentes níveis hierárquicos de causalidade, tendo em vista que a cadeia de acontecimentos que conduzem a um certo resultado de saúde inclui tanto causas proximais quanto distais.



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991 apud CDSS, 2005^[54])

Figura 2– Determinantes Sociais da Saúde – modelo de Dahlgren e Whitehead

No centro do modelo estão situados os indivíduos, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos – peculiaridades que têm influência direta sobre o potencial e as condições de saúde pessoais.

Na camada adjacente, que faz interface entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde, aparece o estilo de vida, reconhecendo-se que os comportamentos pessoais são influenciados por fatores sociais e ambientais, estando intimamente ligados aos valores, às prioridades e às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e econômicas específicas. Assim, mais do que responsabilidade individual, os comportamentos e estilos de vida são compreendidos como fazendo parte dos determinantes sociais da saúde.

Afigura-se, aí, um primeiro nível de intervenção das políticas voltadas para minimizar os diferenciais de determinantes sociais de saúde originados pelas posições sociais de indivíduos e grupos. O foco é o fortalecimento dos indivíduos mediante estratégias que visam construir o conhecimento, a motivação, a competência e as habilidades que favoreçam opções saudáveis em relação aos fatores de risco pessoais, ou reforçar a resiliência para lidar com os desgastes causados por danos advindos de outras camadas de influência.

Assume lugar importante nesse campo de atuação a formação de redes de apoio social ou o apoio mútuo, caracterizadas pela oferta de informações e apoios por parte de grupos e/ou pessoas já conhecidas, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco que beneficia tanto quem recebe como quem oferece o apoio, permitindo dessa forma que ambos tenham mais sentido de controle sobre suas vidas, fortalecendo o capital social (VALLA & STOTZ, 2000^[60]).

A camada seguinte assinala a influência das redes comunitárias e de apoio social, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social. O segundo nível de intervenção das políticas, aí apontado, é o fortalecimento das comunidades – especialmente os grupos vulneráveis –, no sentido de desenvolvimento e/ou reforço dos laços de coesão social e das relações de solidariedade; além da capacidade de organização e participação ativa nas decisões da vida social.

Os fatores associados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais – como saúde e educação – estão representados no nível imediatamente subsequente. No âmbito das políticas, revela a necessidade e a importância da cooperação intersetorial por meio do desenvolvimento de programas ou ações integradas voltadas para a melhoria das condições físicas e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, assegurando um melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, emprego seguro e realizador, alimentos saudáveis e nutritivos, serviços essenciais de saúde, serviços educacionais e bem-estar.

Exemplos de intervenção-chave com efeito simultâneo em diferentes dimensões são dados por Burlandy (2003^[61]): i) o investimento em educação de adultos, que tem impacto na saúde da família – principalmente das crianças –, na vulnerabilidade à pobreza, na produtividade do trabalho e, quando aliado a transformações na estrutura produtiva, reforça a capacidade de competitividade dos países no mercado internacional; ii) o desenvolvimento de ações de apoio à produção de pequeno e médio porte e à comercialização de alimentos, que impactam as condições de trabalho e renda das famílias mais vulneráveis, com implicações no

quadro de saúde, e ao mesmo tempo reduzem os gastos com alimentação dos grupos populacionais que passam a adquirir os alimentos a um custo mais baixo.

No nível mais distal, estão colocados os macrodeterminantes referentes às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, que exercem grande influência sobre as demais camadas representadas, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. Nessa dimensão, as mudanças pretendidas referem-se à diminuição da pobreza e aos efeitos mais amplos das desigualdades sobre a sociedade, promovendo o desenvolvimento sustentável mediante políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, a promoção de oportunidades iguais, o encorajamento dos valores culturais de paz e solidariedade, além da proteção ambiental através do controle de ameaças ao ambiente em nível nacional e internacional (CDSS, 2005^[54]; BUSS & PELLEGRINI FILHO 2007^[51]).

As intervenções sobre os determinantes sociais da saúde com o objetivo de promover a equidade requerem contemplar diversos níveis assinalados no modelo de Dahlgreen e Whitehead, ou seja, devem incidir sobre os determinantes proximais – vinculados aos comportamentos individuais –, intermediários – relacionados às condições de vida e trabalho – e distais, referentes à macro-estrutura econômica, social e cultural.

Os diversos modelos de determinantes sociais estudados indicam como aspectos centrais a ação intersetorial e o fortalecimento do processo democrático de definição dessas políticas, multiplicando os atores envolvidos, os espaços e oportunidades de interação entre eles e garantindo a instrumentalização de sua participação com o acesso equitativo a informações e conhecimentos pertinentes (CDSS, 2005^[54]; BUSS & PELEGRINI FILHO, 2007^[51]; SOLAR & IRWIN, 2006^[62]).

Apoiando-se nos resultados da revisão feita com o objetivo de identificar programas e ações voltados para a intervenção sobre questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde – tanto em termos das diretrizes político-programáticas quanto orçamentárias –, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde propõe em seu relatório final institucionalizar um processo sustentável de coordenação das ações intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde, capaz de superar os problemas de baixa articulação entre políticas, programas e ações, conforme evidenciada no escopo do estudo implementado (CNDSS/ OMS, 2008^[15]).

Tais conclusões confirmam estudos no campo das políticas públicas, que identificam como característica marcante das estruturas de proteção social nos países latino-americanos – e especialmente no Brasil – um forte caráter fragmentário e setorial, em detrimento de ações de caráter mais estratégico e abrangente que impliquem em alteração na distribuição dos

recursos de poder entre setores e entre níveis de governo (SANTOS, 1997^[63]; BURLANDY, 2003^[61]). Reconhecem igualmente que, em contextos onde o poder é disperso e fragmentado, se faz necessária a existência de uma estrutura que conecte os atores promovendo articulação entre eles – até no sentido de evitar a superposição de ações e clientela e potencializar os recursos setoriais, incluindo o contexto de implementação local dos programas.

Nessa perspectiva, o Relatório recomenda que

num primeiro momento, seja dada prioridade às ações intersetoriais relacionadas à *promoção da saúde na infância e adolescência* e ao fortalecimento das *redes de municípios saudáveis* já existentes no país, por meio de um programa continuado de disseminação seletiva de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências relacionadas aos DSS. Ademais, propõe-se o **fortalecimento de duas outras estratégias da promoção da saúde**, experimentadas com sucesso em diferentes contextos: as *escolas promotoras da saúde* e os *ambientes de trabalho saudáveis*. (CNDSS/OMS, 2008^[15]: 143 – grifos nossos)

Os determinantes sócio-econômicos do processo saúde-doença se constituem, assim, em um referencial analítico indispensável à Promoção da Saúde, que propõe o redimensionamento das estratégias focalizadas no perfil da atenção médica no sentido do desenho de políticas públicas, de programas e intervenções voltados para a melhoria da qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2004^[64]).

Assumir as desigualdades sociais como principal entrave à saúde e à vida com qualidade para todos e estabelecer como meta a equidade impõe que a ação estatal se mova em função de objetivos que transcendem os interesses particulares e se ocupe de problemas que têm uma natureza complexa, com determinantes interrelacionados, demandando uma visão integrada dos problemas sociais. E para que as intervenções tenham sustentabilidade, se faz necessário que tais objetivos correlatos integrem a própria política de desenvolvimento mais ampla do país e não apenas alguns espaços setoriais de intervenção.

No escopo doutrinário da promoção da saúde, a construção da saúde e da vida com dignidade supõe a construção de políticas públicas saudáveis, que

chama a atenção para a responsabilização compartilhada entre o setor público e o setor privado, incorpora a proposta de estabelecimento de parcerias entre os diversos setores e enfatiza a capacidade de pessoas e grupos se mobilizarem e se organizarem para o desencadeamento de ações políticas coletivas voltadas à intervenção sobre os determinantes da saúde em diferentes contextos e territórios. (TEIXEIRA, 2004^[48]: 40)

Os valores subjacentes à construção de políticas públicas saudáveis – ou seja, o direito à saúde, a defesa da vida, a luta pela justiça social e a ressignificação dos ideais de participação política e solidariedade social – requer a superação da fragmentação característica do Estado moderno, institucionalizando processos de planejamento e gestão dinâmicos e flexíveis “em que a administração dos conflitos na discussão dos recursos de

poder seja guiada pela imposição ética do caráter público dessas mesmas políticas, saudáveis porque objetivam a construção do bem estar social” (BRASIL/ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002^[65]: 27). Resulta daí um novo processo de interlocução e decisão públicas.

As transformações do espaço público na direção da esfera pública democrática, caracterizada pela presença ativa do sujeito social são estudadas por Habermas (1984^[66]; 1990^[67]), que introduz e opera com esse conceito abordando a constituição de um espaço público para decidir sobre questões relativas à coletividade, onde todos possam participar. Na visão habermasiana, a esfera pública é o espaço onde transitam os mais diversos atores – cada qual defendendo seus interesses – conformando-se, assim, como espaço de disputa entre os princípios divergentes de organização da sociabilidade.

A esfera pública é configurada como um espaço de mediação entre o campo das relações privadas e o poder público, constituindo-se como instância deliberativa e legitimadora do poder político. É no espaço social que a sociedade exerce o poder social comunicativamente, de maneira igualitária, para gerar opiniões sobre o bem comum.

Ultrapassando a dicotomia estatal/ privado, observa-se uma difusão do poder centralizado do Estado, que então compartilha a sua autoridade – sua capacidade institucional de impor uma decisão – com uma rede de atores e instituições que atuam como mediadores políticos, quando vocalizam demandas coletivas que necessitam confluir para arenas públicas de interlocução, em que diferentes projetos possam ser debatidos e negociados, criando-se condições para a explicitação dos conflitos e viabilização de consensos.

A transferência de poder com a descentralização abre novos espaços de interlocução e negociação em torno de decisões públicas a um grande número de atores sociais, criando a possibilidade de constituir uma rede de relações entre os agentes envolvidos, onde cada um faz valer sua identidade e autonomia, mas segundo uma lógica da esfera pública, isto é, o âmbito do interesse coletivo discursivamente formado no seu interior, que não se esgota nem no aparato estatal, nem na dimensão dos interesses privados (HABERMAS, 1984^[66]; 1990^[67]).

Historicamente, as políticas públicas de saúde têm exercido um papel protagônico na formação das noções de cidadania, na construção dos Estados Nacionais e das burocracias públicas e nas mudanças nas relações entre estado e sociedade (LIMA *et al*, 2006^[68]). Em nosso país, a Reforma Sanitária é paradigmática para a reflexão sobre as forças presentes na esfera pública que definem essas relações, legitimando a incorporação ativa da sociedade civil como estratégia de construção da democracia e da cidadania, implicando a própria democratização do Estado (GRAU, 1996^[69]; MARTINS, 1996^[70]).

O SUS integrou novos atores aos seus espaços decisórios e de negociação – Conselhos e Comissões –, incorporando inúmeros centros de poder à arena política. Diferentes atores passam a tomar parte nas definições da política, tendo em vista o processo de descentralização da área, envolvendo mudanças na articulação entre estado e sociedade, entre o poder público e a realidade social. O Estado deixa de ser o único responsável pelas soluções dos problemas sociais, mesmo que tenha como sua competência a garantia aos cidadãos dos seus direitos sociais, assegurando a prevalência do interesse coletivo.

As redes intersetoriais não só podem integrar os diversos equipamentos públicos existentes em um dado espaço geográfico, como incluir outros parceiros autônomos da sociedade civil, organizações não-governamentais, conselhos e espaços de interlocução, de modo a potencializar os resultados para um dado grupo populacional. “No lugar de um centro político, emergem diferentes nodos de poder, que se correlacionam assimetricamente, todos necessários à existência da rede” (BURLANDY, 2003^[61]: 34).

Essa idéia conforma uma concepção de intersetorialidade que a define como

uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral. (JUNQUEIRA *et al*, 1997^[71]: 81).

Nesse processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas, cabe ao Estado a responsabilidade de reduzir as diferenças, assegurar a igualdade de oportunidades e promover os meios que permitam provocar melhorias na qualidade de vida por meio do aumento da capacidade de controle de indivíduos e grupos sobre os determinantes da saúde (BUSS, 2000^[9]). O que se espera, é um compartilhamento de conhecimentos, ações e responsabilidades, reconhecendo-se que há co-responsabilidade pelos contextos produzidos – ainda que as cotas de responsabilidades sejam moduladas pelas cotas de poder, que são heterogêneas.

A ação intersetorial aparece, assim, como instrumento de ação política. Conforme assinala Tesoriero, (2002^[16]: 61), “participação e parceria com o público são os meios pelos quais os cidadãos adquirem e exercem poder em processos de mudança”.

Na operacionalização da promoção da saúde, um dos principais objetivos na ação intersetorial é conseguir uma maior sensibilização com relação às consequências para a saúde das decisões políticas e práticas organizacionais em diferentes setores, e assim, mover-se na direção de políticas públicas e práticas saudáveis destinadas a garantir as condições básicas e recursos fundamentais indispensáveis à melhoria da qualidade de vida da população (WHO, 1995^[40]).

3 PLURALIDADE DE OLHARES SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A falta de clareza a respeito dos valores contidos nos diferentes projetos tem sido considerada um dos principais pontos problemáticos para a consolidação da Promoção da Saúde, verificando-se ambigüidades na incorporação das variadas categorias conceituais que constituem seu arcabouço teórico. Com prejuízos para a precisão conceitual, tais pressupostos são incorporados indistintamente pelas diferentes correntes, sem que haja, necessariamente, uma reflexão acerca da filiação teórica ou dos princípios filosóficos desses constructos (CAPLAN, 1993^[72]; TERRIS, 1996^[21]; BUSS, 2003^[18]; CZERESNIA, 2003^[73]).

O imbricamento da educação em saúde com a promoção da saúde parece remontar à origem desta como campo ético-teórico-político. Kickbush (1996^[26]) relata que nos anos 80, a discussão sobre promoção da saúde foi impulsionada pela constituição de um grupo de trabalho da OMS (Oficina Regional para a Europa), cujo objetivo era planejar o programa de educação em saúde para os quatro anos subseqüentes. Assinala que a idéia não era fazer da promoção da saúde uma seção de educação em saúde ou um nome alternativo para esta. Partia-se, sim, do reconhecimento de que a educação em saúde isolada de medidas de caráter estrutural não poderia resultar nas mudanças radicais requeridas.

No contexto das discussões, figurava o desafio de definir metas para a ação política e não apenas para o comportamento individual. No lugar de estabelecer diretrizes voltadas para os fatores de risco, defendeu-se uma perspectiva holística da promoção da saúde, estabelecendo-se cinco metas que refletiam um novo tipo de enfoque sobre *estilos de vida*, posto que referidas às mudanças nas políticas públicas e na promoção de entornos saudáveis, além de ações de informação e educação, baseadas na compreensão das circunstâncias complexas, de caráter social, que condicionam os estilos de vida e caracterizam os chamados comportamentos de risco como “sintomas” de processos mais graves. Tais metas se complementavam com duas outras precedentes nesse documento político da Oficina Regional da OMS, direcionadas à redução das desigualdades e ao desenvolvimento do potencial de saúde.

Dessa forma, uma política de promoção da saúde “restabeleceria os laços existentes entre saúde e bem-estar social, entre a qualidade de vida coletiva e individual” (KICKBUSH 1996^[26]: 24). Mas a tensão individual/ coletivo parece ser uma constante na configuração do campo.

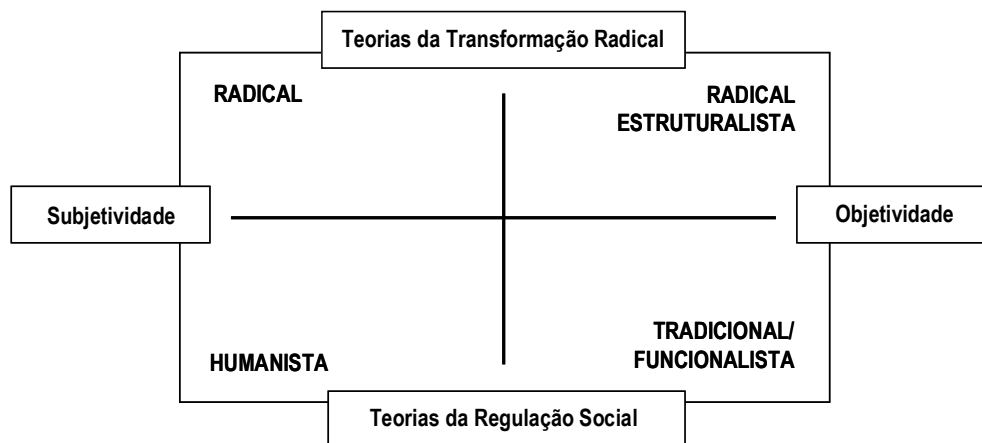
Na classificação feita por Sutherland & Fulton (1992 *apud* BUSS, 2003^[18]), evidenciam-se dois grandes grupos de conceituações e respectivas correntes de práticas: i) uma delas prioriza as mudanças de comportamento ou estilos de vida, mediante programas focados primariamente na intervenção sobre riscos que estão, ainda que parcialmente, sob controle dos indivíduos; ii) a outra, amplia o campo de ação para uma dimensão sócio-política, supondo o engajamento de diferentes atores e o envolvimento de diversos setores no desenvolvimento de ações integradas voltadas para o coletivo dos indivíduos e para o ambiente em uma perspectiva ampla.

Terris (1996^[21]) pondera que a origem das confusões em torno da promoção da saúde estaria na publicação do Relatório 'Healthy People 1979', em que o Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar do governo dos Estados Unidos estabelece os objetivos setoriais, reconhecendo a necessidade de se reexaminar as prioridades dos gastos em saúde do país, que deveriam estar voltadas predominantemente para a prevenção e não para o tratamento das doenças.

De forma semelhante ao Relatório Lalonde, o Relatório 'Healthy People 1979' imprime ênfase nos fatores de risco epidemiológico como forma de se explicar e enfrentar os problemas de saúde, e faz associação da promoção da saúde à mudança de estilos de vida para manter e melhorar o estado de bem-estar. A significação, nesse último documento, da prevenção como proteção das pessoas contra os riscos ambientais teria ainda reforçado a confusão. Por serem esses os primeiros documentos oficiais a adotar a expressão promoção da saúde, parecem ter contribuído marcadamente para as imprecisões conceituais na condução das políticas e programas.

Entendo, contudo, que a tensão entre a ênfase na dimensão individual ou coletiva nos diferentes modelos remete-se ao campo epistemológico, importando considerar os pressupostos teórico-conceituais que embasam essas correntes a fim de identificar e compreender suas implicações na modulação das diferentes formas de conduzir a mediação entre setores, organizações, sujeitos e saberes.

Nesse esforço de compreensão, Russerl Caplan (1993^[72]) propõe um mapa teórico inspirado no modelo formulado por Burrell e Morgan (1979^[74]) para análise das teorias sociais. Parte-se do princípio de que toda teoria está baseada numa filosofia de ciência e numa teoria da sociedade, sendo possível analisar as diferentes correntes de práticas sob essas duas dimensões, conforme esquematizado na Figura 3, a seguir.



Fonte: adaptado de Burrell e Morgan (1979)

Figura 3 – Diagrama de paradigmas de análise social

O plano horizontal representa um *continuum* entre as categorias subjetivo e objetivo, relativas à natureza do saber em que um modelo teórico-conceitual se fundamenta. O pólo esquerdo denota um caráter científico subjetivo, que concebe a realidade como fruto de uma construção social calcada nas interações estabelecidas entre indivíduos e grupos sociais. Supõe uma idéia de causalidade não linear, que incorpora a complexidade e a variação dos pontos de vista dos atores sociais implicados na construção dessa mesma realidade.

No que se refere à compreensão do processo saúde-doença, os modelos teóricos que se aproximam do pólo subjetivo, enfatizam as manifestações simbólicas, subjetivas e culturais na experiência de adoecimento. Numa perspectiva mais extrema, “a doença é muitas vezes destituída de objetividade e reduzida a mera invenção social, mera ideologia” de cuja construção a medicina participa “a partir de categorias cognitivas, socialmente dadas, que manipula” (CARVALHO, 1996^[75]: 112).

No pólo oposto, localiza-se a posição objetiva que procura examinar regularidades e relações de causalidade que levam a generalizações e princípios universais, privilegiando evidências empiricamente observáveis, tal como o modelo biomédico. Esse enfoque também tem suas repercussões na forma de definir os problemas de saúde e compreender sua determinação, estabelecendo uma relação causal linear e mecânica, em que o comportamento aparece como fenômeno individual objetivo.

A segunda dimensão de análise, representada na linha vertical do esquema, refere-se aos pressupostos existentes acerca da natureza da sociedade: regulação ou mudança radical. As idéias associadas às teorias da regulação explicam a sociedade como predominantemente estável e integrada, buscando entender por que mecanismos é possível manter essa tendência à unidade e coesão, no sentido da harmonia social.

Com relação ao campo da saúde, essa visão se expressa em uma forma de conceber a doença como resultado do comportamento pessoal ou estilo de vida individual. Também se associa a uma forma de encaminhar a mediação intersetorial baseada na busca de consensos, como se fosse natural chegar a uma identificação única, uniformemente compartilhada, dos problemas de saúde prioritários e a um nível comum de compreensão acerca da ação que deve ser encaminhada.

Frente à predominância das políticas neoliberais, essa visão pode acabar endossando práticas que perpetuam as iniquidades em saúde, sob a capa de um discurso acerca das parcerias como cooperação e integração social que camufla pressupostos de regulação e manutenção do *status quo*.

Em contrapartida, as teorias da mudança radical atribuem maior dinamicidade à natureza da sociedade, concebendo a existência de conflitos entre classes ou grupos sociais. Nesse enfoque, conjectura-se que, no lugar de forças de continuidade e regulação, as relações sociais são predominantemente condicionadas por pressões contraditórias, objetivando transformações.

A combinação dessas duas dimensões (subjetividade/ objetividade – regulação/ mudança radical) resulta em quatro paradigmas contíguos, mas distintos – os quadrantes representados no esquema – aos quais Caplan associa uma tipologia de enfoques constituintes de diferentes correntes de práticas em promoção da saúde: funcionalista, humanista, radical e radical estruturalista.

Estar localizado em um determinado paradigma implica ver o mundo a partir de uma ótica específica embasada em pressupostos sobre a natureza da ciência e da sociedade. Implica, portanto, ter uma posição ontológica, epistemológica e metodológica e uma visão específica da natureza humana e do mundo que repercute na organização das práticas.

Em sua análise, Caplan busca elucidar os pressupostos que subjazem às diferentes propostas de promoção da saúde quanto a aspectos-chave presentes na Carta de Ottawa: o desenvolvimento de habilidades pessoais, a construção de políticas públicas saudáveis e o desenvolvimento da articulação comunitária.

Percebe-se a predominância da ótica individualista nas propostas apoiadas sobre teorias que estão no espectro dos paradigmas funcionalista e humanista, representados no esquema de Caplan pelos quadrantes regulatório objetivista e regulatório subjetivista respectivamente.

Esse par de paradigmas tem em comum uma compreensão reguladora da sociedade, mas diferenciam-se por opostas visões da realidade. Para o paradigma funcionalista, a realidade social é composta de fatos concretos, externos aos indivíduos, sendo produto de leis

e modos de regulação que condicionam a ação individual, segundo o interesse comum de harmonia social. Esse enfoque orienta uma forma de conceber os problemas de saúde como sendo resultantes de comportamentos inadequados (irresponsáveis) e estilos de vida danosos, ou decorrentes de falhas ou processos patológicos do ponto de vista ambiental ou organizacional.

Ou seja, é a transposição para as questões dos estilos de vida da racionalidade peculiar às ciências naturais, baseada no estabelecimento de relações causais padronizadas, freqüentemente focadas na exposição individual a agentes ambientais (como microorganismos e toxinas). No nível dos estilos de vida, costuma envolver a identificação de fatores de risco individuais e comportamentos, visando ao estabelecimento de relações lineares de causa e efeito entre esses fatores e a incidência de doença e morte.

Os objetivos das ações sanitárias, nessa abordagem, estão voltados, portanto, para mudança de comportamento mediante ações educativas ou para modificações administrativas, legislativas e ambientais que, em última instância, visam igualmente impactar as condutas individuais relacionados com a saúde, numa perspectiva adaptativa. Não são problematizadas as determinações de caráter político-econômico, tendo em vista o pressuposto de manutenção do *status quo*. Desloca-se, assim, do objetivismo do comportamento individual para o objetivismo da política pública, então entendida como estando fora do controle dos indivíduos.

A essa forma de pensar e atuar em saúde direcionam-se as críticas relacionadas à hegemonia dos estudos de risco como fundamentos para recomendações coletivas de comportamentos e práticas saudáveis, questionando a relação entre epidemiologia e promoção da saúde.

Czeresnia (2001^[76]; 2003^[73]) alerta para os limites do modelo epidemiológico de risco, explicitando os efeitos da abstração do fenômeno estudado mediante a construção de uma representação que reduz sua complexidade. Desconsidera-se a dimensão do tempo enquanto história e, na pretensão de extrair características universais e generalizáveis, se deixa de apreender o movimento e a diversidade das populações humanas.

Além disso, ao realizar a inferência da causalidade com base no efeito causal médio, opera uma redução tanto do ponto de vista individual quanto coletivo, desconsiderando as relações sociais que produzem representações, comportamentos, saberes e modos de vida.

Na esteira dessa discussão sobre os conhecimentos que informam a promoção da saúde, problematizam-se os efeitos da adoção do conceito de risco, o qual produziu um deslocamento importante nas práticas de prevenção e subsidiam modelos comportamentais de

caráter conservador na promoção da saúde. O risco não surge da presença de um perigo localizado em um indivíduo ou grupo concreto. Como afirma Robert Castel, “trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa, do que de antecipar todas as figuras possíveis de irrupção do perigo” (CASTEL, 1987^[77]: 127).

Para além de representar uma série de noções sobre saúde e controle de perigos futuros, pressupõe formas de regulação do corpo e da vida, bem como a moralização das práticas individuais cotidianas. Luis David Castiel assinala que há

Aspectos morais veiculados pela idéia de risco – é preciso perceber que as correspondentes estimativas probabilísticas não carregam padrões morais abertamente, mas disfarçada sob a capa de uma moralidade causal (quantitativa e conceitual) implícita. E, portanto, muito mais perigosa. Como diz Beck: ‘afirmações sobre risco são afirmações morais de uma sociedade cientificizada’. (CASTIEL, 1994^[78]: 155)

Sociólogos como Ulrich Beck (1993^[79]) e Anthony Giddens (1991^[80]) são referências fundamentais para entender os deslocamentos que vêm ocorrendo na sociedade. Beck introduz o conceito de *sociedade de risco*, considerando que o projeto da modernidade tardia implica a gestão dos riscos – e não mais a gestão da vida.

Para esse autor, a individualização que se opera na sociedade contemporânea não se refere mais à identificação do singular na massa – decorrente dos processos classificatórios da sociedade disciplinar – mas se trata, sim, da singularização por meio da *destraditionalização*. O dinamismo da modernidade estaria determinando transformações nas instituições tradicionais – família, trabalho e educação – que fazem com que “as biografias tornem-se projetos reflexivos e, como tal, processos centrais na constituição da subjetividade contemporânea” (SPINK, 2001^[81]: 1281).

Giddens segue de perto essa tese, pontuando que um resultado direto da globalização é a emergência de uma *ordem social pós-tradicional*, caracterizada por um tempo em que a tradição, enquanto exemplo de conduta, perde espaço e os sujeitos passam a escolher sobre seus destinos, sem a imposição de seguir os valores e modos tradicionais. No texto do autor: “Uma ordem pós-tradicional não é uma ordem na qual a tradição tenha desaparecido – longe disso. É uma ordem em que a tradição muda de status. As tradições devem explicar-se, tornar-se abertas à interrogação ou ao discurso” (GIDDENS, 1994^[82]:39).

A sociedade pós-tradicional de Giddens está intimamente ligada à idéia de reflexividade, que nas culturas que precederam a era moderna, existia subordinada às tradições. Mas

Com o advento da modernidade, a reflexividade assume um caráter diferente. Ela é introduzida na própria base de reprodução do sistema, de forma que o pensamento e a ação estão constantemente refratados entre si. (...) A reflexividade da vida social moderna consiste no fato de que as práticas sociais são constantemente examinadas e

reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter. (GIDDENS, 1991^[82]: 45)

A reflexividade perpassa a nossa vida cotidiana e mais que uma forma de pensar, é um modo de vida. O advento da modernidade é indissociável da emergência de uma concepção de sujeito autoconsciente de suas possibilidades de identificar os riscos e de gerenciá-los. O indivíduo moderno é concebido como senhor de seu próprio destino, dono de sua biografia e identidade, exercendo sua autonomia por meio da capacidade de realizar, ativa e livremente, escolhas informadas que minimizam riscos.

A ênfase se desloca dos mecanismos de disciplinamento dos indivíduos de acordo com regras definidas, para as estratégias que se voltam para vigiar e antecipar a emergência de eventos e comportamentos indesejáveis. Trata-se de um controle que se exerce não pela coerção, mas por uma “mobilização voluntária” cujas estratégias se valem do mesmo recurso que fundamenta a capacidade reflexiva, ou seja, a informação (CHEVITARESE & PEDRO, 2005^[83]).

A atividade reflexiva implica interação e confiança cada vez maiores em sistemas abstratos que, baseados no conhecimento científico, orientam as escolhas mediante cálculos de risco e de oportunidade.

Assim, a cultura do risco engendra um modo próprio de produção de subjetividade na atualidade, de maneira que “o indivíduo se constitui como autônomo e responsável através da interiorização do discurso do risco” (ORTEGA, 2003^[84]: 64), que assume a dimensão de elemento chave na tomada de decisão.

Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna. Uma característica fundamental dessa atividade é a autoperitagem. (...) Na base desse processo está a compreensão do self como um projeto reflexivo. (...) A reflexividade é o processo de taxaço contínua de informação e peritagem sobre nós mesmos. (ORTEGA, 2003^[84]: 64)

Nesse contexto, uma das críticas feitas à promoção da saúde refere-se a sua via conservadora que tem na gestão dos riscos um objetivo central, conduzindo técnicas persuasivas que fazem circular o tema da saúde, nos dizendo que sua manutenção, a longevidade e o bem-estar de modo geral dependem, sobretudo, de condutas pessoais de cuidado de si.

Nessa perspectiva individualizante, pautada em uma lógica comportamental, a promoção da saúde, no lugar de preservar a capacidade de lidar bem com a vida em todos os seus ciclos, reforçaria o narcisismo contemporâneo, reduzindo-se a práticas normativas de novos consumos em saúde com estímulo à obsessão pela saúde perfeita e ao culto ao corpo

encerrado em propósitos estéticos, tais como referidos por Nogueira com os termos higiomania e somatolatria:

A higiomania e a somatolatria constituem a orientação predominante numa enorme quantidade de revistas, livros e sites da internet dedicados ao assunto. De sua parte, a nova saúde pública e os organismos internacionais da área procuram difundir a filosofia de promoção da saúde, que tem propósito muito similar à adoção dos chamados hábitos ou estilos de vida saudáveis. Podemos perguntar, então, em que aspectos ou orientações, a promoção da saúde distingue-se da voga da higiomania, ou seja, se ela tem, acerca da saúde, uma visão diferente. (NOGUEIRA, 2001^[85]: 65)

Czeresnia (2001^[76], 2004^[86]) chama atenção para a importância de se questionar a base que constrói a idéia de autonomia dos sujeitos por meio dos discursos e das práticas que se voltam à capacitação para escolha informada de riscos à saúde, calculados com base no conhecimento científico. Seria essa uma “estranha autonomia”, como assinala Ortega (2003^[84]), que faz apelo à vigilância e ao cuidado ascético de si, numa produção de projetos de estilo de vida suportados por um consumismo institucionalizado, validado por uma ideologia política liberal. Uma autonomia regulada, portanto, “mais adequada à perspectiva de livre escolha de sociedades neoliberais, que enfatizam o mercado como regulador da atividade econômica” (CZERESNIA, 2001^[76]: 5).

Estratégias políticas dessa natureza alimentam também as críticas que identificam na promoção da saúde um meio de direcionar os indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde, legitimando ideologicamente a retração das políticas sociais do Estado, segundo uma ótica neoliberal fundada na idéia de que cidadãos são atores racionais, autônomos e que o Estado deve intervir o mínimo possível nos assuntos privados e no bem-estar dos cidadãos.

Discutindo os fundamentos conceituais da capacitação (empoderamento) e da participação comunitária na promoção da saúde, Castiel assinala que

Os modelos comportamentais de caráter conservador que postulam o 'empoderamento psicológico' dos indivíduos – no sentido de capacitação pela exposição a informações de modo a proporcionar sensação de controle das situações – também se baseiam no 'conhecimento' como veículo central para levar os humanos – seres racionais – a fazerem escolhas conscientes. Esta perspectiva iluminista também percorre modelos oficiais de participação comunitária. (CASTIEL, 2004^[87]: 618)

Retomando o mapa teórico de Russerl Caplan, é possível identificar no paradigma humanista o fundamento para uma atuação direcionada ao empoderamento psicológico, baseada no fortalecimento da auto-estima e em mecanismos de apoio mútuo, segundo metas pré-definidas de comportamento saudável.

Tal paradigma, fruto da interseção entre regulação e subjetivismo, sustenta-se numa concepção da realidade social como fruto da construção humana em um processo simbólico de interação e negociação entre os diversos grupos sociais, que interpretam a realidade segundo valores e representações característicos de seus padrões sócio-culturais.

O pressuposto da integração e harmonia social aí embutido limita as possibilidades de uma atuação voltada para as causas e conseqüências de caráter político e econômico, fazendo com que a tônica das ações em saúde estejam voltadas para o desenvolvimento de uma “consciência sanitária”, conforme o objetivo de se alcançar uma relação saudável do indivíduo com o seu meio externo. Na mediação de interesses conflitantes, busca-se a construção do consenso, que exige negociação e concertação social.

Carvalho (2004^[88]: 1090) define empoderamento psicológico como “um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas”. O que está em jogo, portanto, não é o poder real, mas o sentimento de poder que criaria a ilusão de sua existência efetiva, enquanto as políticas e práticas macrossociais permanecem intocadas.

Mas desde a estruturação do ideário da promoção da saúde registra-se a preocupação com o risco dos programas dirigirem-se a indivíduos em detrimento do enfrentamento dos problemas econômicos e sociais, assim como com a possibilidade de os recursos para a saúde não estarem acessíveis para as pessoas de modo sensível as suas expectativas, crenças, preferências ou habilidades – o que pode ampliar as desigualdades sociais. No documento intitulado *Conceitos e Princípios da Promoção da Saúde* (WHO, 1984^[36]), alerta-se para o fato de que “A informação pura e simples é inadequada; conscientizar sem aumentar o controle ou as perspectivas de mudanças só serve para gerar ansiedade e sentimento de impotência” (WHO, 1984^[36]: 4).

Percebe-se que o empoderamento psicológico, ao ignorar o contexto político e histórico em que as pessoas atuam, é insuficiente para instrumentalizar práticas que pretendam incidir sobre a distribuição de poder e de recursos na sociedade.

Mais condizente com a vertente sócio-ambiental da promoção da saúde é a estratégia de empoderamento comunitário, que Carvalho (2007^[89]: 74-75) conceitua com base em Rissel (1994^[90]) como “um processo em que estão presentes os seguintes elementos: a existência de um patamar elevado de ‘empowerment’ psicológico, a participação ativa na ação política pelos indivíduos e a conquista (ou possibilidade de conquista) de recursos materiais ou de poder”.

Essa é uma estratégia em que se verifica a incorporação de valores e princípios ideológicos relacionados às perspectivas radical e radical estruturalista do esquema analítico proposto por Caplan. Esses paradigmas podem ser reunidos por partilharem a concepção de que a sociedade está em constante mudança – ainda que partam de pontos de vista diferentes.

O paradigma radical é subjetivo, preocupado com a emancipação individual; enquanto o radical estruturalista é objetivo, explorando forças sociais, políticas e econômicas que dominam a ação individual.

No conceito de empoderamento comunitário convivem as noções de agenciamento humano e de determinação social apontando para o esforço de enfrentamento das causas das iniquidades em saúde. Dessa forma, admite-se um gradiente que pode ocorrer desde o nível do empoderamento individual ao da organização comunitária e da ação macropolítica, reconhecendo, ao mesmo tempo, que a politização das estratégias de promoção da saúde não reside exclusivamente na ação política direta. Contemplar o contexto social, político e econômico em que se conformam os problemas de saúde e sua solução importa em incluir o foco comunitário em associação ao individual, visando à intervenção sobre os determinantes sociais da saúde (CARVALHO, 2007^[89]).

Labonte (1994^[91]) propõe um modelo holosférico (Figura 4) para representar a forma como os diferentes níveis do gradiente de empoderamento – individual, organizacional e comunitário – se inter-relacionam e se operam, na prática, por meio de diferentes estratégias da promoção da saúde que se interconectam: i) nível interpessoal (empoderamento pessoal); ii) nível intra-grupal (desenvolvimento de pequenos grupos); iii) nível inter-grupal (organização comunitária); iv) nível inter-organizacional (coalizão para advocacia e ação política).



Fonte: traduzido de Labonte (1994).

Figura 4 – Estratégias de empoderamento

No nível individual é necessário considerar simultaneamente os aspectos subjetivos da experiência da doença e estruturais da determinação desse processo. Interliga-se à dimensão grupal, segundo o entendimento de que os níveis pessoal/ interpessoal e o sociopolítico não são contraditórios, mas sim complementares. É no grupo que os indivíduos desenvolvem

consciência crítica, ganham força e coerência no movimento de mudança e intervenção sobre a realidade.

No nível da organização comunitária, chama-se a atenção para a questão da circulação do poder como um aspecto inerente às relações sociais e a necessidade de se reconhecer que nem sempre é a lógica do consenso que vigora, mas sim, é o confronto entre forças políticas distintas que se faz necessário para a consolidação de objetivos relacionados à equidade e à justiça social.

Da mesma forma, na abordagem da mediação intersetorial, é necessário assumir que os valores e interesses dos distintos sujeitos e instituições são diversificados e muitas vezes estão em conflito – com diferenças de poder entre seus defensores – e que tais contradições e diferenças não são neutralizadas nos processos de estabelecimento de alianças. A pluralidade de representações dos problemas de saúde, a diversidade de objetivos almejados e as posições diferenciais no jogo de poder construído pelos diferentes atores sociais envolvidos caracterizam a complexidade das alianças intersetoriais, que não podem ser concebidas como se fossem lineares, seqüenciais e “naturalmente” orientadas ao consenso.

As coalizões para a advocacia e a ação política se colocam associadas e nelas a estratégia de mediação está subjacente. Profissionais de saúde e população estabelecem alianças em um processo coletivo de apreensão da realidade e busca de mudanças, que supõe, dentre outros mecanismos, a apropriação de informações técnicas e conhecimentos específicos que instrumentalizam as ações de grupos e comunidades. Como assinalam Valla (*et al*, 1993^[92]), a idéia de capacitação técnica dos movimentos populares surge dessa necessidade e aponta para a relação entre as instituições de pesquisa e ensino e a sociedade civil, em um processo de cooperação entre sujeitos e instituições na efetiva definição das políticas sociais.

Enfim, examinar o conjunto de idéias sobre saúde e promoção da saúde, na sua relação com os pressupostos, referenciais e valores que fundamentam essa estratégia, tem importância para a percepção de como os modelos gerais influenciam a formulação das agendas políticas dos diferentes setores e informam as possibilidades e limites da mediação intersetorial, admitindo a confluência de forças distintas e as contradições aí implicadas.

Nesse sentido, partilhamos com Marcondes (2007^[93]) a convicção de que as perspectivas de conflito no campo das ciências sociais e saúde oferecem importantes subsídios para a abordagem da sociedade, tal como sintetizada por Giddens (2005^[94]):

No entanto, os teóricos de conflito rejeitaram a ênfase funcionalista no consenso. Em vez disso, destacaram a importância das divisões na sociedade. Ao fazê-lo, concentram-se em questões de poder, desigualdade e luta. Eles tendem a ver a

sociedade como sendo composta de grupos distintos que perseguem seus próprios interesses. A existência de interesses separados significa que o potencial para o conflito está sempre presente e que certos grupos se beneficiarão mais do que outros. Os teóricos de conflito examinam as tensões entre grupos dominantes e desfavorecidos dentro da sociedade e buscam compreender como as relações de controle são estabelecidas e perpetuadas. (GIDDENS, 2005^[94]: 35 *apud* MARCONDES, 2007^[93]: 19)

À título de síntese, resumizamos os diferentes enfoques sobre a promoção da saúde no Quadro 1 a seguir, evidenciando os modos diferenciados de conceber a determinação do processo saúde-doença, organizar as práticas e avaliar seus efeitos.

ENFOQUES	BIOMÉDICO	COMPORTAMENTAL	SOCIOAMBIENTAL
FATORES			
Conceito de saúde	Ausência de doenças e de incapacidades.	Capacidades físico-funcionais; bem estar físico e mental dos indivíduos; estilo de vida saudável.	Processo dinâmico; bem estar bio-psico-social e espiritual; realização de aspirações e atendimento de necessidades; qualidade de vida individual e coletiva, relações sociais.
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fatores de risco fisiológicos para categorias específicas de doenças.	Condições biológicas; fatores de risco comportamentais; estilos de vida inadequados à saúde.	Condições biológicas, psicológicas, socioeconômicas, educacionais, culturais, políticas e ambientais.
Alvos para ação	Indivíduos de alto risco	Grupos de alto risco	Condições de alto risco
Principais estratégias	Vacinas; análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas; cirurgias.	Educação persuasiva e marketing social para mudanças de comportamento em prol da adoção de estilos de vida saudáveis.	Coalizões para advocacia e ação política; criação de espaços saudáveis; empoderamento mútuo de profissionais e população; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes; reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais.	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências.
Crítérios para avaliar sucesso	Decréscimo de morbidade e mortalidade.	Mudanças comportamentais e adoção de estilos de vida individuais mais saudáveis.	Melhoria de relações sociais e redes humanas mais equitativas

Fonte: adaptado de Westphal (2006^[95]) e Labonte (1996, *apud* Moysés, 2008^[96])

Quadro 1 – Sistemas explicativos sobre saúde e diferentes enfoques da promoção da saúde

No debate sobre os fundamentos e as práticas da promoção da saúde, a identificação de um viés conservador leva alguns autores (STOTZ, ARAÚJO, 2004^[97]) a questionar o seu potencial como estratégia de transformação social e de mudança das condições de saúde da população. Camargo Jr (2004^[98]) alerta que, ao propor a definição positiva de saúde como

norteadora de sua estratégia de ação, a promoção da saúde incorre “no risco de expansão ilimitada das oportunidades de intervenção sobre os indivíduos e coletivos por parte das instituições de saúde”, podendo configurar-se como uma proposta de medicalização⁴ em larga escala da sociedade, reforçando intervenções de cunho normativo (CAMARGO JR, 2004^[98]: 163). Para outros (ASSIS, 2004^[99]; MARCONDES, 2007^[93]; CARVALHO, 2007^[89]), a possibilidade de imprimir uma direção inovadora passa pelo compromisso dos agentes com uma prática libertadora, capaz de engendrar a emancipação dos sujeitos e a articulação comunitária com co-responsabilização de diferentes instâncias.

É importante notar, conforme assinala Tesoriero (2002^[16]), que onde a promoção da saúde vem sendo desenvolvida nas bases de um esforço coletivo para a mudança social, é descrita na literatura como um *movimento*. Essa descrição é significativa porque a noção de movimento social supõe uma dimensão de ação ampla para a mudança, baseada no enfrentamento de processos e instituições dominantes na sociedade. Confere-se, assim, à promoção da saúde uma representação associada à ruptura com pressupostos hegemonicamente aceitos e à capacidade de confrontar interesses dominantes que repercutem negativamente sobre a saúde dos indivíduos e coletividades.

Carvalho (1996^[75]) chama a atenção para o fato de que frente aos desafios conceituais e práticos colocados pela pós-modernidade, a saúde pública, como prática social, requer ultrapassar as prescrições normativas, impotentes contra as desigualdades sociais e de saúde, passando a “assumir abordagens que, interdisciplinares no conteúdo e intersetoriais na ação, mobilizem os recursos cognitivos e materiais necessários a seu novo escopo” (CARVALHO, 1996^[75]: 109).

Exige-se da saúde pública a superação da relação dicotômica entre objetividade e subjetividade, assumindo-se como um campo de interseção de sujeitos em três territórios: um território social, onde se confirme o compromisso com a equalização de oportunidades de saúde, com a universalidade e com a equidade; um território cultural, onde se admita o caráter aproximado e construído das categorias relacionadas ao binômio saúde-doença, sua dimensão simbólica e suas conexões com a experiência humana de estar no mundo; e um território propriamente natural, objetivo, material, onde um sujeito cognoscente se compreenda e tenha autonomia sobre sua vida, relacionando-se com esse objeto como seu possível (re)criador (CARVALHO, 1996^[75]).

⁴ Categoria construída por autores como Boltanski, Illich e Foucault e que pode ser entendida mediante duas principais vertentes: i) o ocultamento de aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, então transformados em “problemas de saúde”; ii) a desqualificação e, mesmo, expropriação da capacidade de cuidado comum às pessoas em geral, tornando-as dependentes do cuidado dispensado por profissionais, especialmente médicos.

3.1 Promoção da saúde, prevenção e educação em saúde – interfaces e distinções conceituais

É comum se admitir uma relação de distinção e de complementaridade entre a promoção da saúde e a prevenção, tomando como base uma polarização entre saúde e doença. E dessa forma, ainda que ambas assumam como meta a saúde, a prevenção o faria fixando como objetivo a ausência de doença, enquanto que a promoção estaria voltada para a maximização da saúde como conceito positivo e multidimensional (OPAS/ OMS, 1995^[100]).

Lefevre & Lefevre (2004^[101]) identificam na promoção da saúde uma nova forma de conceber a saúde como “negação da negação” (isto é, da doença), defendendo sua caracterização como um processo que busca atingir as causas mais básicas do adoecimento, do qual pretende ser uma negação radical, na medida em que implique concomitantemente na negação da atual sociedade de consumo de base tecnológica, geradora de doença. E nessa medida, descartam qualquer possibilidade de que o debate acerca da promoção da saúde se dê à margem dos discursos e práticas em torno do adoecimento.

Mas como afirmam alguns autores, a diferença não reside propriamente na oposição saúde/ doença, sendo importante qualificar a distinção desses enfoques pela referência aos paradigmas que os embasam (BUSS, 2003^[18]; CZERESNIA, 2003^[73]; AYRES, 2007^[102]).

Identifica-se no enfoque promocional uma ruptura paradigmática na forma de conceber a saúde, recusando o raciocínio causal-controlista, próprio do paradigma biomédico, em favor de outras construções discursivas relacionadas às experiências vividas de saúde e de doença (AYRES, 2007^[102]). É nisto que reside a sua diferença em relação à prevenção. Não se trata simplesmente de opor a saúde à doença, pois essas não são situações polares, inteligíveis a partir de uma mesma racionalidade. São coisas diferentes e ao mesmo tempo indissociáveis. “A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta” (CZERESNIA, 2003^[73]: 42). Relacionam-se ao mesmo campo da experiência humana, embora sejam termos que se referem a construções lingüísticas provenientes de esferas diversas de racionalidade.

O discurso preventivo está baseado no conhecimento epidemiológico moderno, com o objetivo de controlar a transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos, tendo uma atuação caracterizada por projetos de prevenção e de educação em saúde centrados na divulgação de informação científica e de

recomendações normativas direcionadas à mudança de hábitos, como formas de interromper a linha de transmissão ou controlá-la.

É certo que a utilização do conceito de risco epidemiológico em práticas de prevenção e promoção da saúde baseia-se no reconhecimento de sua operacionalidade e de seu potencial para ampliação da capacidade preditiva e de controle ou eliminação de determinados fatores de risco, com conseqüente redução de probabilidades de ocorrência de agravos e danos, por outro, supõe um olhar reducionista.

Mas também reside aí um olhar reducionista apoiado na racionalidade que procura “fatos” numa relação de causalidade linear e mecânica, que toma o todo pelas partes, ao assumir os fenômenos por alguns de seus componentes passíveis de serem isoladamente mensuráveis. Assim, quantifica-se 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” (AYRES *et al*, 2003^[103]: 127). Nesse movimento, abstrai-se a variabilidade, a complexidade e a dinâmica dos significados e das práticas sociais em que tais possibilidades de adoecimento são vividas e experienciadas, permitindo que, aplicadas aos comportamentos relacionados à saúde, tais relações de causa-efeito sejam descritas como um risco que as pessoas ou grupos decidem correr por ignorância, por irresponsabilidade ou por livre escolha (MEYER *et al*, 2006^[104]).

A prevenção das doenças é mais vinculada, portanto, à visão biologicista e comportamentalista comum ao modelo biomédico, que foca o processo saúde-doença sempre no nível individual da responsabilização e da intervenção. É essa compreensão que subsidia modelos educativos em saúde de caráter prescritivo, direcionados ao convencimento de cada indivíduo a agir de modo diferente, com base em estratégias de alerta, persuasão e transmissão de informações técnico-científicas, segundo objetivos circunscritos ao universo de higienização e normatização dos comportamentos.

Em contraste com essa perspectiva normativa e cientificista, a promoção da saúde encontra-se mais relacionada a uma visão holística e socioambiental, estabelecendo uma crítica ao uso exclusivo e imediato da noção de risco como critério normativo de formulação e sucesso das práticas de saúde, ao incorporar outras ordens de fatores na determinação desse processo – outras instâncias de relações, envolvendo o sujeito, sua cultura, seu entorno social e ambiental (WESTPHAL, 2006^[95]).

Se por um lado parece não haver dúvida de que a promoção da saúde e a prevenção de algumas doenças, ou pelo menos seu aparecimento mais tardio, poderiam ser alcançados mediante a redução da prevalência de alguns fatores teoricamente passíveis de modificação,

por outro já se tornou questionável o pressuposto de que a informação científica é necessária e suficiente para aumentar a competência e/ou a liberdade de decisão.

Vários autores assinalam que os chamados fatores de risco constituem elementos indissociáveis dos marcos culturais e sociais em que se inscrevem, requerendo considerar valores, costumes, modelos e símbolos sociais que levam a modos específicos de condutas e práticas (CARVALHO, 1996^[6]; CASTIEL, 1996^[105]; CHOR, 1999^[106]; ROZEMBERG & MINAYO, 2001^[107]; GAZZINELLI *et al*, 2005^[108]; MEYER *et al*, 2006^[104]). E neste sentido, reconhecendo-se, desde uma dimensão ética, que a promoção da saúde e a prevenção de doenças implicam o exercício de determinadas formas de poder, de autoridade e de controle social, influenciar valores e condições sociais que sustentam e favorecem hábitos arriscados com leis e normas que protejam e valorizem a vida constitui-se em uma dimensão da intervenção em saúde.

Mas se concordamos que comportamentos são culturalmente mediados e traduzem percepções, valores, representações simbólicas, relações de poder, crenças e sentimentos, há que se considerar, portanto, o caráter não racional das escolhas feitas, principalmente quando se trata do prazer ligado ao hábito de fumar, beber, comer ou à vida sexual. As pessoas estabelecem tais formas de prazer por fatores intangíveis – mescla complexa de elementos relacionados ao híbrido corpo/mente/sociedade – que fazem com que substituir determinadas práticas por outras possa ser extremamente difícil. Ainda mais se considerando as características contraditórias das sociedades ocidentais em que a convivência com estímulos para as pessoas consumirem múltiplas ofertas prazerosas ocorre de forma simultânea aos alertas para os riscos e malefícios destas opções (CASTIEL, 1996^[105]).

Dora Chor faz um questionamento fundamental para orientar as práticas em saúde: “como elaborar intervenções apropriadas, sem nos tornarmos reguladores do que deve ou não deve ser feito – verdadeiros vigilantes do prazer alheio – para que se leve uma ‘vida saudável’ (com todos os seus diferentes significados para cada grupo ou cada indivíduo)?” (CHOR, 1999^[106]: 425). As práticas envolvem escolhas e, portanto, supõem o desenvolvimento de valores compatíveis com a perspectiva emancipatória da promoção da saúde e sua caracterização como imperativo ético.

Promover saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam vivenciar seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre sujeitos, precisam ser urgentemente, resgatadas (AKERMAN *et al*, 2004^[109]: 609).

Promover a vida em suas múltiplas dimensões implica mudanças profundas na forma de articular e utilizar o conhecimento na formulação de políticas e operacionalização das práticas

de saúde, supondo um deslocamento da racionalidade instrumental – de construção de objetos para intervenção – para uma racionalidade hermenêutica/ intersubjetiva – aberta ao devir e ao compartilhamento – na forma de conceber saúde, sujeito e sociedade.

Não se trata, portanto, de construir novos posicionamentos que mantêm a reprodução de antigas oposições, mas de saber transitar entre diferentes níveis e formas de entendimento e de apreensão da realidade, tendo como referencial não sistemas de pensamento, mas os acontecimentos que nos mobilizam a elaborar e intervir. (CZERESNIA, 2003^[73]: 48)

O que está suposto na proposta promocional é a abertura para as dimensões éticas, morais e políticas que estão presentes nas práticas de saúde, entendendo que “a experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas idéias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades” (AYRES, 2007^[102]: 50).

Uma educação em saúde assim orientada busca a construção de um horizonte discursivo que possibilite a interlocução, valorizando a sabedoria prática de indivíduos e comunidades, ou seja, aqueles saberes que não têm a pretensão de universalidade da ciência, mas caracterizam juízos imediatos que resultam de aprendizados ao longo da trajetória de vida dos sujeitos, influenciados pela experiência coletiva, pelos fragmentos das teorias científicas e dos saberes escolares, e modificados para servir à vida cotidiana.

É uma forma de conceber a interação educativa como um contexto de intersubjetividade em que se possa tematizar os diferentes modos de conduzir a vida, buscando pontos de encontro entre o saber técnico-científico e o saber prático dos quais profissionais e usuários são portadores como sujeitos das ações de saúde. E no contexto deste encontro, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, considerar a inter-relação entre os critérios que pautam a valorização da saúde e a construção – sempre mutante – de seus projetos de vida (MEYER, 2006^[104]; AYRES, 2007^[102]).

Essa é uma questão fundamental colocada na discussão acerca do empoderamento, que na literatura internacional acerca da promoção da saúde se articula à educação em saúde com forte inspiração das idéias de Paulo Freire, em seu trabalho de sistematização teórica da educação popular (WALLERSTEIN, 1992^[110]; WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1994^[111]; NUTBEAM, 2000^[112]). O que se pretende é a construção da participação social e comunitária nas decisões, caracterizando-se como processo político que intervém nas relações de poder, na medida em que sujeitos organizados se encontram e interatuam em busca da inserção dos seus interesses na arena pública.

A noção de empoderamento adotada nessa perspectiva de afasta da idéia de uma relação hierárquica que permitiria afirmar que uns empoderam e outros são empoderados. Supõe uma noção de parceria entre pessoas, organizações e comunidades, em um processo interativo em que todos – profissionais e população – adquirem maior capacidade para definirem, analisarem e atuarem sobre os problemas coletivos, visando maior eficácia política, maior justiça social e melhoria da qualidade de vida

Identificar e avaliar práticas de empoderamento requer clareza acerca dos referenciais de poder que embasam as práticas e conformam a compreensão acerca da mediação entre sujeitos e instituições tanto nos processos educativos quanto intersetoriais.

Trabalhando a categoria de poder na perspectiva de Arendt, Habermas (1980^[113]) assinala sua dimensão comunicativa: “o poder resulta da capacidade humana não somente de agir ou de fazer algo, como de unir-se a outros e atuar em concordância com eles” (HABERMAS, 1980^[113]: 101). O poder implica fundar uma autoridade política validada pela práxis social, num entendimento mútuo original, que gera poder e assegura sua durabilidade, como fruto de um consenso almejado/alcançado na própria comunicação ou comunidade política.

Uma comunicação com base na relação sujeito-sujeito – o diálogo intersubjetivo – que engendra um sujeito reflexivo, capaz de repensar os valores da sociedade e formar, através da argumentação e do debate, uma vontade coletiva (HABERMAS, 2003^[114]). É assim que, para Habermas, é possível resgatar a política na sociedade – através da comunicação, do agir comunicativo.

Supõe restabelecer o diálogo entre as diferentes culturas, religar saberes e conhecimentos que permitam ampliar a capacidade de entendimento e de intervenção sobre a realidade. E nesse movimento, repactuar compromissos em torno da solidariedade, da tolerância, da esperança, da luta pela igualdade de direitos e pelo direito a diferença

Na perspectiva Arendtiana, o poder não é entendido como atributo particular de algum ator específico, mas condição humana de todos, de forma que liberdade e poder estão conjugados. O poder não é algo pelo qual se luta, mas algo que se exerce nas relações de pessoas, grupos e instituições de forma não excludente, dentro da dialeticidade própria da interação humana, que não prescinde das esferas da linguagem e do trabalho “(...) é possível dividir o poder sem reduzi-lo; e a interação de poderes, com seus controles e equilíbrios, pode, inclusive, gerar mais poder, pelo menos enquanto a interação seja dinâmica e não resultado de um impasse. A força, ao contrário, é indivisível” (ARENDR, 1987^[115]: 214).

A dimensão relacional do poder também pode ser encontrada na obra de Foucault (1997^[116]: 89) para quem o poder não é uma coisa, “não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar”, mas uma “multiplicidade de correlações de força” (FOUCAULT, 1997^[116]: 88) que não pertence a ninguém especificamente, mas que a todos é dado viver, sentir e com ele agir e modificar o presente, recriando-o.

A “mecânica do poder” tem um funcionamento que se articula como “uma rede de relações de alto a baixo, mas também até um certo ponto de baixo para cima e lateralmente” (FOUCAULT, 2005^[117]: 148), caracterizando o poder como uma engenharia da participação.

Partindo dessa visão de poder, dois aspectos se revelam cruciais na forma como os promotores de saúde desenvolvem as suas práticas, devendo:

(1) servir como um recurso e ajudar a criar condições favoráveis e oportunidades de participação no diálogo comunitário e nos esforços de mudança; (2) engajarem-se no processo de empoderamento como parceiros, mergulhando igualmente no processo de aprendizagem. (WALLERSTEIN & BERNSTEIN, 1994^[111]: 144)

É assim que Stokols (1996 apud POTVIN *et al* 2001^[118]) sugere que o que distingue a promoção da saúde da prevenção de doenças é a ênfase no papel exercido por pessoas, grupos e organizações como agentes de práticas e políticas de saúde. Da mesma forma, Rootman (*et al*, 2001^[29]) sugerem como principal critério que distingue uma iniciativa de promoção da saúde, o grau de capacitação ou empoderamento considerado na proposta. Somado a esse, indicam-se critérios relacionados à adoção de uma visão ampliada de saúde, à ênfase na equidade e justiça social, e à colaboração intersetorial.

E considerando-se esses critérios, admite-se a possibilidade de que a perspectiva da promoção da saúde esteja presente em atividades de prevenção, tratamento e reabilitação, na medida em que incorpore tais aspectos, extrapolando limites individuais e ampliando as bases de articulação de ações políticas e intersetoriais.

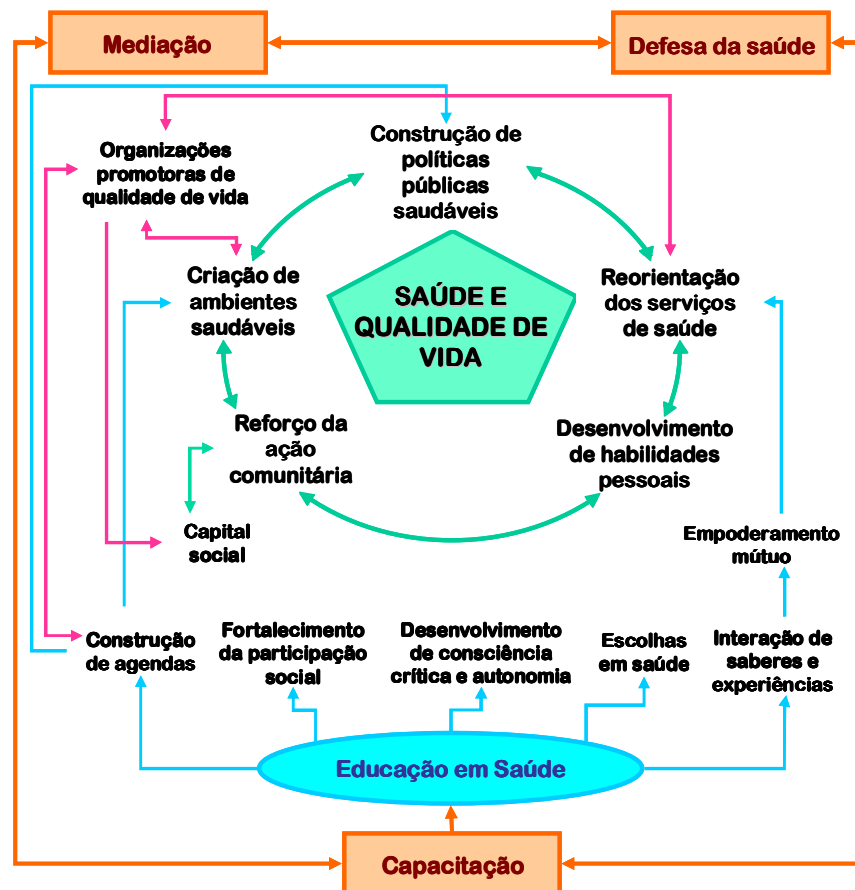
No âmbito da estratégia promocional, os objetivos da ação educativa em saúde procuram sempre intervir nos determinantes da saúde, provocando mudanças nos motivos que levam à adoção de um determinado estilo de vida, nas condições que favorecem essa decisão e nos apoios sociais e estruturais que a reforçam. Tais objetivos só podem ser alcançados por meio de uma prática de caráter emancipatório, dialógico e participativo, superando as limitações do enfoque prescritivo.

A compreensão de que a democracia, a autonomia e a participação são fundamentais para a garantia das condições básicas de saúde e qualidade de vida e para a concretização das expectativas e demandas de indivíduos e grupos, está subjacente à definição da promoção da saúde como processo de desenvolvimento de capacidades para ampliar o controle sobre os

determinantes da saúde, operado pelas estratégias de capacitação, mediação e defesa (*advocacy*) da saúde.

Conforme representamos no esquema a seguir (Figura 5), no marco da promoção da saúde a educação em saúde se revela como um componente com potencial estratégico para reorganização dos sistemas e serviços, tanto no sentido de uma atenção à saúde integral em que as pessoas e os grupos sociais assumam um maior controle sobre sua saúde e suas vidas, quanto para capacitação dos profissionais em um processo de integração de saberes e recursos, para dar respostas mais eficazes à população de um território, contribuindo para a gestão social da saúde e para uma vida com qualidade.

Ao mesmo tempo, a educação em saúde contribui para a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis ao buscar a efetiva participação popular crítica e criativa na construção de agendas sociais como caminho para a conquista do direito humano à vida plena.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 5 – Relação da educação em saúde com os campos e estratégias da promoção da saúde

O caminho para mudanças políticas passa por muitas figuras de decisão e diferentes partes interessadas (*stakeholders*) com interesses conflitantes ou apenas parcialmente

convergentes, disparidade na distribuição dos recursos, heterogeneidade nos níveis de vocalização e influência decisória, variedade de perspectivas e graus de informação de naturezas diversas. Nas articulações intersetoriais fazem-se necessárias negociações cujos arranjos assumem diferentes formatos de acordo com os setores da política pública, os temas em pauta, o grau de formalização e o caráter mais consultivo ou efetivamente decisório (BURLANDY, 2003^[61]).

Na configuração estratégica da promoção da saúde, a capacitação, a mediação e a defesa (*advocacy*) da saúde se confundem e se interpenetram, na medida em que, conforme definido na Carta de Ottawa, a capacitação objetiva reduzir as desigualdades existentes e garantir a igualdade de oportunidades, facilitando o acesso a informações e melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Parece-nos ser a mesma equação presente na definição de *advocacy* elaborada por Wallack (*et al.*, 1993^[119]), que incorpora ao termo a dimensão de empoderamento:

o *advocacy* tem por objetivo aumentar o poder das pessoas, dos grupos e instituições para alcançar uma resposta mais eficaz às necessidades humanas. Busca ampliar o leque de escolhas que as pessoas possam ter, fortalecendo seu poder de definir os problemas e as soluções e ampliando sua participação na arena política e social mais ampla. (WALLACK *et al.*, 1993^[119]: 28 *apud* MC CUBBIN *et al.*, 2001^[41])

Relaciona-se, portanto, à questão da cidadania como construção de sujeitos políticos, que engendra simultaneamente a inserção em uma comunidade política e a construção de autonomia ativa, definida como “gozo da plena capacidade de intervir nos negócios da sociedade” (FLEURY, 2004^[120]: 4).

Da mesma forma, supõe um entendimento da esfera pública como espaço comum onde os homens se encontram e interagem através da ação e da palavra, ou seja, onde os homens revelam a sua singularidade, expressando quem são, o que pensam e como desejam conduzir o mundo do qual fazem parte. Portanto, é o lugar da diversidade de sentimentos, de valores, de cultura, aos quais os indivíduos dão visibilidade pública. A diversidade não exclui a idéia de um espaço comum porque o entendimento público se dá numa realidade dialógica fundada pela pluralidade humana e pela diversidade de interpretação (ARENDR, 1987^[115]; 1993^[121]).

Não se trata de uma visão do cidadão apenas como portador autônomo de direitos, capaz de fazer opções racionais em uma sociedade despolitizada em que a esfera pública se desfigura em tecnocracia a serviço da economia, mas uma concepção do cidadão como ator social, integrante de um coletivo em construção, sendo sua autonomia a capacidade de forjar as soluções e opções sociais com base no compartilhamento de responsabilidades e na criação de novas solidariedades.

Trata-se, portanto, de uma autonomia que só é possível em referência a um coletivo, reconhecendo-se as diferenças, as singularidades, a pluralidade que estão na origem da solidariedade e da tolerância ativa como atitude de respeito à verdade do outro, viabilizando a comunicação entre opostos. Não é a autonomia do indivíduo atômico, mas, sim, da alteridade.

Em H. Arendt, a ação é a expressão da liberdade que os homens experimentam no mundo público e coletivo. A idéia de liberdade é idêntica a iniciar, ou seja, é a capacidade de iniciar algo de novo, um novo início. Assim, o homem é ator da história e é essa dimensão de ator social que está suposta na autonomia, referente a um sujeito liberto que concebe a si mesmo como ator capaz de agir e transformar a realidade que o cerca. Esse mesmo ator participa de um mundo comum onde a formação da identidade não admite o esmagamento do outro.

Como assinalam Junqueira (*et al*, 1997^[71]) , a cidadania é um processo de aprendizado, que se atualiza na medida em que as pessoas vão experimentando relações e percebem que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados.

A educação em saúde configura-se, assim, não somente como instância de constituição e veiculação de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura concebe o processo saúde-doença e o viver de forma saudável. Assume também uma perspectiva de produção de sujeitos e identidades sociais, constituindo-se como espaço privilegiado de sociabilidade e de politização, ao reconhecer que os sujeitos têm capacidade para inventar modos de vida e formas de organização social diversos e ao superar a assimetria hierárquica que predomina na relação entre profissionais e usuários.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

"Pensar não é sair da caverna nem substituir a incerteza das sombras pelos contornos nítidos das próprias coisas, a claridade vacilante de uma chama pela luz do verdadeiro Sol. É entrar no Labirinto, mais exatamente fazer ser e aparecer um Labirinto ao passo que se poderia ter ficado 'estendido entre as flores, voltado para o céu'. É perder-se em galerias que só existem porque as cavamos incansavelmente, girar no fundo de um beco cujo acesso se fechou atrás dos nossos passos - até que essa rotação, inexplicavelmente, abra na parede fendas por onde se pode passar."

Cornelius Castoriadis

Diversos autores discutem a importância do método no processo de construção do conhecimento, entendendo-se que teoria e método são os condutores de todo o caminho de pesquisa. Para efeito de apresentação das escolhas feitas quanto ao desenho metodológico desta investigação e os pressupostos teóricos que lhe são subjacentes, adotou-se a compreensão de metodologia como “caminho e instrumental próprios de abordagem da realidade”, incluindo as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 1999^[122]:22).

No percurso teórico-metodológico desta investigação de natureza qualitativa, busquei uma articulação entre teoria e prática, entendendo teoria como princípio de inserção do homem na realidade enquanto ser que existe nela e existindo, promove a sua própria concepção da vida social e política (FREIRE, 1983^[123]).

Esse não foi um processo cumulativo e linear, pois não visou somente uma sistematização dos fatos ao encontro dos quais os dados foram construídos. Contrariamente, foi um processo interativo de idas e voltas nas diversas etapas da pesquisa e na interação com seus sujeitos.

Tal vivência diz respeito à compreensão da prática de pesquisa como processo social compartilhado e gerador de conhecimento, compreendendo-se esta dissertação como uma narrativa construída com base em cadeias discursivas mobilizadoras de conceitos, objetos e posições, em que: os conceitos são significações elaboradas sempre contextualmente; os objetos dão significado ao mundo material em termos de aplicação desses conceitos; enquanto que os posicionamentos ocorrem a partir do momento em que os indivíduos adquirem o direito de falar por meio de um discurso particular (ANDRADE, 2004^[124]: 29).

Na captação dessas outras vozes está suposta a produção de textos em um universo de discursos produzidos, circulantes em espaços e suportes variados – impressos, conversas cotidianas, interações sistemáticas. Desse conjunto, produz-se um “novo texto”, constrói-se

um novo conhecimento, que situa o olhar do outro ao mesmo tempo que com ele dialoga, conferindo um traço coletivo a essa elaboração.

4.1. Referencial teórico-filosófico

Pesquisas desenvolvidas na área da saúde lidam necessariamente com a complexidade de um objeto multifacetado, qual seja o processo saúde-doença-cuidado com seus múltiplos determinantes, conformando um campo teórico-prático-político-ético de natureza interdisciplinar e intersetorial.

Nas palavras de Minayo o campo da saúde constitui uma "realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção" (MINAYO, 1999^[122]: 13). As peculiaridades do campo estão associadas à diversidade de interpretações a respeito do que seja saúde e doença e, portanto, às disputas simbólicas em torno dos procedimentos do cuidado, da organização da atenção e da gestão das políticas, sistemas e serviços.

Trata-se de um nível da realidade que não pode ser quantificado, exigindo uma abordagem qualitativa, caracterizada por um tipo de estudo que se aprofunda no "mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas" (MINAYO, 1999^[122]: 21-22).

As práticas de saúde são uma atividade, um modo de produção e um modo de apropriação, um intercâmbio cultural instaurado no grupo social, reproduzindo e modificando as subjetividades.

Universalização, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização, integralidade e participação da população no planejamento, na gestão e no controle do sistema e das ações são princípios das políticas voltadas para a saúde e qualidade de vida, expressos em discursos e práticas que dialeticamente desafiam tais objetivos, em diferentes modos de produção de saúde/ subjetividades.

A mediação intersetorial – objeto deste estudo – tem como pressuposto que a situação de saúde compõe-se de um conjunto de aspectos referentes a objetivos (temas, problemas), contextos (atores, circunstâncias) e capacidades (recursos econômicos, políticos, técnicos e organizativos) em permanente mudança, em que o conhecimento para intervir sobre problemas e necessidades é constantemente construído.

Estes aspectos justificam a escolha da hermenêutica dialética, relacionada à filosofia compreensiva, como concepção epistemológica que orientou e serviu de fundamento filosófico para a apreensão desse objeto de estudo.

Conforme Minayo (2006^[125]), essa combinação entre hermenêutica e dialética foi primeiramente descrita por Habermas, entendendo sua dimensão de síntese dos processos compreensivos e críticos.

Identificamos nessa abordagem a relação com os princípios gnoseológicos e ontológicos do paradigma crítico-dialético, o qual resgata as discussões dos pós-positivistas, bem como engendra as colaborações sobre a teoria crítica através da Escola de Frankfurt, com Horkheimer, Benjamim, Adorno e Habermas, a teoria marxista e outras teorias capazes de discutir e valorizar as transformações sociais, históricas, políticas e culturais.

A perspectiva dialética tem como aspectos fundamentais: i) a preocupação com a totalidade e com as questões infra e superestruturais; (ii) a contradição enquanto constitutiva das relações sociais; (iii) a recomposição do problema prático sob a luz da interpretação teórica e (iv) as mudanças quantitativas e qualitativas desse processo.

A teoria crítica da Escola de Frankfurt teve duas gerações. A primeira, representada por Horkheimer, Benjamim e Adorno, objetivou o desenvolvimento de uma teoria crítica da cultura e da sociedade retomando a filosofia de Marx, preocupando-se sobretudo com o contexto social e cultural dos surgimentos das teorias, valores e visão de mundo da sociedade industrial avançada (MARCONDES, 2006^[126]). Na caracterização dessa racionalidade científica, em contraposição ao positivismo lógico, as ciências humanas e sociais teriam “um propósito interpretativo, visando à compreensão da sociedade e da cultura e tendo um interesse emancipatório, isto é, possibilitando a libertação do homem da dominação técnica e sua realização enquanto ser social” (MARCONDES, 2006^[126]: 265).

A segunda geração, representada por Habermas, analisou a legitimação, as relações éticas e sociais contemporâneas através de elementos das teorias da linguagem e das possibilidades da ação comunicativa. Em contraste com o modelo de Weber, a nova proposta de análise e de interpretação dos fenômenos sociais deixa de ter como eixo axial as relações econômicas de produção e de trabalho entre pares e passam a ter como ponto de partida o estudo acerca das condições de possibilidade de constituição de uma sociedade, através da interação simbólica que se estabelece entre os diferentes indivíduos que a constituem e que é visível no processo de aprendizagem, transmissão e produção de linguagem.

A concepção de homem suposta nesse enfoque é a de um agente ativo, participante, criador, transformador da natureza através do seu trabalho, criador e construtor do ambiente

social no qual vive. A abordagem crítico-dialética entende o homem em contínuo movimento *de e nas* formações sociais. Torna-se evidente a necessidade de redimensionamento e superação dos extremismos: sujeito-objeto, subjetivo-objetivo e quantitativo-qualitativo.

Discutindo a transformação da sociedade, resgata-se a dimensão histórica, tendendo a compreender as redes de relações e de ações humanas dentro de um contexto social, político, histórico e cultural. A ciência é entendida como um produto social, um fenômeno em contínua evolução, sendo determinada pelos interesses e conflitos da sociedade. Supõe admitir a “dialética na realidade social que parte da necessidade de conhecer (através de percepções, reflexão e intuição) a realidade para transformá-la em processos contextuais e dinâmicos complexos” (TRIVIÑOS, 1987^[20]: 117).

Do ponto de vista metodológico, torna-se necessário

criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem; compreender a análise dos significados a partir do chão das práticas sociais; valorizar os processos e as dinâmicas de criação de consensos e contradições no interior dos quais a própria oposição entre o pesquisador e seus interlocutores se colocam, e ressaltar o condicionamento histórico das falas, relações e ações. (MINAYO, 2006^[125]: 167-168)

A articulação da dialética e da hermenêutica supõe complementaridades e oposições. A dialética, com sua perspectiva crítica, se orienta para a diferença, o dissenso, a ruptura de sentido, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido. Mas ambas se apóiam na idéia dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; partem do pressuposto de que não há observador imparcial; questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho (MINAYO, 2006^[125]).

Portanto, destaca-se o primeiro atributo da realidade social investigada, qual seja a sua historicidade – o que nos levou a analisar as potencialidades e limites da mediação e articulação intersetorial do projeto *Transando Saúde* da Atividade Educação em Saúde em um Departamento Regional do SESC, buscando o entendimento das situações presentes a partir do caráter histórico e processual da constituição de saberes e práticas sociais em saúde, bem como da instituição das políticas públicas, da conformação dessa entidade de bem estar social e da própria história desse projeto.

O segundo atributo levado em conta consistiu no conjunto de elementos (econômicos, sociais, culturais, jurídicos, políticos, ideológicos) que compõem essa realidade, entendidos cada um em articulação com o outro e numa relação de mútua determinação. Estudar a mediação intersetorial supõe compreender a saúde como resultante de múltiplas

determinações relacionadas ao contexto econômico, social, das políticas de saúde, da gestão, dos padrões culturais, do controle social, da participação popular, do processo de trabalho em saúde e das práticas de saúde enquanto práticas sociais. Elementos estes também implícitos nas possibilidades e restrições de consolidação da própria ação intersetorial.

O terceiro atributo considerado diz respeito à compreensão de cada fenômeno social em particular como parte de um todo, de forma que só pode ser entendido e explicado a partir de sua relação com este todo. A síntese que se busca obter através da investigação científica precisa estar alicerçada na visão de conjunto da parcela da realidade social que se pretende explicar, o que, neste estudo, repercutiu na incorporação à análise das estratégias de intersetorialidade para a criação de ambientes saudáveis, a questão do poder político expresso na participação social e o conceito de Estado ampliado.

Acrescenta-se finalmente o atributo relacionado à intersubjetividade linguisticamente mediada, que supõe uma práxis solidária ou comunicativa entre os diferentes atores, capaz de realizar bens simbólicos do mundo da vida dos sujeitos, acrescentando outras racionalidades para além das dimensões técnica, funcional e política das organizações.

Na análise empreendida com relação às estratégias intersetoriais do projeto *Transando Saúde*, adotei como componente fundamental para apreensão da realidade a rede de relações internas e externas ao SESC, as vivências, estruturas e processos que constituem a prática profissional dos atores envolvidos. Deste modo o objeto de investigação não esteve referido somente à base empírica das ações, mas também às relações que fundam a estrutura dos serviços, seus processos e o conjunto de representações articuladas pelos atores sociais sobre esta ação (DESLANDES, 1997^[127]).

Partiu-se do princípio de que, como fenômeno social, esse objeto não era estranho nem exterior ao pesquisador, tornando improcedente qualquer pretensão de neutralidade.

Entendendo-se a relação entre sujeito e objeto como uma realidade integrada numa totalidade de mútuo condicionamento e de mútua necessitação, não há nem realidade pura, evidente, nem o sujeito objetivo, mas um processo de eterno distanciamento e aproximação entre dois pólos contrários, mas inseparáveis. (DEMO, 1980^[128]: 21)

Ao contexto do objeto da pesquisa pertence também o sujeito, compondo uma rede simbólica que justifica os interesses e comporta uma interpretação da realidade. O conhecimento tem sempre uma situação inicial que o condiciona e é desta situação inicial que é possível retirar o seu sentido, entendido como a maneira de um objeto envolver-se com um sujeito (DEMO, 1980^[128]).

Na explicitação das minhas implicações nesta pesquisa, além da minha inserção institucional, é necessário considerar o fato de ter sido co-autora do projeto *Transando Saúde*

e de ter participado ativamente do processo de capacitação das equipes dos DR durante o seu período de implantação. Tais fatores me exigiram, portanto, o devido esforço metodológico de objetivação da base empírica deste estudo, capaz de me permitir o distanciamento necessário para compreender criticamente a realidade investigada e construir conhecimento a partir disso.

Esse processo de objetivação não significou uma busca de isenção, mas, sim, o reconhecimento das minhas indubitáveis possibilidades de preconceber os fatos e, em função disso, a exigência de um exercício sistemático de equilíbrio crítico e auto-crítico entre as condições objetivas e subjetivas. Significou, assim, tomar contacto com as minhas crenças, valores e emoções acerca da realidade, entendendo-as também como forças motrizes das práticas que desenvolvo. Mas na perspectiva de criar condições para gerar conhecimento, significou conjugar essa dimensão subjetiva com a objetividade dos conhecimentos teóricos, na direção da superação de uma perspectiva simplesmente descritiva para a de uma interpretação crítica da realidade.

4.2 Abordagem metodológica

A questão fundamental que orientou a escolha do método esteve referida à avaliação de seu potencial para permitir a aproximação ao objeto de estudo, tendo por base a natureza do problema desta investigação referido aos fatores envolvidos na sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde, em especial a construção de redes de caráter intersetorial, em prol da criação de ambientes saudáveis.

Por ser um objeto dinâmico e multifacetado, influenciado por múltiplas variáveis contextuais, fiz opção pelo estudo de caso como método de abordagem do problema de pesquisa, tendo em vista, que por definição, "o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos" (YIN, 2005^[129]: 32).

Segundo Stake (2000^[130]), outra referência clássica na literatura sobre o método, o estudo de caso pode ser entendido como o estudo da particularidade e complexidade de um caso singular para chegar a compreender a sua atividade em circunstâncias importantes. Nesse

sentido, o estudo de caso otimiza a compreensão do próprio caso em sua particularidade e complexidade.

Dentre os tipos de estudo de caso classificados por esse autor, figura o estudo de caso intrínseco, que tem por finalidade buscar melhor compreensão de um caso apenas pelo interesse despertado por aquele caso particular. Em suas palavras:

Aqui, o estudo não é empreendido primariamente porque o caso representa outros casos ou porque ilustra um traço ou problema particular, mas porque, em todas as suas particularidades e no que têm de comum, este caso é de interesse em si. O pesquisador, pelo menos temporariamente, subordina outras curiosidades para que as histórias dos que “vivem o caso” emergjam. O objetivo não é vir a entender algum constructo abstrato ou fenômeno genérico, tal como letramento, ou uso de droga por adolescentes ou o que um diretor de escola faz. O objetivo não é construir teoria – embora em outras vezes o pesquisador possa fazer exatamente isto. (STAKE, 2000^[130]: 437 *apud* ALVES-MAZZOTI, 2006^[131])

Interessa analisar reflexivamente uma situação, não para encontrar apenas regularidades, mas para compreender e interpretar o próprio fenômeno na sua concretude singular e contextual.

Se o estudo de caso mais otimiza a compreensão do próprio caso do que a generalização para além dele, pode-se inferir que não só é uma escolha metodológica, mas, também, uma escolha do objeto a ser estudado, qual seja, no foco desta pesquisa, os fatores envolvidos na consolidação de alianças e parcerias intersetoriais para a criação de ambientes saudáveis e sua relação com a sustentabilidade das iniciativas de promoção da saúde.

De acordo com Yin, a preferência pelo uso do estudo de caso deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas (YIN, 2005^[129]).

Ainda que sem a pretensão de empreender uma pesquisa avaliativa, essa escolha metodológica se justificou também pela potencialidade reconhecida no estudo de caso para descrever o contexto real em que se dá a intervenção e a sua capacidade em explorar situações específicas, identificando na realidade estudada interrelações entre pressupostos e práticas concretas de serviços e programas – o que não seria possível somente pela análise dos resultados.

É um método cujos objetivos se colocam em conformidade com os propósitos deste estudo, sendo comumente descritos como: i) capturar o esquema de referência e a definição da situação de um dado participante; ii) permitir um exame detalhado do processo organizacional e iii) esclarecer aqueles fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento da causalidade (BRESSAN, 2000^[132]).

No que se refere aos limites referidos na literatura com relação ao estudo de caso como método de pesquisa, encontra-se uma preocupação relativa às restrições quanto às possibilidades de fazer generalizações científicas, tendo em vista que por estudar um ou alguns casos não se constitui em amostra da população. Mas, refutando tal argumentação, reconhece-se a possibilidade de generalizações em relação às proposições teóricas, contribuindo para a compreensão de situações análogas e a conseqüente aplicação de conduta compatível (YIN, 2005^[129]).

O conhecimento é uma construção social e o estudo direto dos fenômenos sociais nos contextos reais de interação possibilitam apreender a natureza das coerções a que os indivíduos estão sujeitos, os usos que eles dão às capacidades que possuem e as formas de cognoscitividade que revelam (GIDDENS, 2003^[133]).

Outro problema que é referido é o do pesquisador estar implicado com as situações estudadas. Mas como já apontado, segundo o marco teórico que orienta esta investigação, o processo de pesquisa é uma forma de interação social que supõe compreender a realidade encontrando-se nela. Admitir a possibilidade de uma análise ou compreensão que esgote a realidade equivale a pensar a situação de um pesquisador colocado à distância e capaz de objetivar todos os seus condicionantes – posição que se revela completamente incoerente com a compreensão da realidade social em sua dinamicidade e complexidade.

4.3 O cenário da pesquisa

A seleção do “caso” – contexto da investigação – se constitui em um momento privilegiado para rever a importância de alguns conceitos esboçados na demarcação teórica e proceder a uma análise que leve à conclusão sobre o potencial de contribuição dos programas/situações com relação às questões selecionadas para a pesquisa.

No presente estudo, essa escolha resultou da reflexão conjunta com a equipe da Atividade Educação em Saúde do Departamento Nacional do SESC sobre a experiência potencialmente mais capaz de fornecer informações sobre as práticas de intersectorialidade para a criação de ambientes saudáveis. Definiu-se, então, como foco de análise as estratégias de mediação e articulação intersectorial do projeto *Transando Saúde* em um Departamento Regional do SESC, selecionado a partir de critérios referentes à sua caracterização como uma experiência exitosa de implementação do referido programa.

A escolha do espaço de pesquisa inseriu-se, portanto, no conjunto dos processos de trabalho já em desenvolvimento na esfera da Gerência de Estudos e Pesquisas do Departamento Nacional do SESC – setor de atuação profissional da pesquisadora – com o objetivo de desenvolver estratégias voltadas ao aprimoramento das práticas institucionais na área de Educação em Saúde.

Assim, os principais fatores implicados na seleção desse cenário de investigação, discutidos com base nos dados de acompanhamento direto e indireto do projeto *Transando Saúde*, foram: (i) os aspectos estruturais, particularmente os relacionados aos recursos humanos, destacando-se o nível de qualificação dos profissionais envolvidos na coordenação e execução da Atividade Educação em Saúde, os quais têm atuado como parceiros do DN no desenvolvimento de processos de desenvolvimento técnico das equipes e especificamente na capacitação para implantação do projeto *Transando Saúde* nos demais DR; (ii) a consolidação dos procedimentos metodológicos considerados na teoria do programa, em especial o processo de mediação e articulação intersetorial materializado na supervisão das ações dos agentes multiplicadores capacitados, em uma dinâmica de retroalimentação constante que viabiliza a avaliação da efetividade das práticas na perspectiva da implantação de projetos de prevenção às DST e Aids nos locais de trabalho; (iii) o reconhecimento obtido em fóruns acadêmicos e interinstitucionais em alusão à sistematização e ao êxito do trabalho desenvolvido, apontando para a consecução de operações de enredamento e mobilização de aliados, indispensáveis à expansão das redes intersetoriais.

Dentre os cenários de atuação do Projeto – escola e local de trabalho – optei por fazer um recorte quanto à unidade de análise, que esteve circunscrita ao contexto de atuação nas empresas do comércio e de bens e serviços. Este recorte foi feito em função da avaliação quanto às condições estruturais de realização desta pesquisa e a eleição desse cenário – o ambiente laboral – resultou do reconhecimento de sua relevância, tendo em vista que ainda são incipientes os estudos e publicações acerca da temática da intersectorialidade e sua relação com a sustentabilidade de projetos de promoção da saúde nos locais de trabalho.

4.4 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos deste estudo foram selecionados a partir de critérios atinentes à sua distinção como atores-chave no Projeto *Transando Saúde*. De acordo com Latour (2001^[134]),

um ator é definido pelos efeitos de suas ações, de modo que o que não deixa traço não pode ser concebido como um ator. Ou seja, são considerados atores aqueles elementos que produzem efeito na rede, que a modificam e são modificados por ela e são estes elementos que devem fazer parte de sua descrição. Partindo, então, de uma inferência sobre os atributos de participação dos atores capazes de lhes conferir um potencial como informantes quanto aos diferentes aspectos da ação intersetorial – seja do ponto de vista da gestão, ou da realização das ações.

Assim, fiz uma primeira relação composta de gestores do SESC, das Secretarias Municipais de Saúde e das empresas parceiras; agentes multiplicadores formados nessas empresas; e técnicos responsáveis pela realização das ações no SESC e nas Secretarias Municipais de Saúde. Com a preocupação de evitar uma visão restrita e distorcida da realidade em estudo, adotei como referência os dados de relatórios de acompanhamento do referido projeto, levando em consideração a rede de interações entre formuladores de política, planejadores, gestores, profissionais de saúde, grupos atendidos, instituições do setor e de fora do setor saúde.

Orientei-me por princípios da pesquisa qualitativa, compondo a amostra com base nos seguintes critérios principais: i) escolher os sujeitos que detêm os atributos relacionados ao objeto de estudo; ii) sem desprezar informações ímpares e não repetidas, considerar um número de sujeitos suficiente para permitir reincidência e complementaridade das informações; iii) definir claramente o grupo relevante para abordagem da pergunta central da pesquisa, sem perder de vista a necessidade de dar atenção aos demais grupos que interagem com o do foco principal, buscando compreender o papel de cada um e de suas interações (MINAYO, 2006^[125]).

A pertinência daquelas indicações iniciais foi discutida com a equipe do DR selecionado, valorizando a experiência dos profissionais e suas impressões sobre os atributos dos participantes capazes de caracterizá-los como potenciais informantes. Para compor a seleção final, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: i) que fosse garantida a representatividade das diferentes categorias e inserções institucionais dos participantes do Projeto *Transando Saúde* – gestores, técnicos e agentes multiplicadores, atuantes no SESC, nas Secretarias Municipais de Saúde e nas empresas do comércio; ii) que preferencialmente os entrevistados estivessem participando do Projeto desde a fase de implantação em seus locais de trabalho; iii) ou que os entrevistados, nas diferentes categoriais, estivessem há pelo menos um ano envolvidos na realização do Projeto.

Os sujeitos atuantes nas instituições parceiras foram, então, contactados pela equipe local para agendamento das entrevistas no período de 02 a 06 de junho de 2008. Nesse mesmo período foram também agendadas as entrevistas com os profissionais do DR.

Convém assinalar que foram respeitados os cuidados éticos referentes aos princípios legais da pesquisa com seres humanos, de modo que a investigação realizada foi precedida pelo encaminhamento do respectivo projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP), cuja apreciação resultou em aprovação protocolada sob nº 03/08 (CAAE: 0007.0.031.000-08).

Foram realizadas doze entrevistas com atores-chave do Projeto *Transando Saúde*, tendo sido seis gestores, dois técnicos e quatro agentes multiplicadores, açambarcando representantes institucionais do SESC e de cinco instituições parceiras, conforme descritos nos Quadros A1, A2 e A3, apresentados no Anexo A, onde se encontram organizados, por subgrupo de entrevistados, os dados relativos ao perfil dos sujeitos, a ser delineado no capítulo 5 desta dissertação.

Ainda em respeito às disposições éticas, todos os participantes foram esclarecidos sobre o propósito, a metodologia, os benefícios e os riscos de participação no estudo por meio de consentimento livre e esclarecido, que lhes garantia também sigilo, anonimato e o direito de retirar-se a qualquer momento sem prejuízos ou ressentimentos (Anexo B).

Assim, com o objetivo de garantir o sigilo da identidade dos sujeitos da pesquisa, os nomes dos entrevistados serão substituídos por códigos alfanuméricos compostos pelas letras iniciais da categoria de ator-chave – gestor (G), técnico (T) ou agente multiplicador (AM) – seguida do número de ordem da entrevista (esses códigos são adotados nos quadros). Para distinguir a fala dos sujeitos de outras citações textuais, será adotada ao longo do texto a grafia em itálico.

Neste estudo, a amostra não buscou uma representatividade numérica e sim, um aprofundamento da temática, de tal modo, que o conteúdo das entrevistas determinou o número de participantes e o encerramento da coleta de dados. Esse é um procedimento comum à pesquisa qualitativa, tal como formulado por Minayo (1999^[122]: 43): “esse tipo de pesquisa [qualitativa] não pode basear-se no critério numérico para poder garantir sua representatividade (...). A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Para esclarecer a questão da representatividade da amostra e responder a indagação comumente colocada no âmbito da pesquisa qualitativa sobre em que sentido a fala de um é representativa da fala de muitos, Minayo (2006^[125]) faz referência à contribuição de Bourdieu.

Este autor desenvolve a noção de *habitus* que tem um papel central na teoria da prática de pesquisa, pois marca o lugar do agente social ou sujeito histórico. O *habitus* pode ser entendido como um sistema de disposições socialmente constituídas que, enquanto estruturas estruturadas e estruturantes, constituem o princípio gerador e unificador do conjunto das práticas e das ideologias características de um grupo de agentes (BOURDIEU, 1998^[135]).

Nas palavras de Minayo, Bourdieu usa várias metáforas para explicar o que chama de *habitus*:

[...] seria uma espécie de lei imanente depositada em cada ator social desde a primeira infância, a partir de seu lugar na estrutura social; refere-se a marcas das posições e situações de classes que permanecem e se re-atualizam no cotidiano; constitui uma mediação universalizante que proporciona às práticas de um agente singular, sem razões explícitas e sem intenção significativa, seu sentido, sua razão e sua organicidade. (MINAYO, 2006^[125]: 207)

Na ação orientada pelo *habitus*, não há processamento racional, reflexivo, das condições, motivações e fins da ação, mesmo que sejam normas e valores, uma vez que os princípios geradores de avaliações práticas são da ordem da crença, não podendo portanto ser tomados como objeto de reflexão sem serem aniquilados.

Mas é importante chamar atenção para o fato de que o *habitus* é mais que um repositório coletivo de construções sociais – é coletivo e particular. Ele atua como uma gramática gerativa, criando um repertório que varia de acordo com os espaços sociais nos quais o indivíduo está inserido, de forma que essa noção preserva a capacidade criativa do ator, evitando reduzi-lo a mero executor da estrutura normativa.

Dessa forma a questão da representatividade na pesquisa qualitativa se remete à compreensão de que tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que as expressões pessoais apresentem variações em conflito com as tradições. É preciso buscar o que há de comum no grupo e o que há de específico do discurso individual.

Outro aspecto importante desse esquema teórico para a pesquisa qualitativa é o entendimento de que o *habitus* só pode se tornar inteligível através de suas manifestações ativas, através da aplicação de sua gramática gerativa a objetos e coisas. As representações são o resultado de um processo coerente que dá sentido às ações e aos discursos dos agentes sociais, e são, em geral, apreendidas como uma marca e uma manifestação do coletivo nos indivíduos.

As representações são, assim, manifestações de um *habitus* e dessa forma podem ser apreendidas e estudadas, sobretudo em suas características de conceito mediador entre o que pensa o indivíduo e o papel que ele representa na sociedade (MONTAGNER, 2006^[136]). Na

entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social.

4.5 As técnicas e instrumentos de coleta dos dados

A investigação por meio do estudo de caso visa a apreender uma situação tecnicamente única, baseando-se em várias fontes de evidência, com os dados convergindo em um formato de triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas, que conduz à coleta e análise dos dados (TRIVIÑOS, 1987^[20]; YIN, 2005^[129]).

Segundo Triviños (1987^[20]), a técnica da triangulação na coleta de dados tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo, dizendo respeito à compreensão do fenômeno social como fato que guarda historicidade, significados culturais e vinculações essenciais com uma macrorrealidade social.

Está relacionada, portanto, a uma forma de conceber a coleta e análise dos dados como fases que se retroalimentam constantemente, concebendo esse tríplice enfoque no estudo de um fenômeno social: os processos e produtos elaborados pelo pesquisador com base na averiguação das percepções e comportamentos dos sujeitos da pesquisa; os elementos produzidos por meio dos sujeitos e que têm incumbência em seu desempenho na comunidade, tais como documentos, instrumentos legais, instrumentos oficiais, instrumentos estatísticos, fotografias; os processos e produtos originados pela estrutura sócio-econômica e cultural do macro-organismo social no qual os sujeitos estão inseridos.

Considerando o foco de análise desta pesquisa, a técnica de triangulação esteve voltada ao exame da história do projeto, incluindo o contexto programático e dos serviços, suas especificidades, sua interação com outros atores institucionais, a capacidade participativa e dialógica de seus membros e a correlação com os aspectos micro e macropolíticos e econômicos, procurando decodificar conflitos e contradições na busca do entendimento da cultura institucional e das práticas dos agentes envolvidos no Projeto (DESLANDES, 1997^[127]).

Com base no enfoque da Teoria Ator-Rede⁵, buscou-se nessa análise identificar o processo de desenvolvimento da rede intersetorial que sustenta o Projeto *Transando Saúde*, identificando como e por que conteúdos e posicionamentos são transformados através de

⁵ A Teoria Ator-Rede (*Actor-Network Theory*) é situada no campo da Sociologia das Ciências, tendo como principais fundadores: Bruno Latour, Michel Callon e John Law.

associações e dissociações transladadas, formando laços que geram nós e vínculos conceituais na direção da consolidação dos valores da promoção da saúde em prol da criação de ambientes saudáveis.

4.5.1 Entrevistas semi-estruturadas

Considera-se que uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso são as entrevistas. A entrevista semi-estruturada constitui-se basicamente, em uma modalidade de entrevista onde os temas são organizados de modo a servir de roteiro para o entrevistador, facilitando a interação e a expressão do entrevistado.

Nas palavras de Triviños, a entrevista semi-estruturada se define por ser:

[...] em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1987^[20]: 146).

O discurso está imbricado na prática social, não sendo apenas um mecanismo lingüístico, mas uma forma de produção da realidade. É na linguagem que se produzem os sentidos que são atribuídos aos eventos, às materialidades e a nós mesmos no mundo, de maneira que a entrevista não é só reveladora, mas, sim, produtora de sentidos. E isso, no momento mesmo da interação entre o entrevistador e o(s) entrevistado(s) e desde aqueles contextos, marcas e posições nas quais aqueles que participam da entrevista podem ocupar num determinado momento.

É preciso estar atento aos modos como tais entrevistas podem ser produzidas. A própria elaboração dos roteiros de entrevista já guarda uma dimensão de antecipação dessa interação, entendendo-se que as perguntas são resultado

[...] não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importante seus contatos, inclusive, realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas [...]. (TRIVIÑOS, 1987^[20]: 146)

Segundo esse entendimento foram elaborados dois roteiros de entrevista semi-estruturada (Anexo C), sendo um modelo para gestores e técnicos e o outro para os agentes multiplicadores formados pelo projeto *Transando Saúde*, contemplando as nuances distintivas da atuação em cada um desses níveis. Além do marco teórico-conceitual, serviu de orientação

para elaboração desses roteiros a experiência de outros pesquisadores na investigação sobre intersectorialidade (FERREIRA, 2000^[137]; GALINDO, 2004^[138]; SANTOS, 2005^[139]).

Na estruturação das entrevistas, considerou-se a necessidade de facilitar a comunicação, de modo a corresponder à dinâmica da narrativa do entrevistado com questões organizadas conforme as seguintes dimensões relacionadas ao objeto da pesquisa: i) concepções dos atores acerca de saúde, promoção da saúde, educação em saúde e intersectorialidade; ii) Histórico e dinâmica de implantação do Projeto; iii) Natureza das relações e características das ações intersectoriais implementadas; iv) Natureza e função das ações educativas em saúde no Projeto; v) Análise da intersectorialidade e da sustentabilidade; vi) Efeitos para a criação de ambientes saudáveis.

Cabe assinalar a experiência vivenciada da situação de entrevista no contexto desta pesquisa como algo que confirma a sua importância para além de sua significação como mero instrumento de captação de um dito e a dimensiona como dispositivo enunciativo de produção e de acesso a uma dada ordem de saberes – dispositivo que impulsiona os sujeitos a produzirem textos, na medida em que, usando uma expressão de Carlos Brandão (2007^[140]), entram na “intimidade da pesquisa”.

As entrevistas caracterizaram-se como oportunidades de encontros singulares em que os sujeitos a partir de suas experiências de vida, seus repertórios lingüístico e cultural, imprimiram novos significados e proposições às elaborações textuais em andamento, mobilizando e potencializando outras possibilidades acerca do que estava sendo investigado.

4.5.2 Pesquisa documental

As informações documentais são consideradas relevantes em todo estudo de caso, embora sua utilidade não se justifique por sua acurácia ou ausência de vieses e sim pela possibilidade de corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes.

O termo documento designa toda fonte de informações já existente, as quais precisam ser analisadas criticamente, de modo a não tomar os documentos como registros literais de eventos que ocorreram. Como textos concretos, os documentos estão sempre inseridos dentro de um espectro mais amplo de práticas discursivas e sociais, estando imbricados num contexto ideológico e social de significação.

Os atores, em seu processo de tradução, agenciam textos, de modo que a partir das relações intertextuais é possível identificar a construção de ligações entre entidades existentes e a formação de novas entidades na dinâmica de ordenação em que se constituem as redes, observando como uma retórica fraca se torna cada vez mais forte e forma elos numa realização prática (ANDRADE, 2004^[124]).

Nesta investigação, a pesquisa documental teve como objetivo fornecer subsídios para a caracterização do projeto *Transando Saúde* e sua relação com o contexto institucional da Atividade Educação em Saúde e com as políticas públicas, em especial a PNPS, buscando a análise da correlação entre o projeto institucional e o quadro mais amplo das políticas públicas que o justifica ou contextualiza.

Busquei ainda nessa fonte de evidência os dados estruturais do projeto (aqueles que se relacionam à própria atividade Educação em Saúde, que lhe dá sustentação: organização formal, princípios e diretrizes políticas, técnicas e operacionais, alocação de recursos, quadro de recursos humanos etc), procurando analisar, em nível estrutural, as racionalidades técnicas e políticas, bem como as possíveis contradições existentes.

Foram considerados também os dados relativos aos processos e resultados incluindo as informações sobre a clientela atendida, procurando mapear a atuação do Projeto.

A seleção dos documentos obedeceu, então, a critérios relacionados a esses objetivos e esteve condicionada às eventuais restrições encontradas no campo para acesso aos textos. Assim, o conjunto dos documentos analisados foi composto de: (i) Modelo de ação programática da Atividade Educação em Saúde no SESC; (ii) Manual de orientação técnica do projeto *Transando Saúde*; (iii) planos de ação e relatórios desse projeto elaborados pelo DR referentes ao período de realização de janeiro/2005 a dezembro/2007; (iv) políticas/programas de prevenção às DST/Aids implantados nas empresas parceiras; (v) Manual do MS sobre diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/ Aids no local de trabalho; (vi) Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/ Aids e o mundo do trabalho; (vii) publicação da OIT sobre as ações e a legislação brasileira com relação ao HIV/ Aids no mundo do trabalho.

A análise constituiu-se em um processo sistemático materializado pelas seguintes etapas: (i) leitura superficial para aproximação com os conteúdos dos documentos; (ii) leitura horizontal para análise crítica dos textos e agrupamento das idéias centrais, fazendo anotações à margem dos documentos sobre as concepções acerca da temática da mediação intersetorial para a promoção da saúde e os mecanismos institucionais por elas orientados; (iii) leitura

transversal, procurando identificar os elementos essenciais na constituição de temas e narrativas sobre a temática, localizando-os e situando-os em relação ao fenômeno em estudo.

4.5.3 Observação direta

Segundo Ludke & André (1986^[141]), a observação apresenta vantagens no contexto da pesquisa qualitativa, tais como: a possibilidade de contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, funcionando como um teste de verificação; a aproximação à perspectiva dos sujeitos, facilitando a apreensão de sua visão de mundo, ou seja, dos significados que atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações.

Adotei a técnica de observação direta e livre buscando uma aproximação do cotidiano do projeto *Transando Saúde* a partir de situações específicas, tais como reuniões de equipe, e atividades educativas direcionadas à capacitação de agentes multiplicadores.

O foco da observação foi a ação concreta dos atores envolvidos, os problemas vivenciados, os antagonismos latentes e o relacionamento entre os sujeitos sociais implicados.

Nesse processo, o diário de campo foi um instrumento que contribuiu para organizar e manter um registro detalhado da experiência vivenciada durante a coleta de dados, favorecendo a explicação e compreensão da totalidade do fenômeno em seu contexto, dinamismo e relações.

Na verdade, foi um “companheiro” durante todo o período de trabalho, desde a fase exploratória da pesquisa, em que a seleção das anotações das aulas e dos trechos de leituras, a elaboração dos comentários nas reuniões de orientação ou o registro apressado das idéias que se anunciavam em diferentes momentos – não apenas acadêmicos – foram compondo um “quebra-cabeça”, uma *bricolage* inicial, posteriormente sistematizada.

No diário, registrei não somente as reflexões, mas também os sentimentos que perpassaram toda a vivência na pesquisa, desde as primeiras inquietações na problematização do objeto de estudo, até aquelas surgidas no período de ordenação, classificação e análise dos dados, num movimento de idas e vindas.

Nele também foram anotadas as observações feitas durante as entrevistas, conjugadas com a descrição dos cenários, as dificuldades e facilidades encontradas durante a coleta de dados, a forma como os sujeitos se manifestavam, os sentimentos que me despertavam. Ao final do dia, voltava a essas anotações – inicialmente feitas de forma descritiva – e as

reescrevia, já procurando fazer algumas associações iniciais, levantando questões, atentando para a necessidade de mudança da minha própria postura como pesquisadora, verificando aspectos que precisava aprofundar. Brandão (2007^[140]) denomina essa transcrição de articulação dos dados. Em suas palavras: “Isso é o que eu chamo articular os dados. Essa explicação ainda não é uma análise teórica daquilo que eu captei na minha pesquisa, é apenas uma organização mais compreensiva dos meus dados” (BRANDÃO, 2007^[140]: 16).

Registrei, ainda, as situações presenciadas quanto à dinâmica de trabalho da equipe da Atividade Educação em Saúde do DR e a oficina final do curso de capacitação de agentes multiplicadores do Projeto *Transando Saúde*. Foram situações de fundamental importância para a compreensão do objeto de estudo, agregando sentido a alguns aspectos abordados pelos sujeitos em seus depoimentos, em função das vivências, sentimentos e conflitos manifestados.

A interação do pesquisador com o objeto pesquisado é algo único em cada estudo de natureza qualitativa, sendo importante considerar, portanto, no processo de categorização do material, os conhecimentos pessoais, subjetivos e a experiência do pesquisador, em um processo dialético de apropriação e distanciamento do fenômeno social em estudo.

Minayo (2006^[125]) pondera que esses registros compõem o quadro das representações sociais, ou seja, as categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a e justificando-a. Constituíram, assim, um processo metodológico de construção de material empírico para o estudo.

4.6 Compreensão dos dados – uma aproximação à hermenêutica dialética

No contexto do ciclo da pesquisa, a análise dos dados se refere ao momento de tratamento do material empírico, que conduz à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior – onde já se delineavam os contornos necessários à compreensão do problema – e o que a investigação de campo aponta como contribuição singular (MINAYO, 1999^[122]).

De forma coerente com os fundamentos paradigmáticos que orientam as escolhas metodológicas feitas para aproximação do objeto de estudo desta pesquisa, a análise do conjunto dos dados empíricos foi feita a partir do enfoque hermenêutico-dialético cujo potencial para ampliação das possibilidades dos métodos de *análise de conteúdo* e *análise do discurso* é assinalado por Minayo, ao afirmar que

[...] uma boa análise interpreta o conteúdo ou o discurso dentro de um quadro de referências em que a ação objetivada nas instituições permite ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes. A proposta da hermenêutica-dialética é a que oferece um quadro referencial mais completo para análise do material qualitativo [...]. (MINAYO, 2006^[125]: 353 – grifos da autora)

A autora faz uma proposta operativa para aplicação desse enfoque, que se realiza em dois níveis de interpretação: o primeiro relacionado ao campo de determinações fundamentais, mapeado na fase exploratória da investigação. Esse primeiro nível é o plano da totalidade (sempre parcial) ou do contexto, referindo-se, entre outros aspectos, à história e à conjuntura sócio-econômica e política da qual faz parte o grupo social a ser estudado.

O segundo momento interpretativo “é o ponto de partida e o ponto de chegada de qualquer investigação: é o encontro com os fatos empíricos” (MINAYO, 2006^[125]: 355), referindo-se ao sentido, à lógica interna, às projeções e às interpretações dos informantes, de forma que as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes e a análise das instituições são aspectos a considerar nesse nível de interpretação.

O trabalho interpretativo exige a elaboração de *Categorias Analíticas*, formuladas na fase exploratória com base no marco teórico conceitual, as quais se destinam a desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a dimensão contextual.

Assim, considerando o objeto deste estudo – as estratégias de mediação e articulação intersetorial para criação de ambientes saudáveis – e o arcabouço teórico que o orientou sua problematização, defini as seguintes categorias analíticas: i) Concepções de saúde, educação em saúde e promoção da saúde; ii) Pensamento intersetorial/ concepção de intersetorialidade; iii) Processo político de implementação das ações intersetoriais no projeto *Transando Saúde*; iv) Relação das estratégias intersetoriais com a sustentabilidade do projeto *Transando Saúde*; v) Condições de empoderamento/ participação social

Além delas, são necessárias as *Categorias Operacionais* ou *Empíricas* que, no trabalho de interpretação dos dados, são confrontadas com as categorias analíticas. Sua formulação se dá a partir do material de campo, com base nos elementos dados pelos atores sociais, a fim de conter e expressar as relações e representações típicas do grupo sujeito da pesquisa. Para tal, se faz necessário o segundo momento interpretativo, compostos pelas seguintes etapas de compreensão: (i) a ordenação dos dados, (ii) a classificação dos dados e (iii) a análise final.

O momento da ordenação dos dados consiste em um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo. O momento de classificação parte do princípio de que os dados não existem por si só, e sim, são construídos com base em um questionamento que se faz sobre eles apoiando-se na fundamentação teórica. A análise final é o momento em que são

estabelecidas articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões formuladas com base nos seus objetivos.

Segui essa proposta operacional e desse modo, após a leitura de aproximação ao material empírico, constituí dois *corpus* de análise: (i) análise documental e (ii) análise dos discursos. Além desses *corpus*, revisei as anotações no diário de campo para subsidiar a compreensão dos dados.

Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: (i) leitura compreensiva do material; (ii) identificação e problematização das idéias explícitas e implícitas nos materiais; (iii) busca de sentidos mais amplos (sócio-culturais), subjacentes às falas e às ações dos sujeitos da pesquisa e (iv) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular o objetivo do estudo, a base teórica adotada e os dados empíricos.

A primeira etapa de análise dos dados primários consistiu na organização do material empírico. Os discursos obtidos durante as entrevistas, gravados em formato digital, foram transcritos e organizados em quadros que distinguiam os subgrupos – gestores, técnicos e agentes multiplicadores – pelo uso dos códigos alfanuméricos já definidos e pela adoção de cores diferenciadas na formatação da fonte para cada um desses subgrupos. A própria transcrição se constituiu em um exercício de aproximação aos depoimentos, durante a qual procurei rever as anotações feitas no diário de campo, fazendo novos comentários que registravam as primeiras impressões suscitadas por esse material.

Dei continuidade à aproximação aos dados, com uma leitura horizontal e exaustiva dos discursos, de forma a iniciar a busca de coerência interna das informações e apreender a estrutura de relevância dos atores sociais, as idéias centrais e suas posturas sobre o tema em questão. Utilizei o recurso do quadro para facilitar o manuseio do material empírico, colocando nele, paralelamente, os discursos transcritos na íntegra e as idéias centrais.

Após o estabelecimento das idéias centrais, realizei a leitura vertical atravessando as respostas de cada participante e, horizontal, confrontando os diferentes participantes por idéias centrais em cada subgrupo e dessa forma, fiz uma primeira classificação das falas, agrupando-as, em cada subgrupo, por categoria analítica e por idéias centrais semelhantes em cada dimensão temática explorada nas entrevistas. De forma imediatamente subsequente, fiz esse mesmo processo, só que transversalizando as classificações dos diferentes subgrupos, na busca de conexões entre elas e de modo a realizar um novo enxugamento com relação aos temas originados.

Dando seqüência a esse processo indutivo de análise, a aproximação das idéias centrais semelhantes originou os temas, e do agrupamento dos temas recorrentes emergiram

as categorias empíricas, demonstradas no Quadro 2 a seguir, em confrontação com as categorias analíticas.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	CATEGORIAS EMPÍRICAS
Concepções de saúde, educação em saúde e promoção da saúde	Promoção da saúde, prevenção e educação em saúde – distanciamentos e aproximações ao empoderamento
Pensamento intersetorial/ concepção de intersetorialidade	Alianças intersetoriais para a saúde – articulação de interesses, saberes e práticas
Processo político de implementação das ações intersetoriais no projeto <i>Transando Saúde</i>	Promoção da Saúde no Local de Trabalho – valores, tensões e controvérsias
Relação das estratégias intersetoriais com a sustentabilidade do projeto <i>Transando Saúde</i>	Mediação intersetorial e sustentabilidade – translações e formação de elos na ordenação da rede
Condições de empoderamento/ participação social	O trabalho como espaço de aprendizagem – democracia institucional e fortalecimento dos sujeitos

Quadro 2 – Categorias analíticas e categorias empíricas finais

Tais categorias empíricas revelam as dimensões singulares da dinâmica intersetorial peculiar ao cenário da pesquisa, referido ao contexto da Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho. Conectam, assim, significações conotativas acerca de promoção da saúde e trabalho comuns aos campos discursivos diferenciados dos sujeitos participantes do estudo, possibilitando analisar a capacidade de conversação entre esses campos, na direção das traduções/ translações que se engendram na ordenação dessa rede intersetorial e viabilizam a conciliação de interesses, a construção de acordos e o estabelecimento de compromissos em prol da promoção da saúde para a criação de ambientes saudáveis.

5 O CAMPO SOCIAL ANALISADO

Parti do pressuposto, indicado por diferentes autores (ROOTMAN *et al*, 2001^[29]; CARVALHO *et al*, 2004^[142]; POTVIN *et al*, 2006^[143]), de que as iniciativas no campo da promoção da saúde guardam especificidades que não são facilmente captadas pelo modelo positivista peculiar às ciências naturais, caracterizado pelo estabelecimento de relações padronizadas e lineares de causa e efeito, fundamentadas em evidências já consagradas. De caráter reducionista, um modelo assim pensado não possibilita conceber a complexidade dos mecanismos dos programas de promoção da saúde cujos elementos segundo Goodstadt (*et al.*, 2001:519 *apud* ASSIS, 2004^[144]: 76), são:

- 1) ter metas que vão além da prevenção da morbidade, incluindo a melhoria da saúde e do bem-estar; 2) ter como foco a saúde positiva, saúde holística, justiça social, equidade e participação; 3) usar o *empowerment* como mecanismo central; 4) responder aos determinantes da (ou pré-requisitos para) saúde: fatores de nível macro social; e 5) ter ações nas áreas prioritárias da Carta de Ottawa: fortalecer a ação comunitária, construir políticas públicas saudáveis, criar ambientes de suporte, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.

Uma das principais críticas à epistemologia empirista é a de que o conhecimento é uma construção social. Isso significa dizer que não apenas as pessoas têm um papel ativo na observação e na seleção dos fatos da realidade, mas também que muitos desses fatos são, em alguma medida, construídos por nós. Tal entendimento pressupõe uma dada forma de se considerar o indivíduo e o social – e sua articulação com a linguagem – e para caracterizá-la, recorro à noção de sujeito de Alain Touraine (1994^[145]) e à teoria da estruturação de Anthony Giddens (2002^[146]; 2003^[147]).

Para Touraine, os três termos – indivíduo, sujeito e ator – devem ser definidos pela relação de uns com os outros, formulando uma definição de sujeito como “a vontade de um indivíduo de agir e de ser reconhecido como ator”, de modo que a subjetivação consiste na penetração do sujeito no indivíduo e, portanto, na transformação – parcial – do indivíduo em sujeito. (TOURAINÉ, 1994^[145]: 220; 222). Trata-se, para o indivíduo, de se construir como sujeito cuja singularidade, a ação e a palavra caracterizam a humana condição.

Logo, em sua concepção, a idéia de sujeito não é separável da idéia de ator social, caracterizando um sujeito-no-mundo que se sente responsável perante si mesmo e perante a sociedade. “Sujeito e ator são noções inseparáveis e que resistem conjuntamente a um individualismo que restitui a superioridade à lógica do sistema sobre a do ator, reduzindo este último à procura racional – portanto calculável e previsível – de seu interesse” (TOURAINÉ,

1994^[145]: 210; 221). A ação do sujeito está contida na vontade de transformar seu espaço, de criar sua história, de dar um sentido ao conjunto de suas experiências de indivíduo.

O sujeito não se define por instituições ou ideologias, mas simultaneamente nas relações sociais e na consciência de si. “O ego se parte: de um lado o Sujeito, do outro o Si-mesmo (*Self*). O Si-mesmo associa natureza e sociedade, assim como o Sujeito associa indivíduo e liberdade” (TOURAINÉ, 1994^[145]: 222). Dessa forma, engajamento se combina com desprendimento, assim como liberdade pessoal une-se à mobilização coletiva.

Dubar (2004^[148]) chama a atenção para o fato de que o sujeito em questão torna-se potencialmente um indivíduo reflexivo, configurando uma forma identitária do tipo narrativa, na medida em que no contexto da alta modernidade ou modernidade tardia⁶, o “eu” torna-se, cada vez mais, um projeto reflexivo (GIDDENS, 2002^[146]), de modo que o indivíduo é cada vez mais solicitado a falar sobre si mesmo, a construir e dizer os seus projetos, “argumentando suas lógicas de ator ou suas justificativas de agente” (DUBAR, 2004^[148]: 62-63).

O foco na reflexividade informa a teoria da estruturação de Anthony Giddens (2003^[147]), que realça a margem de liberdade dos agentes com relação às estruturas, entendendo que as estruturas não têm existência independente das atividades que elas regulam nem são totalmente independentes das concepções dos atores sociais em sua coletividade.

Em sua obra, observamos uma centralidade da questão da capacidade cognoscitiva dos agentes como recurso possível para atuar no mundo. O autor ressalta o caráter passível de aprendizado da participação cotidiana dos atores nas práticas sociais, assinalando sua capacidade para entender o que fazem enquanto o fazem. “Todos os seres humanos são agentes cognoscitivos. Isso significa que todos os atores sociais possuem um considerável conhecimento das condições e conseqüências do que fazem em suas vidas cotidianas” (GIDDENS, 2003^[147]:331).

Portanto, para Giddens, os agentes monitoram suas ações apoiados em uma racionalidade constituída na vida social. Para o entendimento desse monitoramento, podemos destacar dois conceitos-chave: i) a consciência prática – o saber incorporado que permite ao agente prosseguir, configurando-se como uma espécie de consciência pré-reflexiva associada a princípios norteadores que não são problematizados pelos agentes; e ii) a consciência discursiva, que aparece quando se questiona o agente sobre sua prática.

É na *durée* – a duração espaço-temporal da vida social – que os agentes desenvolvem sua cognição, seu monitoramento. O saber incorporado constitui a escolha e a ação, sendo um

⁶ Termo cunhado por Giddens para nomear a etapa cultural, política e econômica da sociedade moderna.

saber que estrutura a ação. Não é conhecimento idealista nem simplesmente empiricista. O agente não é detentor de uma razão isolada. A noção de pensamento é comunicativa, não mentalista. É um pensamento que se efetiva na prática social. Os agentes monitoram suas ações mediante seu estoque de conhecimentos adquirido na prática, racionalizam as ações e sistematizam os atos.

Se por um lado as estruturas já estão dadas, por outro, os agentes modificam tais estruturas, em um processo transformador permanente, em que por elas também são modificados, em contrapartida. Na dimensão particular, o indivíduo, em sua singularidade, tem a possibilidade de transformar os contextos de co-presença, agindo diretamente no meio social. E através da ação coletiva, os indivíduos têm a possibilidade de atuar reflexivamente em uma estrutura, agindo na direção da modificação dos padrões existentes.

Em conformidade com essa perspectiva de compreensão do diálogo entre agência, ação coletiva e estrutura, Potvin (*et al*, 2006^[143]) propõem uma ontologia realista crítica para a avaliação de programas de saúde. Nessa concepção, a realidade é estratificada ou estruturada: existe uma distinção entre o nível dos fenômenos observáveis (empírico, relacionado aos significados que os sujeitos dão aos acontecimentos, objetos e mecanismos do real), o nível dos eventos (factual, nem sempre empiricamente observável, mas cuja existência pode ser inferida teoricamente) e o nível das estruturas e dos mecanismos geradores de eventos e fenômenos (real, que inclui o factual e o empírico, mas que não se reduz a nenhum deles). Tais mecanismos dizem respeito a determinadas propriedades ou aspectos de um objeto, ou uma estrutura em virtude da qual apresenta certo tipo de poder ou forma de ação específica. Sendo um sistema aberto, o mundo apresenta uma série de mecanismos em interação que podem anular os efeitos observáveis uns dos outros.

Os pensadores do realismo crítico defendem a dependência conceitual de nossas atividades, seja em contextos sociais, seja em contextos naturais, embora contestem que todas as nossas conceituações do mundo sejam igualmente adequadas. Além disso, os realistas críticos consideram que o processo de produção de um objeto pode ser conceitualmente dependente, mas, a partir do momento em que passa a existir, pode constituir um objeto possível de explicação causal (HAMLIN, 2008^[149]).

Esse enfoque fundamenta uma forma de compreender os problemas sociais e os programas de promoção da saúde como pertencentes ao domínio dos eventos. As situações problemáticas se atualizam na experiência dos atores a partir de modelos resultantes de seus saberes como sujeitos do conhecimento, conferindo significado à articulação de objetos reais por mecanismos causais. Os programas constituem-se, assim, em ações deliberadas pelos

atores que acionam objetos e mecanismos do mundo real para interagir e modificar a estruturação dos eventos problemáticos. Entendida como pesquisa social aplicada, a avaliação “não se limita, portanto, a associar um programa com a modificação de um problema; consiste, também, em alimentar os modelos e as teorias dos atores referentes ao conjunto de mecanismos em jogo na situação focalizada” (POTVIN *et al.*, 2006^[143]: 81).

A teoria do programa (WEISS, 1972^[150]; CHEN, 1990^[151]) é orientada para a ação, ocupando-se de explicar por que os passos devem ser dados, de uma determinada forma e seqüência. A idéia nuclear é que programas se constituem em cadeias interativas de teorias e objetivos correspondentes e desse modo, a tarefa essencial é tornar explícito o porquê e como um programa é suposto alcançar os seus produtos e resultados (CARVALHO *et al.*, 2004^[142]). Sem uma definição acurada e coerente do programa, não há como saber exatamente a que atribuir os seus resultados. Em seguida, o foco transforma-se na análise e investigação dos prováveis fatores causais e/ ou explicações alternativas para os resultados alegados do programa.

Assume-se o pressuposto, portanto, de que os programas são teorias. Os programas começam com uma teoria, tendo em vista que sua concepção e desenho se dão a partir de uma perspectiva epistemológica do que é o problema. Fazem circular o conhecimento, na medida em que, na sua implementação, há uma ampla gama de atores que vão trazendo aprendizados, imprimindo-lhe nova modelagem. E terminam em teoria, gerando um conhecimento aplicável.

Essa é a dimensão conceitual que orienta a compreensão do projeto *Transando Saúde*, alvo da análise empreendida neste estudo, ou seja, a concepção de programas como sistemas de ação em que se associam conhecimento e prática na busca de uma gestão eficaz, estando neles suposta a relação com a proposta político-institucional que os configura e com o contexto em que estão inseridos.

A importância que se confere aos contextos decorre da constatação de que as práticas são concretamente pautadas por interesses e pressupostos por eles modelados. No lugar de uma lógica linear de idéias formuladas centralmente e implementadas indistintamente, o que ocorre na realidade é uma constante reformulação do programa na implementação, caracterizando um processo dinâmico de negociações, com conformações de múltiplos atores e mesclas de interesses, que se alternam em cada uma das fases, de maneira a compartilhar objetivos, integrar estruturas, desenvolver compromissos e gerar interação.

É nessa perspectiva que podemos entender os programas de promoção da saúde como intervenções que se operam a partir de redes sócio-técnicas dentro de determinados espaços

sociais. Os modelos lógicos dos programas são como mapas abstratos que orientam as intervenções, mas estas os ultrapassam a partir dos atores que as constroem.

Os programas como redes sócio-técnicas são construções híbridas que envolvem elementos heterogêneos: conhecimento (modelo de ações, melhores práticas, cultura local – o conhecimento não está só com os proponentes); pessoas (equipe, grupos atendidos, parceiros); problema (determinantes, conseqüências); modelo lógico (misto de questões locais e importadas); recursos humanos e técnicos, e atividades (que se encontram dentro e fora do setor saúde).

Trata-se de uma concepção de redes, conforme introduzida pela Teoria Ator-Rede, em que ciência, tecnologia e sociedade se interpenetram, estabelecendo relações complexas e heterogêneas, mediadas pelos objetos técnicos que permeiam o cotidiano – então concebidos para além do sentido de instrumentos a serviço da sociedade, mas como agentes/ actantes capazes de engendrar transformações que ultrapassam o âmbito técnico-instrumental e configuram os processos sócio-técnicos (LAW^[152], 1992; LATOUR^[153], 2000).

Uma rede de atores não é redutível a um ator sozinho, nem a uma rede, mas composta de séries heterogêneas de elementos, animados e inanimados conectados, agenciados. Ela é simultaneamente um ator, cuja atividade consiste em fazer alianças com novos elementos, e uma rede capaz de redefinir e transformar seus componentes. (FREIRE, 2006^[153]: 56)

Essas redes conformam contextos onde se desenvolvem as cenas social e discursiva, as relações de poder, as estratégias de mudança ou manutenção dessas cenas e dessas relações. O componente sócio-político nelas subjacente implica possibilidades de tensões e conflitos, de tal modo que a formação de qualquer consenso torna-se um processo altamente complexo e na medida em que a rede estabelece um campo de tensões heterogêneas, a síntese não é um resultado necessário. (LATOUR, 2004^[155]).

Louise Potvin⁷, operando com esses conceitos, propõe pensar os promotores da saúde como promotores de elos ou significados para que uma aliança seja formada em torno da construção da rede de promoção da saúde. Convivemos, no âmbito das ações intersetoriais, com a coexistência de saberes múltiplos, de definições contraditórias e controversas, de uma mescla de interesses que estão em jogo na construção dos programas. Para a criação dessa rede, deve haver um conjunto de negociações bem sucedidas capazes de mobilizar atores e criar novos elos, na perspectiva de construção de compromissos.

Para designar esse processo de negociações bem sucedidas que produz a rede, adota-se um conceito-chave na Teoria Ator-Rede, que é a noção de tradução/ translação – cujo sentido

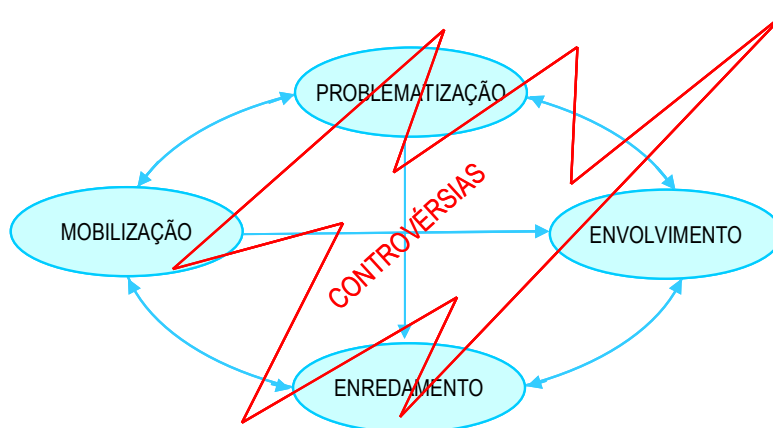
⁷ Notas pessoais do painel “Teoria e Prática de Avaliação em Promoção da Saúde”, apresentado no II Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde, no dia 14/05/2008.

extrapola o de mudanças de um vocabulário para outro, significando, “antes de tudo, um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente e que, de algum modo, modifica os atores nela envolvidos” (PEDRO, 2008^[156]: 6). Nas palavras de Latour (2000^[153]: 194), “transladar interesses significa, ao mesmo tempo, oferecer novas interpretações desses interesses e canalizar as pessoas para direções diferentes”.

Os atores-rede estão permanentemente traduzindo suas ações, linguagens, identidades e desejos, tendo em vista as mesmas manifestações em outros atores, possibilitando (re)interpretações de suas funções e produtos inovadores. A noção de rede remete a fluxos, circulações e alianças, nas quais os atores envolvidos interferem e sofrem interferências constantes.

Os processos de mudança se configuram através da força e da fraqueza de atores para gerar estratégias que traduzam um sentido da transformação, constituindo centros de tradução, articuladores dos fluxos e das vozes que sustentam uma ordenação possível para a mudança.

Segundo Callon (1986 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2001^[157]), o processo de tradução (esquemático na Figura 6, a seguir) se remete a um conjunto de mecanismos que sustentam a cooperação entre atores e instâncias diversas, englobando quatro operações principais: a problematização, o envolvimento (ou persuasão), o enredamento e a mobilização de aliados.



Fonte: traduzido de Potvin (2008).

Figura 6– Processo de tradução/ translação

A *problematização* parte de uma formulação simples, que enuncia um conjunto de obstáculos aos objetivos imputados ao outro e um conjunto de ações para a sua ultrapassagem, definindo desta forma um sistema de alianças e associações entre entidades, cujos interesses e identidades são construídos no próprio processo. Indica, portanto, movimentos e desvios, que devem ser produzidos e aceitos, além das alianças que devem ser estabelecidas.

O *envolvimento* ou *persuasão* se refere ao conjunto de estratégias adotadas pelos diversos atores visando a mobilizar outros atores em torno de um objetivo compartilhado, na definição do papel de cada um. As estratégias de envolvimento procuram definir a identidade e o papel dos outros atores. Na promoção da saúde realizam-se ações e utilizam-se ferramentas que promovem elos entre entidades existentes, estabelecendo sentidos e interesses da participação de cada um na rede de relações que se vai tecendo. Persuadir outros atores significa construir as estratégias e os mecanismos que possam intermediar as relações entre eles e todas as demais entidades que queiram definir suas identidades de outra maneira. Os mecanismos de persuasão criam um balanço de poder favorável ao proponente da operação de modo a interromper todas as associações potencialmente competitivas.

A operação de *enredamento* implica um conjunto de negociações multilaterais, jogos de poder e artifícios, que acompanham os mecanismos de persuasão viabilizando seu sucesso. Designa os mecanismos pelos quais são definidos papéis inter-relacionados, que são atribuídos a atores que os aceitam. O envolvimento bem sucedido favorece a negociação, que leva à aceitação de um papel preciso, permitindo a consolidação da rede, que no caso da promoção da saúde supõe a integração de uma nova relação de papéis na saúde e da criação de novas identidades pelas entidades da rede.

A *mobilização* de aliados se refere à representatividade de quem fala em nome de quem. Esta operação identifica porta-vozes e torna móveis identidades, possibilitando o alinhamento de entidades com interesses diversos. Diz respeito ao envolvimento de uma massa crítica de atores no sistema de ação, de maneira que a inovação se torne útil, relevante e indispensável. Na promoção da saúde, supõe a capacidade de reordenar as entidades e orientar as suas ações na direção da saúde. A mobilização dos atores, além de seus representantes, implica o progressivo ganho de poder de representação, e a expansão da rede com o recrutamento e a fixação de novos atores. Inversamente, a ausência de coesão dos representantes leva às controvérsias.

A tradução consiste, portanto, em um conjunto de operações de construção e estabilização de uma relação que envolve mecanismos de recrutamento de atores para a cooperação e de controle das suas ações, garantindo que os envolvidos se conduzam através de procedimentos de mútua regulação e de movimentação autônoma, no interior de um esquema de comando em que não há predomínio de um único ator, mas uma rede.

Um outro conceito importante para este estudo, envolvido nos processos de tradução, é o que Bruno Latour (1994^[158], 2000^[153]) designa por mediações. Uma mediação não é, simplesmente, um intermediário entre processos, entre práticas, entre objetos ou entre atores

sociais, algo ou alguém que permitiria pôr em relação entidades já constituídas e estabilizadas. A mediação pode ser um ator humano, um objeto material, uma entidade não-humana, um instrumento ou conjunto de instrumentos, uma tecnologia, um acontecimento. O que distingue a mediação do intermediário é a sua capacidade de articulação de novas relações ou ligações que redefinem ou reconfiguram, por sua vez, as entidades que através dela são relacionadas ou ligadas. As mediações têm, assim, uma qualidade performativa.

Tomada como um objeto de estudo, é necessário compreender a rede como produto de um projeto que a antecede. Nessa perspectiva, se faz necessário contar a história da rede sócio-técnica, buscando responder a perguntas relacionadas à forma como o programa é concebido em seu contexto, tais como:

Como a rede chegou a se estabelecer como tal? Que atores se envolveram no processo? Que interesses foram mobilizados? Como as alianças foram estabelecidas? Como se deram as negociações entre os diferentes atores? Que controvérsias e impasses surgiram e como foram resolvidos ou contornados? (PEDRO, 2008^[156]: 5)

Uma rede é uma lógica de conexões, e não de superfícies, definidas por seus agenciamentos internos e não por seus limites externos. A distinção entre os contextos interno e externo é contingencial, de modo que é importante focar as relações existentes entre eles, considerando o contexto interno – a consolidação dos elos existentes – e o contexto externo – a ampliação dos elos ou expansão da rede.

As cadeias de tradução referem-se ao trabalho pelo qual os atores modificam, deslocam e transladam os seus vários e contraditórios interesses. Dessa forma, as controvérsias nas quais os diferentes atores se envolvem são os lugares privilegiados de observação, fazendo aparecer o que os atores mobilizam na construção e desconstrução dos fatos.

A Teoria Ator-Rede não reduz a noção de rede à idéia de vínculo, mas, sim, acentua a dimensão da ação, o trabalho de fabricação e transformação presente nas redes. Latour (2000^[153]) propõe como principal diretriz metodológica “seguir os atores” e deixá-los falar, mapeando a dinâmica das traduções que se encontram em ação na rede, apreendendo-a “tal como ela se faz”.

Esse foi um eixo orientador da investigação e da organização da narrativa interpretativa em que se constitui esta dissertação, reconhecendo os sujeitos como atores sociais que produzem conhecimentos e práticas e entendendo os resultados da pesquisa como fruto de um trabalho coletivo marcado pela dinâmica interativa entre sujeito-pesquisador e sujeitos-pesquisados.

Este capítulo inicia o diálogo com o universo de discursos produzidos pelos sujeitos, incluindo os documentos analisados, dando destaque à caracterização geral do projeto

Transando Saúde e dos sujeitos entrevistados. Os capítulos 6 e 7 dão continuidade à abordagem dos dados primários cuja compreensão se apoiou nas categorias empíricas emergidas dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa: *Ação intersetorial para a criação de ambientes saudáveis – percepções, dinâmicas e configurações: a mediação para a promoção da saúde a partir da educação em saúde no SESC*.

É importante assinalar que as categorias correspondem às condições concretas de cada tempo e lugar, não são algo definido de uma vez por todas e não possuem um fim em si mesmas. Tais categorias têm seu sentido associado às práticas de mediação e estratégias intersetoriais que caracterizam e no contexto de tempo e lugar que determinaram sua explicitação.

Conferindo densidade à narrativa, busquei assegurar uma rica descrição sobre os pontos de vista individuais, expressar as diferentes percepções e questões dos grupos implicados e examinar os constrangimentos do cotidiano.

5.2 Caracterização geral do Projeto *Transando Saúde*

5.2.1 O contexto histórico e político-institucional

O projeto *Transando Saúde* foi formulado em 2002 por iniciativa da equipe da Atividade Educação em Saúde do SESC/DN, com a intenção de sistematizar as ações voltadas para a prevenção das DST/ Aids que vinham sendo realizadas pelas equipes dessa Atividade nos diferentes DR.

Tais temáticas compunham a programação do trabalho educativo em saúde no SESC, tendo passado a integrar o acervo do projeto SESCsaúde, destinado à realização de mostras e exposições monitoradas, desde 1990 – época em que os dados epidemiológicos levavam à estimativa pelo Banco Mundial de que, no ano 2000, 1.2 milhão de brasileiros estariam infectados pelo HIV ou teriam Aids. Alguns DR já haviam desenvolvido com êxito um projeto preliminar do DN direcionado a esse cenário de atuação, proposto aos Órgãos Regionais em 1998, com o nome de *Projeto de Prevenção às DST/Aids no Local de Trabalho*.

Essa iniciativa se deu em resposta ao compromisso firmado pelo SESC/DN junto ao Ministério da Saúde/ Coordenação Nacional de DST e Aids de intensificar as ações voltadas para o combate à infecção pelo HIV.

Em termos conjunturais, desde a década de 1980 que o governo, centrais sindicais, sindicatos, organizações não-governamentais e empresas vinham desenvolvendo ações de atenção à Aids nos locais de trabalho, mais é na década de 90 que tais iniciativas ganham maior impulso com a edição em 1996 do “Plano Estratégico de prevenção, controle e assistência às DST/Aids no local de trabalho” (Brasil-MS-CN-DST/AIDS, 1996^[159]), a criação em 1998 do Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/Aids (CEN-Aids) – do qual o Sistema CNC/SESC/SENAC também é integrante – com o objetivo de prevenir as DST/Aids no local de trabalho e ampliar a participação dos agentes sociais do setor privado na elaboração, implantação e divulgação de políticas e programas de prevenção e assistência às DST/HIV/Aids, e a implantação em 1999 do Aids II.

As opções institucionais no âmbito do SESC também foram influenciadas por esses fatores, sendo importante destacar nessa contextualização histórica e política a proposta contida no “Plano Estratégico de prevenção, controle e assistência às DST/Aids no local de trabalho”:

Construir junto com a sociedade organizada, um programa de educação continuada, executado pela própria empresa, como parte do esforço nacional na prevenção das DST/Aids. Este programa deverá ser sustentado por um sistema de comunicação permanente, em modelo de parceria, com a implementação de ações multisetoriais visando a qualidade e produtividade, através da promoção à saúde. Os deveres e responsabilidades dos empresários para com a saúde de seus empregados estão fundamentados legalmente, expressos em ações exclusivamente complementares às ações executadas pelo Governo. (BRASIL-MS – CN-DST/AIDS, 1996^[159]: s/p)

E para tal, os objetivos traçados no escopo do Plano Estratégico foram os seguintes:

1. Reduzir a incidência e a mortalidade provocada pelo HIV e outros agentes causadores das DST através de ações educativas no local de trabalho;
2. Ampliar a participação das empresas privadas e outros agentes sociais na luta contra a Aids;
3. Levar informações atualizadas e cientificamente balizadas sobre DST/HIV e Aids a todos os trabalhadores brasileiros;
4. Preparar a empresa para lidar com a questão da soropositividade e preconceitos que podem influir na produtividade;
5. Estimular ações de sindicatos junto a empresas, no desenvolvimento de programas de prevenção;
6. Desenvolver material educativo sobre a prevenção às DST/AIDS, apropriado para o local de trabalho; e
7. Apoio a projetos. (BRASIL-MS – CN-DST/AIDS, 1996^[159]: s/p)

O estabelecimento de parcerias entre os setores governamentais, empresas, organizações não-governamentais, órgãos do chamado sistema “S” (SESI, SENAI, SESC,

SENAC, SEST, SENAT), centrais sindicais e sindicatos foi avaliado como principal estratégia para a consecução dos objetivos colocados.

No nível macro-político, a OIT vem desempenhando um papel fundamental no estímulo ao desenvolvimento de políticas de prevenção e assistência às DST e Aids no local de trabalho, através da regulamentação de normas e proposição de diretrizes para o setor.

Exemplo disso, foi o lançamento, em 2000, do “Programa HIV/Aids e o Mundo do Trabalho” com o objetivo de aumentar a capacidade dos parceiros para, dentre outras atividades, desenvolver iniciativas de prevenção nos locais de trabalho e proteger os direitos fundamentais dos trabalhadores e suas famílias em caso de infecção pelo HIV/Aids.

Dentre as ações implementadas visando ao alcance desse objetivo figura a adoção de um código de práticas – o “Repertório de Recomendações Práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o Mundo do Trabalho” – o qual se constitui em um documento orientador para governos, empregadores, trabalhadores, organizações sindicais e outros parceiros relevantes para o desenvolvimento de programas e políticas nacionais e nos locais de trabalho, em que, segundo uma perspectiva ético-política, sejam promovidos os direitos humanos, combatendo-se a discriminação e o estigma relacionados à soropositividade

Como um de seus princípios-chave, o documento reconhece o papel que as empresas, como parte da comunidade local, têm a desempenhar no esforço coletivo de combate à disseminação do HIV/Aids e na restrição dos efeitos da epidemia.

O DR que se constituiu campo desta pesquisa foi um dos que desenvolveram aquela primeira versão proposta pelo DN, chegando a realizar no ano de 1999, em parceria com a Coordenação Municipal de DST/Aids, a *1ª Capacitação em Prevenção da Aids no Local de Trabalho*, direcionada a profissionais atuantes na área de Recursos Humanos de diversas empresas da capital.

Olha, desde 1998, o Regional, ele já começou a fazer um trabalho intersetorial com a Secretaria Municipal de Saúde nessa questão da prevenção do HIV/ Aids. Nós fizemos uma turma de Aids no local de trabalho – de multiplicadores – e centramos o foco dentro do SESC mesmo, no trabalho interno do SESC. Capacitamos outras empresas, mas não fizemos o monitoramento. (G2)

Ainda de forma correlata, figuram projetos de iniciativa desse DR, como o *Adolescer Saudável*, que em parceria com a Coordenação Municipal de DST/Aids e apoio da Secretaria Municipal de Educação, iniciou em 2002 a estruturação de *Núcleos de Adolescentes Promotores de Saúde* com programação anual definida de forma participativa a partir das necessidades da comunidade escolar e das demandas comunitárias.

À época da proposição do projeto *Transando Saúde*, o conjunto dos dados levantados através da análise dos relatórios encaminhados pelas equipes dos DR acerca de suas iniciativas na área revelava que o trabalho de potencialização da clientela para adoção de medidas de prevenção, bem como para a formação de um comportamento solidário e de compromisso social com a multiplicação de informações, estavam sendo a tônica da atuação dos DR. Em menor escala, faziam-se presentes as possibilidades de intervenção nos campos do fortalecimento da ação comunitária e da criação de ambientes saudáveis.

Com base nessa experiência, levando em consideração por um lado, as dificuldades identificadas e por outro, a necessidade de consolidação da proposta de trabalho em nível nacional, é que foi proposto o Projeto *Transando Saúde* aos DR. Visava-se com isso, favorecer o intercâmbio de experiências entre os Órgãos Regionais e assegurar uma unidade conceitual e programática, possibilitando o melhor acompanhamento das ações por parte do DN. Além disso, na perspectiva dos compromissos intersetoriais que vinham se formando, via-se a necessidade de compatibilizar as realizações com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelo Ministério da Educação (MEC) com relação aos programas implementados nos ambientes laborais e nas escolas.

O contexto epidemiológico indicava que aproximadamente 83% dos casos de Aids notificados ao Ministério da Saúde encontravam-se na faixa etária de 15 a 49 anos de idade – ou seja aqueles que participam ativamente do mercado de trabalho, representando a maior força produtiva do país. Em termos absolutos, com base nos estudos realizados em 2001, estimava-se que, em 2000, existiam no Brasil 597.443 indivíduos, de ambos os sexos, nessa faixa etária, infectados pelo HIV – isso correspondendo a uma prevalência de 0,65% (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[160]).

Os indicadores demonstravam, ainda, a concentração de transmissões entre mulheres e homens heterossexuais e um aumento sensível no número de casos entre pessoas com baixos níveis de escolaridade e ocupações menos qualificadas, representando um claro indicativo da propagação da epidemia entre segmentos mais desfavorecidos da sociedade, em um processo de pauperização, com repercussões para a potencialização da exclusão e da vulnerabilidade às DST/Aids.

Nesse cenário, atribuía-se importância ao desenvolvimento de ações de prevenção nos locais de trabalho, considerando a existência de aproximadamente 26 milhões de pessoas empregadas no setor privado e de cerca de 16 milhões de pessoas com algum tipo de vínculo empregatício sem registros formais no sistema de previdência e, portanto, sem proteção trabalhista (PIMENTA *et al*, 2002^[161]).

Tal quadro epidemiológico caracterizava desafios que apontavam para a necessidade de estabelecimento de alianças entre os setores público, privado e sociedade civil organizada. Dentre eles: i) estabelecer e ações adequadas às pequenas empresas, ao setor informal e aos trabalhadores mais vulneráveis (portuários, caminhoneiros, mineiros e trabalhadores rurais); ii) consolidar e aperfeiçoar a legislação vigente no que se refere aos direitos dos trabalhadores em relação ao HIV/Aids; iii) fortalecer a participação e a mobilização local do setor empresarial e das organizações dos trabalhadores – centrais sindicais e sindicatos; iv) aumentar a sustentabilidade das ações de médio e longo prazo por meio de parceria intra e inter-setorial envolvendo governo, trabalhadores e empresários.

O objetivo do DN de constituir um Projeto que viesse de encontro às experiências e demandas dos DR encontra ressonância no depoimento da técnica do SESC entrevistada, quando o identifica como similar à iniciativa local, ao relatar as condições de elaboração desta proposta – aprovada posteriormente pelo DN – como resultado de sua experiência de estágio na instituição.

A avaliação do Projeto do DN como uma oportunidade de estruturar o que o DR vinha realizando na área também foi afirmada pela Coordenadora da Atividade Educação em Saúde:

A gente já tinha essa parceria e quando o DN propôs, em 2003, o Projeto Transando Saúde, a gente viu que seria oficializar aquilo que a gente vinha fazendo de uma forma, sistematizar mesmo uma coisa que a gente vinha tentando fazer de uma forma isolada, sem um nome específico – era um trabalho de prevenção à Aids –, mas a gente tinha ali um meio de sistematizar isso, de uma forma mais coerente, com recursos, com uma coisa mais estruturada. (G2)

E em sua afirmação, destacam-se as vantagens possibilitadas por essa estratégia, ao contextualizar as ações em uma esfera maior, trazendo visibilidade nacional ao nível local e gerando oportunidades de qualificação técnica e de ampliação do reconhecimento institucional em diferentes instâncias:

Acho que aceitar o projeto, ele trouxe benefícios pro Regional porque colocou o desenvolvimento da Atividade do Regional no cenário nacional. (...) A idéia, a gente já acreditava, e ela veio mais elaborada, veio assim com a estrutura do treinamento, veio mais focada. Porque a gente fazia muita coisa e às vezes você perde o foco. Então, você tem os espaços de atuação: ou vai pra escola, ou pra comunidade, ou vai pra empresa. Então nós fizemos as nossas escolhas. Não deixamos abandonados nem comunidade, nem escola. Mas a gente centrou mais as forças, já em cima de uma diretriz de trabalho que existia. Acho que isso ajuda muito, você ter um delineamento do que a instituição como um todo quer, pensa. Acho que isso uniformiza o pensamento. A própria estratégia de aproximação com o Ministério que amplia o reconhecimento do SESC. (...). E a qualificação das pessoas – o ponto de estar capacitando, estar atualizando. Tudo isso ajuda a aderir a uma proposta bem maior. (G2)

Na proposição do projeto *Transando Saúde*, o ambiente escolar e os locais de trabalho foram eleitos como principais espaços das ações. Tal eleição decorreu da compreensão de que o SESC, ao se voltar prioritariamente para os trabalhadores do comércio e de bens e serviços e

seus dependentes, tem no ambiente de trabalho e na família seus cenários privilegiados de atuação em saúde – e a sistematização de ações nas empresas e nas escolas seria a forma de atingir esses dois públicos.

No manual de orientação técnica do Projeto (SESC/DN, 2002^[162]: 4), é feita a indicação dos principais fatores considerados no encaminhamento dessa proposta, revelando os muitos atores sociais que estão envolvidos na tessitura dessa trama intersectorial em que o *Transando Saúde* se coloca e se constitui como rede sócio-técnica:

- a) A magnitude dos dados epidemiológicos, que apontavam para a importância da intensificação dos programas educativos, de prevenção e assistência às DST/ Aids, em âmbito nacional.
- b) As recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Internacional do Trabalho (OIT), no sentido da elaboração e operacionalização de programas de prevenção a Aids nos locais de trabalho.
- c) As recomendações do MEC, incluindo os temas sociais urgentes nos currículos escolares, entre eles, saúde e orientação sexual, visando à melhoria da qualidade de vida dos alunos, professores, funcionários, suas famílias e comunidades.
- d) O compromisso assumido pelo SESC junto ao MS de intensificar as ações voltadas para o combate da infecção pelo HIV, conforme formalizado em Termo de Cooperação Técnica com a Coordenação Nacional de DST/ AIDs (CN-DST/AIDS).
- e) A vasta experiência do SESC, através de suas Unidades Operacionais, na articulação com instituições da comunidade para o trabalho em parceria, bem como seu potencial de multiplicação de informações para clientela interna (servidores dos centros de atividades e colônias de férias) e externa (trabalhadores do comércio e de bens e serviços, seus dependentes e comunidade em geral).

À essa época, dentre as estratégias da CN-DST/AIDS para a implantação de atividades de prevenção e assistência ao HIV/Aids no local de trabalho, em conformidade com o Aids II, estava a prioridade: i) ao reforço das parcerias entre sindicatos, órgãos do sistema “S” e unidades locais de saúde para atuarem nas empresas; ii) ao estímulo aos órgãos do sistema “S” para a incorporação da tecnologia educacional acumulada pela CN-DST/AIDS, coordenações locais e organizações não-governamentais; iii) à promoção do trabalho de prevenção nas empresas de pequeno e médio porte através de órgãos cuja missão é atender as demandas dessa faixa empresarial; iv) à ampliação das iniciativas de prevenção implementadas nas grandes empresas integrantes do CEN-Aids, expandindo-se para

organizações similares; v) ao reforço da integração entre as Coordenações locais de DST e Aids e as empresas – em especial as de pequeno e médio portes sem convênios particulares de saúde – a fim de ampliar o acesso desses trabalhadores aos serviços oferecidos na rede pública de saúde.

No texto do Projeto *Transando Saúde* proposto aos DR, deixa-se claro que a decisão pelo cenário de atuação – se empresa, escola ou ambos – fica a cargo de cada DR, conforme avaliação dos gestores e equipes técnicas quanto ao potencial de realização do trabalho e à demanda local existente. O DR selecionado como campo de pesquisa desenvolve o Projeto desde 2003, assumindo como principal cenário de atuação o local de trabalho, mas também atuando no espaço escolar, principalmente em municípios de médio porte. As condições dessa decisão se confundem com a própria motivação para adesão ao Projeto.

[O Diretor de Programas Sociais na época] *ele sempre estava sugerindo que a gente fizesse um pacote pra gente poder chegar ao comércio, levar os serviços de que a gente dispunha pra esse público, que muitas vezes não chega aqui à Unidade, dependendo do horário de trabalho.(...) Então, além da consciência da importância do trabalho de prevenção e de promoção, também contou a questão de estar atingindo essa clientela, que é a nossa clientela-alvo, que ficava desassistida nesse papel, principalmente de orientação dessa natureza. E principalmente preocupado com a questão da saúde como um todo, né? A epidemia da Aids e as questões que vêm realmente assolando todos nós e a gente com um papel social de estar contribuindo – eu acho que foi mais esse foco. (G1)*

Olha, foi uma decisão de gestão porque a gente percebia que a gente faz muita coisa, o SESC trabalha com muitas frentes de trabalho, mas pra você atingir o trabalhador do comércio é muito difícil. Então a gente viu no projeto uma oportunidade, por ser uma temática que interessa a população de idade produtiva – o nº de casos hoje que a gente vê na estatística, é justamente essa população jovem, ativa, sexualmente, e ativa no mundo do trabalho – então seria uma temática que cairia bem pra gente se aproximar das empresas. (G2)

Como será explorado no Capítulo 7 desta dissertação, essa possibilidade de fazer chegar as ações educativas em saúde aos trabalhadores do comércio em seus locais de trabalho, se constituiu um ponto de interesse comum com as Coordenações Estadual e Municipal de DST e Aids, valorizando-se o potencial de mediação do SESC para entrada nas empresas, na perspectiva de ordenação de uma rede intersetorial para consolidação do trabalho.

Há que destacar que, ainda que a proposta tenha tido receptividade dentre equipe técnica e gestores, alguns entraves precisariam ser vencidos, a fim de que o Projeto pudesse ser implantado. Uma primeira dificuldade era a própria restrição quantitativa do quadro de recursos humanos da Atividade Educação em Saúde, em contraste com o volume de trabalho e demanda local. A equipe era formada apenas pela coordenadora da Atividade – que desde sua entrada no DR sempre assumiu responsabilidade também pelo desenvolvimento das ações

– e mais uma assistente social para atuação nas esferas direta da Educação em Saúde e integradas às demais Atividades dos diferentes Programas – Saúde, Educação, Cultura, Lazer e Assistência – no âmbito de 3 Unidades Operacionais (UO), 3 Unidades do Projeto SESC Ler (alfabetização de adultos) e uma unidade de Educação Infantil, distribuídas na capital e em cidades do interior do estado.

A gente também apresentou o projeto e colocou que pra poder a gente sistematizar como Transando Saúde – porque do jeito que a gente vinha fazendo, dava pra continuar – mas como Transando Saúde com o foco em empresa, a gente precisaria de um profissional específico pra fazer isso. Porque é uma outra realidade que você vai estar ocupando esse espaço e a gente precisa de uma presença constante de um técnico dentro da empresa, fazendo essa ponte, essa ligação. E com as demandas todas da Atividade Educação em Saúde do SESC, não seria possível manter esse projeto vivo. Podia até fazer um evento, uma ação, mas pra ele ter sistematicidade e ser vivo, precisaria mesmo de uma pessoa exclusiva pra isso. (G2)

No entendimento da coordenadora da Atividade Educação em Saúde, o fato da equipe já ter uma experiência reconhecida na área foi um aspecto que sustentou a argumentação quanto à necessidade de contratação de uma profissional com dedicação exclusiva ao Projeto e contribuiu para o acolhimento por parte do DN da proposta encaminhada, aprovando a concessão de auxílio financeiro.

Outros aspectos, ainda, são valorizados pelos atores institucionais no âmbito do DR como fatores que contribuiriam para aceitação imediata da proposta pelos gestores em nível local, os quais se remetem à capacidade de argumentação adquirida com os mecanismos de sistematização da experiência implementada e o reconhecimento já conquistado com relação ao trabalho desenvolvido, tanto no que se refere à clientela atendida quanto aos parceiros já mobilizados.

As condições de implantação do Projeto, assim delineadas, foram materializadas nos procedimentos estratégicos direcionados à consolidação das parcerias com as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e com as empresas do comércio para realização da primeira oficina de capacitação de agentes multiplicadores para implantação de programas de prevenção às DST e Aids nos locais de trabalho. A técnica responsável pelo projeto no DR relatou esse processo, revelando que no nível das Secretarias, o processo transcorreu sem muitas dificuldades, tendo em vista a afinidade de interesses, a complementaridade das ações e a vantagem de sistematização das práticas trazida pelo *Transando Saúde*, que fortalecia as condições do acordo intersetorial.

Bom, primeiro, quando a gente estruturou o Projeto, a gente teve uma reunião com a Coordenadora – estadual e municipal – de DST/Aids, apresentamos o projeto e ela achou muito interessante porque ele ia deixar de ser um trabalho pontual pra ser um trabalho sistemático – então ia ter um acompanhamento. Porque a maior dificuldade que eles têm é de acompanhar, de monitorar todas as ações que eles executam. E, aí, foi assim aprovado inicialmente. Até porque como já eram parceiros nas

capacitações, sendo um trabalho sistemático, o fortalecimento ficou maior. Na realidade, a gente também ia fazer coisas que eles não tinham pernas pra fazer. (T1)

A articulação com as empresas do comércio seguiu um caminho mais desafiador, exigindo persistência na experimentação de diferentes recursos e estratégias para enfrentamento das dificuldades que se fizeram presentes por ocasião da implantação do Projeto.

Na primeira tentativa de acesso, se optou pelo encaminhamento de ofício endereçado aos gerentes de Recursos Humanos de cada uma das empresas cadastradas no SESC. A intenção era de que, mediante resposta aos ofícios, a técnica responsável pelo Projeto fosse pessoalmente visitar as empresas interessadas para expor a proposta e negociar acordos e agendamentos. Mas a decepção foi grande com o total fracasso da estratégia: “*E, aí, pra nossa infelicidade, a gente não teve retorno nenhum*” (T1). A tentativa seguinte foi visitar as empresas:

Eu fiz uma seleção dessa lista que a Central de Atendimentos tinha passado pra gente, fiz um mapa de visitas e no carro mesmo aqui do SESC, eu fui visitando as empresas. (...) Então, eu fui logo pelas empresas de grande porte, com o maior nº de funcionários. (...) Eu imaginei que as grandes empresas tinham mais interesse porque como tinham muitos funcionários, seria mais fácil disponibilizar, mas foi justamente o contrário! O acesso pros gerentes foi muito mais difícil. Muitas vezes as visitas que tinham sido agendadas, quando eu chegava, ele já tinha saído pra outra reunião porque tinha sido chamado imediatamente, não podia esperar. (T1)

É marcante a diferença entre a quantidade de empresas visitadas e o número de adesões nessa primeira investida para implantação do Projeto *Transando Saúde*, revelando a dificuldade que caracterizou essa primeira fase de mobilização de alianças:

E, aí, a cada gerente que eu consegui encontrar, que não foi fácil, foi quando eu apresentei o projeto. Quando eu consegui fechar um grupo, uma equipe de 20 participantes, eu fechei a primeira turma. Então, a gente precisou visitar 45 empresas, eu lembro, a princípio. (...) Aí dessas empresas, 5 empresas a gente conseguiu a adesão ao Projeto. Então foi quando a gente fez a primeira capacitação, em 2003, com 5 empresas do comércio. (T1)

Essa experiência inicial, no ano de implantação, resultou em condições favoráveis à ampliação da rede de empresas, na direção da sustentabilidade do Projeto, com as adesões passando a ocorrer de forma mais fácil, em função do conhecimento do trabalho desenvolvido, que se constituiu referência:

Agora, a partir daí, no segundo ano do Projeto, aí eu já imaginei: quantas empresas agora?... acho que eu vou ter que ir pra umas 100! (...) Mas no 2º ano, pra minha surpresa, eu quase não precisei visitar nenhuma porque as primeiras empresas, elas já serviram de referência pra outras. Então foi mais fácil. Quando eu cheguei nas empresas pra visitar, pra apresentar o Projeto, já tinham a referência de empresas que já faziam parte do Projeto, já sabiam como é que estava sendo o trabalho. Então foi mais fácil a adesão de novas empresas no 2º ano. Agora eu não sinto tanta dificuldade nesse processo de adesão. (T1)

Até dezembro de 2007, em seu quinto ano de exercício, o Projeto havia contabilizado a adesão de 21 empresas na capital e de 13 empresas em dois municípios de médio porte, em decorrência da opção por sua interiorização, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde. Os ramos de atuação dessas empresas parceiras são os mais diversos: limpeza e serviços gerais, lanchonetes e restaurantes, supermercados, hotéis, postos de gasolina, dentre outros.

A respeito do trabalho nos municípios para os quais o Projeto se expandiu, a técnica do SESC esclarece que os compromissos firmados são diferenciados com relação à capital, tendo em vista a impossibilidade dela, sozinha, arcar com a supervisão técnica em mais dois municípios. Assim, o acompanhamento direto das atividades desenvolvidas nas empresas é feita pela SMS e o SESC se reúne periodicamente com a equipe dessa Secretaria que também se responsabiliza pelo envio de relatórios de realizações.

No âmbito do cenário escolar, a implantação se deu em três municípios de médio porte, em unidades do SESC voltadas para a alfabetização de jovens e adultos (Projeto SESC Ler) e em algumas escolas da rede pública. Neste espaço de atuação, o trabalho se volta para a capacitação dos professores, mas não é feito o monitoramento do desdobramento das ações diferenciando-se metodologicamente do que tem sido realizado nas empresas.

Considerando que na pesquisa implementada, o cenário que se constituiu em objeto de análise foi o local de trabalho, neste estudo será priorizada a caracterização do projeto no que tange a esse espaço de atuação.

5.2.2 Perspectiva teórico-metodológica

Em conformidade com o arcabouço teórico da promoção da saúde discutido nos capítulos anteriores, a estruturação do projeto *Transando Saúde* foi guiada pela compreensão de criação de ambientes de suporte à saúde, tal como introduzido na Declaração de Sundsvall, concebendo a possibilidade de desenvolver uma atuação na direção da consolidação de um processo de desenvolvimento pessoal, organizacional e político, tendo como principais cenários (*settings*) o ambiente de trabalho e o espaço escolar.

Considera-se que o conceito de *settings* é fundamental para a teoria e prática em Promoção da Saúde porque para além de delinear fronteiras em termos de populações-alvo, concebe o próprio cenário/ espaço social/ ambiente como uma meta de intervenção, enquanto contexto dentro e a partir do qual as práticas e as condições de saúde são influenciadas.

Um pressuposto fundamental diz respeito à própria concepção de *ambiente* cuja visão puramente instrumental como “cenário de práticas”, como locais em que podem ser encontrados mais convenientemente “audiências cativas” para a implementação de programas direcionados à mudança comportamental, precisa ser desconstruída – e esse tem sido um grande desafio na implementação do Projeto.

Como referem POLAND (*et al*, 2000^[163]), no lugar dessa visão, uma perspectiva ecológica e crítica dos ambientes para a promoção da saúde: (i) reconhece que estes variam consideravelmente, mesmo dentro de suas categorias (por exemplo, a diversidade dos ambientes do local de trabalho); (ii) considera a permeabilidade dos limites entre os diversos ambientes (os ambientes não existem em um vácuo – as pessoas entram e saem de muitos ambientes diferentes no curso de suas rotinas diárias); (iii) admite as relações sociais preexistentes no ambiente (por exemplo, as relações gestão-trabalhador), que possam influenciar a maneira pela qual as iniciativas de promoção da saúde são estruturadas e percebidas por diferentes atores, o quanto elas são apoiadas – e por quem – e que impactos terão a curto e longo prazo.

O principal objetivo colocado com relação ao ambiente de trabalho é o de capacitar os recursos humanos do SESC e a clientela comerciária acerca dos aspectos ligados à problemática das DST e Aids, de forma a estimular a constituição de agentes multiplicadores para a implantação de programas de prevenção a essas doenças nas empresas.

Foram consideradas, as recomendações da OIT e do MS para a implantação de programas de prevenção às DST e Aids nos locais de trabalho, em que se consideram que os fatores-chave de sucesso estão relacionados às seguintes estratégias principais: (1) a administração da empresa, incluindo a presidência, diretorias e gerências, está comprometida com o programa; (2) o programa deve ser institucionalizado; (3) o programa educacional é contínuo, não se reduzindo somente à palestra ou à distribuição de material informativo; (4) o programa educativo é obrigatório para a totalidade da empresa; (5) o programa considera as especificidades da instituição e de seus funcionários em termos socioeconômicos, culturais e organizacionais; (6) o programa adota, quando possível, estratégias face a face; (7) o programa adota, sempre que possível, estratégia de pares; (8) todos os funcionários são envolvidos na elaboração e implementação dos programas; (9) o programa inclui atividades de treinamento e educação dentro da jornada de trabalho; (10) o programa garante a todos o acesso a serviços de apoio como aconselhamento, testagem e tratamento para DST, e distribuição de preservativos; (11) o programa insere a “educação em Aids” num quadro mais amplo de

promoção da saúde no local de trabalho; (12) o programa aprende com a avaliação (BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998^[164]: 54).

Buscou-se garantir na proposição dos procedimentos metodológicos uma correspondência com a perspectiva introduzida pela Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT), apoiada em um modelo que considera não somente os fatores pessoais relacionados a comportamentos e estilos de vida, mas também os demais fatores de determinação da saúde dos trabalhadores: ocupacionais, organizacionais e estruturais (GRUNAU & HARRIGAN, 1999^[165]; CHU *et al*, 2000^[166]).

Com base nesse enfoque, objetiva-se que a iniciativa de implantação de um programa de prevenção às DST e Aids nas empresas contribua para o desenvolvimento de uma política corporativa que agregue aos critérios financeiros comumente predominantes na preocupação dos empresários com a saúde dos trabalhadores, a responsabilidade social pela saúde – dos funcionários e da comunidade onde a empresa se insere –, com repercussões para mudanças na cultura gerencial, tornando-a mais permeável às iniciativas pessoais e à participação dos trabalhadores nas decisões relacionadas à política de recursos humanos.

Adotou-se a estratégia da “educação entre pares” (*peer education*), que se constitui tipicamente em formação e apoio aos membros de um determinado grupo visando provocar mudanças entre eles, de forma a basear-se em escolhas político-pedagógicas significativas para um dado grupo e contexto.

Mundialmente, essa tem sido uma das estratégias mais largamente adotadas no campo da prevenção às DST e Aids, reconhecendo-se seu potencial para: i) efetuar mudanças individuais quanto aos conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos; ii) criar mudanças em nível grupal estimulando a ação coletiva para influenciar políticas e programas e também no nível da sociedade, contribuindo para a alteração de normas instituídas. Dessa forma, tal estratégia encontra fundamentos teóricos tanto em teorias cognitivo-comportamentais, com destaque para a teoria da aprendizagem social de Albert Bandura, quanto em teorias de empoderamento comunitário e participação social, recebendo, neste caso, forte influência das idéias de Paulo Freire.

A educação entre pares corresponde ao entendimento defendido por alguns autores de que o alcance dos objetivos que se pretende com a ação educativa depende da

aceitação da intersubjetividade de pretensões de validade, isto é do reconhecimento de que as práticas preventivas propostas são: corretas (implementam ações legítimas para determinados contextos); verdadeiras (expressam certezas compartilháveis); e autênticas (comunicam-se legitimamente com diferentes experiências, interesses afetos). (FELICIANO & AYRES, 2002^[167]: 297)

Adota-se, ainda, como referencial o conceito de vulnerabilidade, que considera

a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES *et al*, 2003^[103]: 123)

São reconhecidos nas diferentes situações de vulnerabilidade de sujeitos (individuais e/ou coletivos), três componentes interligados: o individual, o social e o programático ou institucional.

O componente individual diz respeito basicamente a elementos de ordem cognitiva (o grau e a qualidade da informação de que os indivíduos dispõem e a capacidade de elaborá-la) e de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e práticas protegidas e protetoras). Nesse quadro conceitual, entretanto, os comportamentos associados a maior vulnerabilidade não são entendidos como naturalmente decorrentes de uma ação voluntária das pessoas, mas, sim, estão relacionados tanto às condições objetivas do ambiente, quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, além do grau de consciência que as pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem exercer para transformá-los (AYRES *et al*, 2003^[103]; MEYER *et al*, 2006^[104]).

O componente social da vulnerabilidade envolve a obtenção das informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las às mudanças práticas. Coloca-se, portanto, na dependência do acesso que se tenha aos meios de comunicação, da disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, do poder de participar de decisões políticas e em instituições, da possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas, dentre outras condições que precisam ser consideradas nos programas educativos aos quais elas dão sustentação (AYRES *et al*, 2003^[103]).

Uma das estratégias fundamentais é a desconstrução das desigualdades entre homens e mulheres e nessa perspectiva, no Projeto, incorpora-se a abordagem de gênero nos processos educativos, visando contribuir para a desnaturalização da diferenciação social do masculino e do feminino. Busca-se problematizar e discutir os efeitos das desigualdades de gênero nas relações sociais e institucionais, na perspectiva do engendramento de outras possibilidades interativas em que homens e mulheres sejam pensados como seres sociais e políticos, capazes de refletir, discutir e tomar decisões de modo igualitário, com repercussões para o cuidado da saúde individual e coletiva.

A essa discussão, articula-se a da sexualidade, entendida igualmente como construção histórico-sócio-cultural, atravessada, portanto, por questões como religiosidade, gênero, etnia, tradicionalidade/modernidade, marginalidade, reprodução, dentre outras, que constituem

sujeitos com modos próprios de vivenciar a sexualidade em diferentes idades, requerendo valorizar as experiências subjetivas e singulares – que supõem emoção, afeto e imaginário –, sem perder de vista a intersubjetividade e os contextos estruturantes deste processo.

Como assinalam Parker & Aggleton (2006^[168]), no complexo processo de disseminação do HIV, prolifera uma “epidemia de significados”, conducentes ao constante enfrentamento de estigmas e discriminações que são obstáculos ao compromisso com a prevenção e com o atendimento digno. Na capacitação dos agentes multiplicadores no âmbito do projeto *Transando Saúde*, parte-se do pressuposto de que é necessário considerar os aspectos afetivos na construção de conceitos que levam ao desenvolvimento de valores e modelam as práticas em torno da questão das DST/HIV/Aids. Busca-se a criação de um cenário de aprendizagem propício à livre expressão de sentimentos, emoções e pontos de vista, estimulando a interação construtiva, responsável e crítica, na direção da construção coletiva de respostas às situações sociais que se caracterizam problemáticas para o grupo e do desenvolvimento de posturas mais solidárias em diferentes contextos de vida.

O componente programático ou institucional da vulnerabilidade vincula os componentes individual e social, buscando avaliar como as instituições de saúde, educação, bem-estar social e cultura atuam no sentido de encaminhar esforços programáticos para responder às necessidades de prevenção e cuidado, além do grau e da qualidade do compromisso das instituições, dos recursos, da gestão e do monitoramento dos programas para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e otimizar seu uso, na direção do fortalecimento dos sujeitos frente à epidemia da Aids (AYRES *et al.*, 2003^[103]).

Propor uma abordagem educativa referenciada pelo quadro conceitual da vulnerabilidade implica um deslocamento importante no plano das tendências pedagógicas que orientam a educação em saúde e, mais especificamente, as práticas voltadas à prevenção das DST/ Aids, aproximando-se da perspectiva do empoderamento e da participação social, ao buscar colocar os sujeitos situados e contextualizados no centro do processo de transformação, do qual os técnicos também são partícipes ativos.

Pretende-se no Projeto superar a perspectiva da modelagem de comportamentos para um enfoque construtivista em educação em saúde, tomando como ponto de partida os saberes e experiências dos grupos diretamente envolvidos – os atores das práticas e sujeitos do conhecimento – e buscando a construção participativa do conhecimento nos contextos para onde se voltam as intervenções.

A proposta educativa baseia-se no reconhecimento de que as mudanças necessárias requerem uma abordagem que privilegie o diálogo e o conhecimento mútuo de valores,

experiências e afetos, adotando métodos participativos que dêem importância não só aos fatos e conteúdos, mas também aos sentimentos e valores a eles associados e contribuam para mudanças político-culturais em diferentes contextos.

O entendimento que está subjacente às metodologias participativas é o de que podem contribuir para o empoderamento mútuo dos técnicos e dos funcionários das empresas na apreensão da realidade em que atuam – realidade que os desafia à compreensão e intervenção e na qual se encontram, situados de perspectivas diferentes.

O apoio e a resposta social que se buscam alcançar envolvem a comunicação e o diálogo, que não objetivam a homogeneização de formas de pensar e levar a vida, mas a construção e o fortalecimento de cumplicidades, vinculando elos que se formam nas ações educativas, em função de vivências, interesses e necessidades comuns a um conjunto de agentes.

Considerando a situação contextual e os fundamentos teóricos, foram previstas ações com o objetivo de contribuir para a institucionalização, nas empresas do comércio e de bens e serviços, de programas de prevenção apoiados na metodologia de pares e voltados para a problematização da temática, visando dentre outros resultados, superar preconceitos, favorecer a adoção de práticas seguras de prevenção e desenvolver uma atitude solidária frente aos portadores do HIV no ambiente de trabalho.

Neste sentido, as principais estratégias metodológicas compreendem:

a) Mobilização de parceiros:

Esse é o ponto de partida da implantação do Projeto, exigindo como pré-requisito o desenvolvimento de um pensamento intersetorial que possibilite desencadear os processos coletivos que visam à construção do compromisso de engajamento dos diferentes atores.

A orientação é de que, na articulação com as Secretarias de Saúde, assegure-se uma perspectiva de desenvolvimento de uma prática integradora das ações dos diferentes setores, de modo que se complementem e interajam para uma abordagem mais complexa dos problemas identificados coletivamente, integrando o projeto *Transando Saúde* ao Plano de Ações e Metas dos Programas Estadual e Municipal de DST e AIDS.

Busca-se a sensibilização de diretores, gerentes e chefias das diferentes empresas do comércio e de bens e serviços para adesão ao Projeto. No “Manual de Orientação Técnica do Projeto *Transando Saúde*”, propõe-se que essa estratégia se dê por meio da realização de uma “palestra de sensibilização” que reúna esses representantes institucionais, a fim de apresentar o Projeto e discutir condições e possibilidades de sua implantação nas diferentes realidades.

Coloca-se como principal fator capaz de contribuir para esse engajamento a informação sobre os impactos sociais e econômicos da Aids no local de trabalho, de modo a “convencê-los” de que a implantação de um programa de prevenção não é um custo, mas um investimento.

Conforme já assinalado, na realidade investigada, essa estratégia não se tornou possível e a mobilização das empresas como parceiros do Projeto foi feita mediante visita e apresentação da proposta aos gerentes do setor de Recursos Humanos, em cada um desses locais. O acesso ao primeiro e segundo escalão das empresas tem se mostrado como um desafio.

A adesão ao Projeto se dá pela formalização de compromisso com a indicação de funcionários para participação no Curso de Formação de Agentes Multiplicadores e posterior sistematização das ações educativas por esses agentes formados, sob acompanhamento e supervisão técnica do SESC. O formulário adotado foi criado pela técnica responsável pelo projeto no DR também com o objetivo de fazer uma primeira aproximação do perfil da empresa quanto a aspectos como número de funcionários, existência de política ou programas de saúde e interesse na realização da pesquisa inicial junto aos funcionários.

b) Realização de pesquisa junto à clientela comerciária, investigando conhecimentos, valores e práticas associados ao HIV/ Aids:

Esse é um procedimento que foi pensado com o objetivo de subsidiar a definição de diretrizes, estratégias metodológicas e materiais de apoio adequados à realidade da clientela com a qual se desenvolvem as ações. E neste sentido, propõe-se que os parceiros – técnicos das Secretarias de Saúde e agentes multiplicadores formados – participem do processo de tabulação e análise das respostas dadas aos questionários, iniciando o processo de discussão e elaboração do plano de ação.

O protocolo do Projeto sugere um modelo de questionário auto-aplicativo, organizado conforme os seguintes principais objetivos: i) avaliar o nível de conhecimento objetivo que os funcionários têm a respeito da Aids; ii) identificar valores, atitudes e comportamentos nesse campo; iii) avaliar a receptividade dos funcionários em relação à política e aos programas da empresa; iv) dar subsídios para a elaboração e implantação do programa da empresa.

c) Capacitação de agentes multiplicadores para estruturação e implantação de programas de prevenção nas empresas:

A proposta original do Projeto é a de que cada curso reúna 25 participantes, com carga horária de 20h, distribuídas em blocos de 4 horas/aula. Essa é uma orientação feita com a

ressalva de que tenha flexibilidade o suficiente para se adequar à realidade das empresas, inclusive considerando a possibilidade de redimensionamento da carga horária e reestruturação do conteúdo programático.

Propõe-se uma programação temática – também flexível – construída com o objetivo de exemplificar os principais conteúdos relacionados à questão das DST e Aids no local de trabalho, respeitando os objetivos relacionados ao empoderamento individual e coletivo, “adotando um fazer pedagógico que combina os conteúdos e temas com a integração e a interação grupal, contribuindo para a construção e consolidação das relações sociais baseadas na solidariedade, na democracia e no coletivismo dos indivíduos, na valorização de sua experiência e na organização/ formação de seus grupos e instituições” (SESC/DN, 2002^[162]: 26).

Chama-se a atenção para a necessidade de que esse planejamento se dê de forma participativa com os parceiros e de forma compatível com os resultados da pesquisa efetivada com os grupos das empresas atendidas. No DR onde foi implementada esta pesquisa, o curso de formação de agentes multiplicadores é planejado com a participação de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista que sempre há a presença de um profissional da SMS, atuando como co-facilitador no encaminhamento das oficinas que compõem a programação.

O curso acontece anualmente e é oferecido tanto às novas empresas como àquelas que já são parceiras, mas cuja equipe de agentes multiplicadores capacitados encontra-se desfalcada em função de demissões. A grande rotatividade de funcionários tem sido considerada um fator restritivo na realidade investigada. O programa encontra-se estruturado em quatro encontros de cinco horas com periodicidade semanal, realizados fora dos locais de trabalho dos participantes, exigindo que sejam liberados pelos empregadores para que participem durante seu expediente de trabalho.

As turmas são formadas por homens e mulheres, trabalhadores de empresas de ramos diversificados, ocupantes de cargos diferenciados. Em média, são formadas turmas de vinte participantes, sendo dois a três trabalhadores de cada empresa.

A programação temática e o fazer pedagógico são encaminhados de forma a possibilitar um processo seqüencial e gradativo de abordagem dos conteúdos em articulação com a experimentação de metodologias participativas. A intenção é desenvolver a habilidade dos participantes para a criação de um ambiente de aprendizagem de confiança e respeito mútuo em seus locais de trabalho. Em função do objetivo de formação dos agentes para o planejamento, organização e execução de ações educativas em seus locais de trabalho, tais

metodologias, após vivenciadas, são discutidas com relação a seus objetivos ao longo do curso e sua aplicabilidade em outras experiências. A apostila com a programação e a descrição das dinâmicas de grupo faz parte do material didático disponibilizado aos participantes.

As temáticas se distribuem da seguinte forma ao longo do curso: 1º encontro: perfil epidemiológico da Aids; impactos da Aids dentro e fora do local de trabalho; sexualidade; 2º encontro: relações de gênero; doenças sexualmente transmissíveis; 3º encontro: síndrome da imunodeficiência adquirida – Aids; sexo seguro; plano de trabalho de prevenção as DST/Aids no local de trabalho; 4º encontro: sexo seguro; plano de trabalho de prevenção as DST/Aids no local de trabalho; 5º encontro: plano de trabalho de prevenção as DST/Aids no local de trabalho (quando os participantes elaboram, em subgrupos, a sua proposta preliminar para os seus locais de trabalho. Nos encontros anteriores, a abordagem desse tema é feita mediante discussão de conteúdos atinentes às questões relacionadas à legislação e aos pressupostos básicos que orientam a elaboração e implantação de programas dessa natureza no local de trabalho).

Ao final de cada encontro, é feita uma dinâmica de avaliação. O programa preliminar elaborado ao final do curso é discutido pelos agentes multiplicadores em sua empresa de origem e encaminhado para o SESC com a proposta de datas para acompanhamento e supervisão pela técnica responsável pelo Projeto.

Um diferencial importante da programação temática do DR em relação à proposta original do Projeto é a abordagem dos conteúdos relacionados à legislação em torno das DST e Aids no local de trabalho, condicionando espaços de problematização e discussão acerca dos direitos, benefícios e oportunidades das pessoas que vivem com HIV/Aids e impulsionando o diálogo sobre os princípios de não-discriminação, igualdade e confidencialidade que devem sustentar os programas de prevenção às DST/Aids no local de trabalho.

d) Desenvolvimento sistemático de ações educativas pelos agentes multiplicadores nas empresas do comércio:

A sistematização das ações educativas em saúde pelos agentes multiplicadores segue um planejamento definido por eles em comum acordo com a instância de decisão responsável pela implantação em suas empresas de origem – em geral, a gerência de Recursos Humanos. A equipe do SESC considera que as alternativas de implantação das ações nas empresas são múltiplas e sempre dependentes da realidade encontrada, sendo fundamental garantir esse

nível de autonomia dos parceiros, assegurando a realização do que se faz viável em cada um desses espaços:

A dos pares, que é dentro da empresa, no espaço da empresa, eles vão, a partir da sua realidade, desenhar o que é possível discutir dentro daquela empresa e como é possível discutir. (...) Então, cada um, dentro da realidade da sua empresa... porque é uma coisa também que a gente não domina... Qual o tempo que esses funcionários param? Que tempo eles têm? Qual é a viabilidade pra sentar pra discutir alguma coisa? (...) Quem sabe realmente o que acontece dentro da empresa é o trabalhador daquela empresa. Ele monta um plano de trabalho, ele vê os espaços possíveis pra uma discussão e eles definem as estratégias. Ficam totalmente livres pra decidir. (...) A gente sugere várias possibilidades e, aí, eles vêem daquelas possibilidades, o que é aplicável dentro do seu espaço de trabalho. E a gente acha que toda intervenção é válida porque é a possível. Existe a questão do ideal, mas existe a possível. Então que a possível não seja perdida. (G2)

e) Supervisão técnica pelo SESC das ações desenvolvidas nas empresas:

A implantação dos programas pelos agentes multiplicadores – trabalhadores das empresas participantes – é acompanhada pela técnica do SESC responsável pelo Projeto, em um processo sistemático de monitoramento realizado com o objetivo de apoiar tecnicamente as ações desenvolvidas a partir do processo inicial de capacitação, discutindo os entraves que porventura se façam presentes e chegando a encaminhamentos que contribuam para sua superação.

Tal processo é também um procedimento estratégico de mediação, dando oportunidade de fortalecer os vínculos entre as entidades da rede intersetorial, na medida em que supõe o relacionamento constante com os diferentes sujeitos e instituições envolvidos e a continuidade das negociações em esquema de interação cooperativa.

Esse é um componente do projeto que demanda disponibilidade de tempo, incluindo flexibilidade na carga horária da equipe responsável para atender as empresas em diferentes turnos do expediente de trabalho, além de recursos – como automóvel para os deslocamentos ao longo do dia – nem sempre colocados à disposição com facilidade, em função das próprias limitações do DR.

f) Encontro anual de agentes multiplicadores:

Essa é uma estratégia introduzida pelo DR que foi cenário desta pesquisa. É realizada sob a forma de um grande evento, que se inicia com a presença de autoridades locais e a participação dos gestores do SESC, das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e das empresas, em conjunto com os agentes multiplicadores, objetivando sensibilizar diretores, gerentes e chefias para a importância da implementação do programa de prevenção em suas empresas, com efeitos para o reconhecimento institucional do trabalho desenvolvido pelos

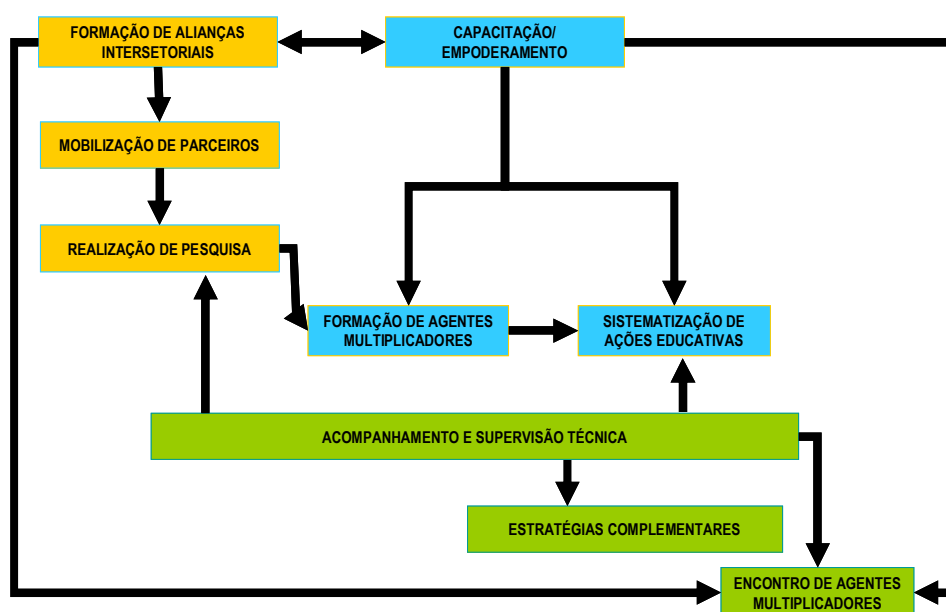
agentes multiplicadores e repercussões para o fortalecimento do apoio gerencial a essas ações. Tem continuidade com o desenvolvimento de atividades direcionadas a contribuir para a integração dos agentes multiplicadores das diferentes empresas participantes; fomentar o intercâmbio de experiências e a avaliação de seus efeitos; e promover a atualização de conhecimentos.

Como será discutido mais adiante nesta dissertação, essa estratégia foi valorizada pelos gestores, técnicos e agentes multiplicadores participantes desta pesquisa como fator de sustentabilidade do Projeto, em função de seus efeitos na ordenação da rede intersetorial, ao fortalecer os elos existentes e gerar novos vínculos conceituais.

g) Estratégias complementares:

Promoção de eventos em parceria com os organismos locais envolvidos com a temática da DST/ Aids e em adesão às campanhas do Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV/ Aids (CEN Aids); participação em atividades educativas que atendem às políticas das empresas quanto à saúde do trabalhador; distribuição de preservativos masculino e feminino de forma regular, após as atividades educativas desenvolvidas nas empresas; distribuição de material informativo, dentre outras.

Na Figura 7, a seguir, encontra-se uma visão geral das atividades do Projeto tais como implementadas pelo DR campo dessa pesquisa, aqui esquematizadas com o objetivo de representar sua dinâmica de desenvolvimento.



Fonte: elaboração própria.

Figura 7– Atividades do projeto *Transando Saúde*

Os componentes estratégicos – formação de alianças intersetoriais e capacitação/empoderamento – encontram-se interrelacionados e as cores diferenciadas são adotadas para representar as atividades cujos objetivos possibilitam identificar uma vinculação predominante a um ou outro desses componentes. As caixas em verde dizem respeito às atividades cujos objetivos são híbridos.

5.3 Caracterização dos sujeitos do estudo

Foram entrevistados doze atores-chave do Projeto *Transando Saúde*, caracterizando três subgrupos que se diferenciam quanto aos níveis de inserção no referido Projeto: gestores – no SESC e em três instituições parceiras, incluindo as empresas do comércio; técnicos – do SESC e de uma Secretaria Municipal de Saúde em um município de médio porte; e agentes multiplicadores em três empresas participantes. Esse agrupamento é necessário a fim de buscar homogeneidades e diferenciações, problematizando as possíveis influências decorrentes dessas distintas posições no Projeto.

O Grupo de Gestores foi composto por seis mulheres, com idades variando entre 27 e 55 anos, ocupantes de cargos de direção, gerência, coordenação ou chefia em seus locais de trabalho. Dentre elas, uma tem como nível de escolaridade o Ensino Médio e cinco cursaram Especialização, sendo que duas gestoras concluíram esse nível de formação na área social, duas na área de gestão de pessoas e uma na área empresarial. Quanto à área de formação o predomínio é das Ciências Humanas.

Das seis gestoras entrevistadas, três não se encontravam em cargo de gestão quando da implantação do projeto *Transando Saúde* em suas instituições, mas tiveram oportunidade de acompanhar esse processo na qualidade de técnicas em suas áreas de atuação ou acessar informações a respeito, a partir da assunção do cargo.

Um dado a registrar é que uma das gestoras cujo vínculo profissional é com uma empresa de consultoria, teve sua inserção na pesquisa condicionada por sua atuação em uma empresa de hotelaria cuja gerente geral também foi entrevistada. A natureza de seu vínculo profissional possibilitou a abordagem dos aspectos investigados com base na experiência de trabalho não só em empresas do comércio, como do ramo da construção civil.

Outra peculiaridade a assinalar é o fato da gestora do SESC que ocupa cargo de Coordenação da Atividade Educação em Saúde ser também vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, estando subordinada à Coordenação Municipal de Prevenção às DST e Aids.

Quanto à formação do Grupo de Técnicos, foram entrevistadas duas profissionais, ambas assistentes sociais e com Especialização em Gestão e Controle Social das Políticas Públicas, sendo uma do Departamento Regional do SESC e a outra da Secretaria Municipal de Saúde de uma cidade de médio porte para a qual o Projeto se expandiu. Quanto ao perfil etário, uma tem 37 e a outra 43 anos.

Convém marcar que a técnica do SESC entrevistada teve sua entrada na instituição condicionada pela aprovação, por parte do Departamento Nacional, do Plano de Ação encaminhado pelo Departamento Regional com a proposta de contratação de uma profissional para atuação exclusiva no Projeto *Transando Saúde*. Tal Plano de Ação foi elaborado por essa profissional, na época estagiária na instituição em fase de conclusão da graduação em Serviço Social, juntamente com a Coordenadora de Saúde do Departamento Regional. Sua atuação no Projeto encontra-se, portanto, circunscrita à concepção da proposta, sua implantação e implementação.

Além do vínculo profissional com o SESC, essa técnica atua também na Secretaria Estadual de Saúde, estando subordinada à Coordenação Estadual de Prevenção às DST e Aids.

A técnica da SMS entrevistada assumiu o cargo imediatamente após a formação da primeira turma de agentes multiplicadores que caracterizou a implantação do Projeto nessa localidade. À época, ela atuava no Programa de Prevenção às DST/AIDS estando lotada em um Centro de Testagem Anônima (CTA).

O Grupo de Agentes Multiplicadores foi formado por três homens com idades entre 25 e 37 anos e uma mulher de 50 anos. Nas empresas de pequeno e médio porte – mercado atacadista e empresa de limpeza urbana respectivamente – os entrevistados ocupavam cargo de mesma natureza na área de Recursos Humanos. Os agentes multiplicadores de uma microempresa – ramo de hotelaria – ocupavam cargos de recepcionista e de segurança. Quanto ao grau de escolaridade, três concluíram o Ensino Médio, sendo que um dos entrevistados da microempresa encontrava-se cursando a Faculdade de Serviço Social. O entrevistado da empresa de médio porte cursou MBA em Gestão de Pessoas.

O tempo de atuação como agente multiplicador no Projeto *Transando Saúde* variou entre três e quatro anos, sendo que em todos os casos, os entrevistados participaram do Projeto em suas empresas desde a implantação.

6 PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE – DISTANCIAMENTOS E APROXIMAÇÕES AO EMPODERAMENTO

Na análise dos dados, assumiu-se o pressuposto de que a existência de alianças entre os diversos atores ou a capacidade de ampliar a convivência e as alianças entre os diferentes setores depende de uma lógica epistemológica que orienta a ação intersectorial, calcada em valores e concepções relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado, que se expressam nas representações dos sujeitos e nas suas práticas de planejamento e gestão, modulando as possibilidades de consolidação da intersectorialidade.

Os discursos dos sujeitos evidenciaram um imbricamento marcante entre as noções e práticas de promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde, refletindo o que tem sido apontado com relação à imprecisão conceitual que tem caracterizado a organização das práticas de Promoção da Saúde, gerando “confusões”, como a sinalizada no depoimento abaixo:

Eu terminei fazendo uma confusão entre prevenção e promoção, mas pelo menos promovendo os hábitos saudáveis e conscientizar... (...) falamos dessa promoção, falamos da prevenção, falamos dos cuidados e promovendo, queira ou não queira, uma possibilidade de conhecimento, de uma prática saudável. Fala da questão educativa, fala com as crianças, conta história, histórias que falam de qualidade de vida. A gente procura, também, naquele momento – não dando lição de moral – mas as histórias que eles possam trabalhar a questão da ludicidade, da fantasia, sair daquele ambiente um pouquinho, por um determinado momento. Pula corda, fala da importância de praticar atividade física e manter uma série de coisas, nessa comunidade especificamente. (G1)

Na constituição desses campos de conhecimentos e práticas, os conceitos através dos quais são viabilizadas as intervenções operativas estão marcados pela tradição biomédica, estruturada com base nas ciências positivas. De caráter reducionista, o paradigma biomédico associa a saúde à ausência de doença a partir de uma teoria explicativa centrada em componentes exclusivamente clínico-assistenciais, baseada na compreensão de causas naturais para as enfermidades com a detecção de fatores de risco imediato e biológico na produção das doenças.

Essa construção epistemológica, marcada pela valorização da doença na referência à saúde se faz presente mesmo quando se considera uma visão mais integral do ser humano, em que se busca romper com a dicotomia corpo x mente, à exemplo do que é relatado pela profissional de uma empresa de consultoria atuante na empresa do ramo de hotelaria:

A gente trabalha muito com os colaboradores essa questão da saúde porque hoje em dia a gente não considera mais só a questão da saúde física. A gente trabalha com o colaborador a questão da saúde física, do acompanhamento através dos exames periódicos, através dos exames admissionais, todo um processo de entrada na empresa e depois que ele entra na empresa, a gente faz o acompanhamento tanto da saúde física, como também faz um projeto de ouvidoria com esses colaboradores pra saber como é que anda a saúde familiar, pra saber como é que anda a saúde

psicológica, então não seria só ausência de doença, no sentido físico. A gente tem trabalhado muito tudo que pode acontecer na vida do trabalhador que venha a desencadear uma doença física. Porque a gente sabe que tudo tem impacto, tudo que acontece na vida dele tem impacto físico. (G4)

Na evolução histórica da Saúde Pública, diversas tentativas vêm sendo feitas com relação à concepção de saúde, na perspectiva da superação do paradigma biomédico. Avançando na visão de homem integral, ao considerar as influências biopsicossociais, figura o conceito adotado pela OMS em 1948 – “saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” – parcialmente reproduzido, ou dito de outra forma, traduzido, em algumas falas dos entrevistados:

Bom, de forma bem pessoal, então, já que a gente tem tantas teorias em cima da saúde, né? Eu acho que a saúde, ela passa mesmo pelo bem estar, que vai se formando desde o espiritual, ao nosso emocional, ao nosso social. (...) Eu vejo saúde de uma maneira muito assim, coletiva, em todas essas instâncias. De repente, se eu estou muito bem emocionalmente, mas o meu espiritual, ou o meu biológico não está, como é que está a minha saúde como um todo? (G6)

Minayo (*et al.*, 2000^[38]) assinalam, contudo, que apesar de muitas vezes citado, tal conceito amplamente difundido frequentemente carece de sentido. É dessa forma que na pesquisa implementada destaca-se a crítica: “Saúde, esse conceito básico de saúde ser mais do que ausência de doença, isso é cansativo” (G2).

Por sinal, em diálogo com os conceitos, as percepções e constructos dos sujeitos, revelam as variantes interpretativas que por um lado, denotam a dificuldade que temos “de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública” (MINAYO *et al.*, 2000^[38]: 8) e por outro, expressam as tensões paradigmáticas existentes na construção de práticas em prol da qualidade de vida.

É assim que foram encontradas afirmações tais como a que destaco a seguir, que trata a saúde como imagem complementar da doença, apontando, contudo, para sua associação à qualidade de vida:

Saúde é o estado saudável do ser humano. É ausência de doença. Também é qualidade de vida. É ter realmente a prática de hábitos saudáveis pra que possa realmente prevenir qualquer doença. Embora eu acredite que a questão da prevenção possa mesmo interferir na qualidade de vida e no estado de ausência de doença, mas também tem as coisas genéticas que a gente não pode evitar que venham acometer a gente, pela própria questão do ser humano. Pela nossa impotência diante da condição de saúde e de ser humano mesmo, da nossa limitação. (...) Também as coisas que interferem diretamente na sua qualidade de saúde e de vida, pela questão mesmo da poluição, que você tem que se expor às vezes, ou então aquela coisa de você ser um fumante indireto... tem os ambientes. (G1)

Tal afirmação nos remete a alguns dos muitos significados atribuídos à qualidade de vida em sua associação com a saúde. Rogerson (1995 *apud* ROCHA *et al.*, 2000^[169]) desenvolve dois modelos conceituais acerca da qualidade de vida, sendo um relacionado à

saúde e sua recuperação e outro referente às questões ambientais. O primeiro corresponde a uma visão “medicalizada”, comumente encontrada na literatura mediante a expressão “qualidade de vida em saúde”. Refere-se à dimensão clínica, quando a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, são oferecidas indicações técnicas de melhorias nas condições de vida das pessoas enfermas. Nesse caso, a visão de saúde é funcional, correspondendo ao seu contrário: a doença em questão (MINAYO *et al.*, 2000^[38]).

O segundo modelo está relacionado ao meio ambiente, sendo este entendido como resultante das questões socioeconômicas de uma dada realidade. Tal modelo não contempla uma perspectiva explicativa a partir do estabelecimento de relações causais, mas procura incorporar os aspectos perceptivos da comunidade acerca do que é qualidade de vida segundo o seu ponto de vista, abrangendo ainda os aspectos comportamentais – como atividade física e alimentação (ROCHA *et al.*, 2000^[169]).

Na direção da ampliação do conceito de saúde, aponta-se a possibilidade de uma perspectiva mais dinâmica – em correspondência à própria dinamicidade da vida – que considera a saúde como construção permanente de cada indivíduo e da coletividade, refletindo a capacidade de pessoas e grupos defenderem a vida:

Acho que saúde é estado de espírito, é bem estar, é você conseguir se interrelacionar bem com o mundo, estar bem no mundo – eu acho que isso é saúde. Acho que é um exercício político, mesmo, de seus direitos e faz com que você tenha um estado de saúde. Acho que nem sempre a gente está saudável, nem sempre a gente está totalmente doente, mas que a gente transita nessa questão política mesmo da sociedade, que você consegue viver situações de saúde – saudáveis. (G2)

Tal definição se distancia da saúde como um “completo estado de coisas”, remetendo-se a uma experiência vivida valorada positivamente, que independe de um estado de bem estar ou de perfeita normalidade morfofuncional – dando margem à idéia de que as normas associadas à saúde precisam ser reconstruídas constantemente. Como afirma Canguilhem, o próprio adoecer e enfrentar a doença permite uma reordenação do viver, pois a “saúde é uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 2009^[170]: 152).

Afastando-se da noção de “estado”, essa concepção encara a saúde como movimento, como um processo que envolve luta por sua permanente construção. Essa idéia de “processo” imprime à abordagem da saúde e da doença uma relação dinâmica, na qual se inter-relacionam elementos de agressão e defesa, tanto internos como externos ao organismo, em uma permanente instabilidade que desencadeia novos ajustes a todo instante. Como afirma Dejours:

saúde é quando ter esperança é permitido (...) a saúde é uma coisa que se ganha, que se enfrenta e que se defende. É algo onde o papel de cada indivíduo, de cada pessoa é fundamental. (...) não é um estado de estabilidade, não é um estado, não é estável. A saúde é alguma coisa que muda o tempo todo (...) é antes de tudo uma sucessão de compromissos com a realidade; são compromissos que se assumem com a realidade, e que se mudam, se reconquistam, se defendem, que se perdem e que se ganham (DEJOURS, 1986^[171]; 9; 11).

Aparece, assim, a compreensão de que não só a saúde não se constitui em ausência de doença, uma vez que ambas interagem constantemente e não é possível estar definitivamente saudável ou totalmente doente, como também essa relação se dá para além das fronteiras internas do organismo, de modo que as relações sociais e o meio físico externo se somam às características imunogenéticas individuais (MARCONDES, 2007^[93]).

Em conformidade com tal compreensão, encontra-se na Carta de Ottawa a defesa da equidade na saúde em termos da promoção dos “meios que permitam a toda a população desenvolver ao máximo sua saúde potencial” (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001^[8]: 02).

Na direção da construção de uma noção de saúde que incorpore a dimensão dos determinantes sociais, está a aproximação com a realidade social, marcada pelos desafios vivenciados na prática dos sujeitos da pesquisa e suas inquietações com a constatação das flagrantes iniquidades em saúde:

(...) lá nessa favela a gente encontra as piores situações. Por exemplo, cheguei um dia e estava, assim, uma luva jogada no chão com um material descartável, de curativo e coisas assim no chão, próximo a um lixeiro comum e as crianças disseram “tia, não pise, não pise aí não. Isso é sangue de Aids – sangue de Aids.” (...) Quer dizer, tinha acontecido uma morte lá, de uma pessoa que tinha Aids e, assim, a assistência, que eles não têm, foi chamada ambulância pra remover o corpo, eles simplesmente pegaram essa pessoa, arrastaram de dentro da favela até a calçada, na porta, ali (...) E, aí, nesse momento tinha lá esse material, porque tinha sido removido o corpo, mas aquele pessoal que foi lá dar assistência não tinha tido o mínimo cuidado, nem com aqueles resíduos contaminados. (...). Então eles sequer tiveram o cuidado que talvez eles tenham em outros ambientes, mas pela situação de vulnerabilidade daquele povo, eles largaram tudo lá (...).Então, de uma maneira ou de outra, a gente tem contribuído e vem colocando pra essas pessoas, de realmente como é o contágio, que não é daquela maneira e tal, isso e aquilo. (...) E da importância que eles têm como seres humanos. Porque são tratados diferentemente de uma outra sociedade mais organizada ou que tenha uma situação melhor financeiramente. Como eles são desprezados!... (...) Então, são várias situações, assim, que a gente vê realmente (...) Isso de escola, de acesso, de desigualdade, de ausência de políticas públicas e a gente vê a que nível chega essa população realmente de miseráveis. (...) São tantas situações, assim, uma realidade tão diferente da que a gente vive... e todo tipo de doença – da ausência realmente da saúde e da condição. E como eles sobrevivem?! (G1)

O relato assim formulado expõe a fragilidade do modelo de redução de riscos e denuncia o equívoco das estratégias preventivas e educativas em saúde que privilegiam o convencimento e a persuasão, segundo a idéia de que correr riscos é uma decisão pessoal. Aponta para uma situação extrema em que “é preciso cogitar na intuição de tanto o adoecer

como a exposição a determinados riscos se constituírem em modos possíveis de permanecer vivo e, por extensão, de levar a vida” (CASTIEL, 1996^[105]: 95).

Não é só informação. É, a questão não é a falta da informação. (...)Você vai lá e passa toda a informação, ela tem, até, toda a informação, mas não age assim porque tem tantas outras coisas, até os valores mesmo. Às vezes, até, o próprio valor que vai ter a vida dele. Não vai ter nenhuma importância porque eu já corro tanto risco, eu posso morrer a qualquer momento, daqui a pouco, com uma bala. Por que que eu vou me preocupar com uma doença?... Aquilo, naquele momento, não é uma prioridade. E a gente vê quem tem toda a informação, a consciência, a importância, a instrução, tem tudo e não age de uma maneira assim também? Então é muito mais... essa complexidade maior. (G1)

Não se trata, contudo, como assinalam Ayres (*et al*, 2003^[103]: 125), “de aceitar o risco como condição constitutiva da pobreza, da miséria, da falta de recursos, mas, ao contrário, trata-se de não se conformar com a falta de alternativa – da qual o risco dos comportamentos é, então, apenas uma expressão”.

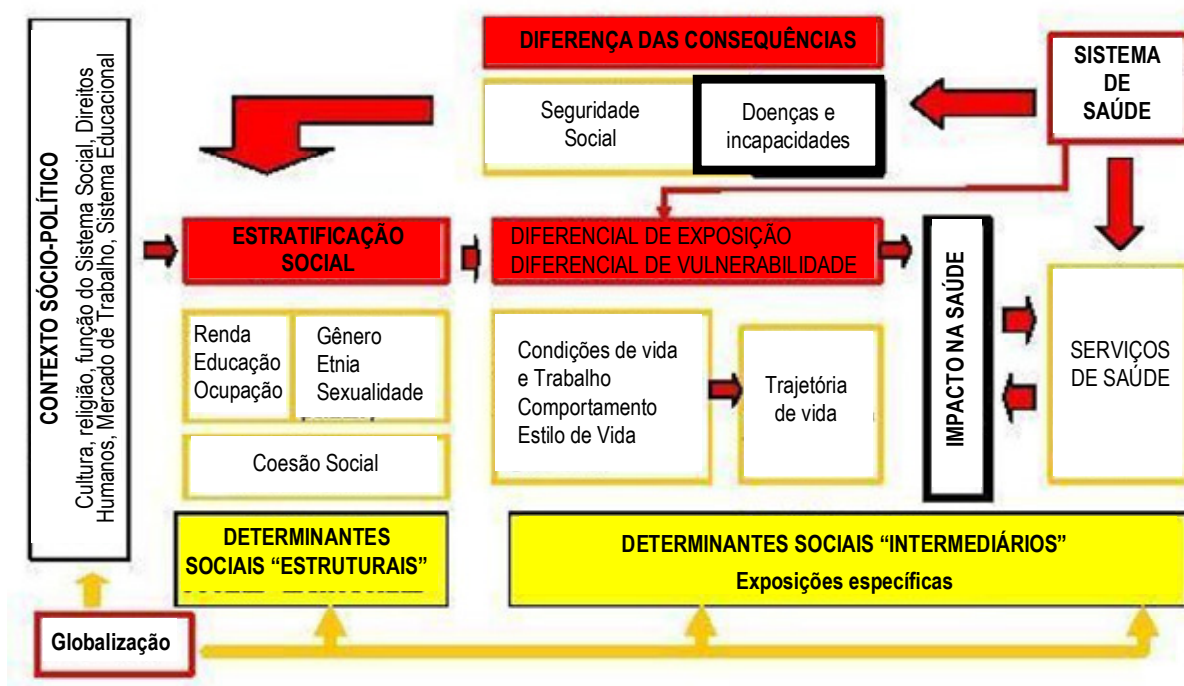
É como a gente sempre diz nas oficinas: não adianta você trabalhar o indivíduo, só a doença – processo saúde-doença. Porque, aí, muito bem, você cuida da saúde física dele, mas lá onde ele mora, o ambiente dele não é favorável pra contribuir para que ele tenha uma boa qualidade de vida. Na comunidade, no seu bairro... então, todos os fatores que envolvem, todos os fatores: ambientais, sociais, culturais, físicos interferem na saúde da pessoa. É um conceito bem mais amplo do que apenas o processo doença. (T1)

Essa visão da intrínseca relação entre condições sociais, qualidade de vida e saúde que aparece nas falas dos sujeitos entrevistados, confirma a compreensão de que entre os inúmeros fatores determinantes da saúde, além dos condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente influenciadas pela herança genética), incluem-se: o meio físico (condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), bem como o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção prestada.

Coloca-se em destaque o tema dos determinantes sociais, reconhecendo-se as relações entre a saúde de indivíduos e grupos e as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

Olha, saúde, pra mim, eu vejo saúde num contexto, assim, de moradia, de habitação. Se você mora bem, se você tem condições de ter lazer, se você tem condições de trabalho digno. Eu acho que se você também está emocionalmente bem estabelecido, se você tem uma família, um grupo familiar ou de amigos que lhe dêem uma sustentação – então, pra mim saúde é tudo isso. É lógico que desemboca no final, que é o atendimento, a atenção básica, são essas outras coisas. Mas isso eu acho que é apenas o complemento. Eu acho que o que leva mesmo a você ter saúde são todas essas condições. (T2)

Tal definição encontra ressonância no modelo elaborado pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS, apresentado na Figura 8 a seguir, elaborado de modo a resumir esquematicamente as principais temáticas discutidas no âmbito dessa Comissão, com o intuito de orientar a formulação e implementação de políticas que levem à redução das desigualdades sociais em saúde.



Fonte: adaptado de CDSS (2005^[54]).

Figura 8– Modelo de determinantes sociais da saúde da equipe de equidade da OMS

Este modelo identifica dois grupos principais de determinantes: i) os determinantes da estrutura social – ocupação, renda, escolaridade, etnia, gênero e sexualidade – que geram estratificação social; ii) e os determinantes intermediários – condições de vida e trabalho, comportamentos, barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável e sistema de saúde – que surgem a partir da configuração da estratificação social subliminar, e determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições que comprometem a saúde (CDSS, 2005^[54]).

A inclusão do sistema de saúde como um determinante intermediário é algo que merece comentário no âmbito desta pesquisa, tendo em vista ter tido como caso em estudo um Projeto que se insere no contexto da prevenção às DST e Aids – cujo êxito é associado na literatura sobre o assunto a três requisitos fundamentais, quais sejam: i) informação e educação; ii) serviços sociais e de saúde; iii) e um ambiente social adequado (Mann *et al*, 1993 *apud* Castiel, 1996^[105]).

O modelo se baseia no reconhecimento do papel relevante que assume o sistema de saúde, cujas condições de acesso caracterizam as diferenças de exposição e vulnerabilidade. E neste sentido, considera-se que o sistema de saúde pode tratar diretamente tais diferenciais, não somente melhorando o acesso aos cuidados médicos, mas também promovendo ações intersetoriais para melhorar o status de saúde. Pode, ainda, atuar na mediação das várias conseqüências da doença sobre a vida das pessoas, assegurando que os problemas de saúde não levem a uma deterioração extra do status social, e facilitando a reintegração social de pessoas doentes.

Outro aspecto a destacar nesse modelo é a inclusão da globalização como um fator que atua em vários níveis, com implicações para todos os demais componentes. Admite-se que as instituições e processos globais influenciam crescentemente o contexto sócio-político de todos os países, e em muitos casos, restringem a autonomia dos estados nacionais. Acordos comerciais globais, o desenvolvimento de novas tecnologias, as atividades de corporações transnacionais e outros fenômenos que caracterizam os complexos processos de globalização e de reestruturação econômica também têm um impacto direto sobre os determinantes de saúde em vários níveis.

A esse respeito, Parker & Camargo Jr (2000^[172]) comentam as transformações nas estruturas de sociedades, comunidades e famílias como fator contextual de importância explicativa no entendimento da evolução global da epidemia de HIV/Aids. Destaca-se a profunda acentuação dos processos de diferenciação social, tipificada por crescente polarização entre ricos e pobres e o crescimento significativo da miséria. Com relação ao mundo do trabalho, a diferenciação social nas relações de produção tem se caracterizado pela crescente individualização do trabalho – com repercussões para o enfraquecimento dos sindicatos e o rápido crescimento do setor informal da economia –; a superexploração dos trabalhadores; a crescente exclusão do mercado de trabalho de grupos populacionais significativos – como homens adolescentes em países como o Brasil e os Estados Unidos –; e a integração perversa destes mesmos segmentos no mundo paralelo da economia criminosa.

Nas palavras dos autores:

(...) os impactos negativos da globalização aqui apontados - em especial, aquilo que Castells denomina 'integração perversa' (Castells, 1998) - isto é, a produção da marginalização e mesmo da criminalidade como parte integrante da nova ordem capitalista mundial, e não como mero desvio ou acidente de percurso - são os ingredientes estruturais da produção de susceptibilidades crescentes à infecção - a vulnerabilidade - e da incapacidade crescente de indivíduos e sociedades cuidarem de seus doentes, de modo geral, e dos acometidos pelo HIV/AIDS, em particular (Parker & Camargo Jr., 2000: 93^[172]).

Considerando a complexidade dos determinantes sociais esquematizados no modelo da OMS, são definidos três níveis de atuação possíveis: i) modificações nos determinantes da estratificação social tais como políticas democráticas (redistribuição de poder), políticas que têm

como objetivo diminuir as disparidades entre os gêneros, políticas de redistribuição de renda e políticas de combate à discriminação; ii) modificações na exposição e vulnerabilidade dos grupos sociais em desvantagem através de políticas de promoção da saúde e prevenção específica; iii) modificações nas consequências das desigualdades sobre a saúde através de política de saúde universal e equitativa.

A ampliação do conceito de saúde que caracteriza o campo da Promoção, parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico, da tecnologia médica e do foco exclusivo no risco individual para responder à dinâmica saúde-doença-cuidado. A possibilidade de intervir sobre o processo saúde-doença e seus desfechos está profundamente articulada com a abordagem desses determinantes complexos e com o reconhecimento da equidade como valor que orienta a organização das práticas.

Promover saúde é você conseguir maximizar o estado de saúde das pessoas. Porque você pode estar doente e ter a sua saúde promovida, né? Não necessariamente promover saúde vem a ser estar sempre bem e tal. Não, você pode estar numa situação crítica de vida, mas você pode ter momentos e condições na sua relação... um exemplo: uma pessoa que está numa fase terminal e tal, mas você pode promover a saúde daquela pessoa dando o melhor conforto possível, tendo momentos de alegria com aquela pessoa. (...) Na questão da promoção da saúde, da saúde pública, por exemplo, é você estar favorecendo os ambientes saudáveis pras pessoas, oferecer oportunidades pra que elas vivenciem uma situação de qualidade de vida mesmo, ruas saneadas, você ter acesso à alimentação, acesso ao trabalho... (...) Acho que essa questão da acessibilidade está muito ligada à questão da promoção da saúde, não é só ligada à doença, mas, sim, a questão da acessibilidade ao serviço e das políticas públicas. (G2)

Promover saúde é favorecer ao indivíduo todas essas oportunidades que contribuam para que ele tenha uma qualidade de vida. (T1)

Promoção da Saúde, eu vejo como... a pessoa, o cidadão, ele ter acesso – como, até, o nosso SUS, ele fala na universalização, nesse programa para todos – então, Promoção da Saúde, pela minha visão, seria isso: acesso. Todas as pessoas terem acesso a essa saúde, a essas condições... (AM3)

Mas como discutido nos capítulos iniciais desta dissertação, as reformulações na forma de conceber a saúde que situam a promoção da saúde em defesa de um posicionamento político em torno de relações sociais mais equitativas e apontam para uma oposição crítica à medicalização da vida social, não repercutem, necessariamente, na reconfiguração das práticas. Evidencia-se uma constante oscilação entre aproximações com iniciativas de caráter sócio-político voltadas para o coletivo dos indivíduos e o retorno a ênfases comportamentais e individualizantes, em que o que se persegue é “*ter bons hábitos. Desde não ser sedentário, boa alimentação... e a importância é pra condição de vida mesmo. Tanto tempo de vida como qualidade de vida, assim, pra você viver bem*”. (G3)

Quando definida em sua vertente comportamental, a promoção da saúde é frequentemente identificada à educação em saúde, que como apontado por diversos autores

(CHOR, 1999^[106]; GAZZINELLI *et al*, 2005^[108]; MEYER *et al*, 2006^[104]), também se caracteriza pelo descompasso entre o avanço teórico ocorrido no campo e as mudanças que se fazem presentes na prática profissional. Nas falas dos sujeitos da pesquisa, essa identidade dos campos apareceu sob o viés da ênfase dada à informação como componente fundamental da intervenção em saúde, capaz de levar a mudanças de comportamento:

[Promoção da Saúde é] A gente estar realmente proporcionando o acesso das pessoas a informações. Informações que vão proporcionar justamente essa consciência da importância das práticas e de hábitos saudáveis, da evitação de uma série de questões que podem realmente interferir diretamente na sua saúde. Realização de campanhas. Toda parte de desenvolvimento, realmente, que a gente possa estar contribuindo enquanto instituição pra esse hábito saudável, ou essa consciência da importância de ter domínio sobre algumas atitudes pra evitar realmente um estado de doença. (G1)

Promoção da Saúde... acho que é divulgar. Divulgar essas epidemias todas de hoje... Divulgar e fazer com que todo mundo tenha acesso a essa divulgação... (...) tem que as pessoas ter acesso, ter conhecimento, ter alguém para orientar. (AM2)

O modelo hegemônico em educação em saúde se pauta em concepções *behavioristas* (comportamentais) e deterministas que, verticalmente, preconizam a adoção de novos comportamentos – “certos” em substituição aos “errados”, do ponto de vista da norma técnico-científica –, tratando o público a que se dirige como objeto de transformação.

Educação em saúde é você, pelo menos, ter noção do que é certo e do que é errado. Nem tudo a gente sabe, mas pelo menos, assim, o básico, a gente saber. O que a gente deve fazer, o que a gente não deve, como que a gente deve se conduzir... ter valores de comportamento. Isso vai ter de tudo: de alimentação, de opção sexual, de uma forma mesmo de relacionamento, então, disso tudo. (G3)

A idéia subjacente é a de que comportamentos inadequados do ponto de vista da saúde são decorrentes de um déficit cognitivo e cultural e a apreensão de saberes instituídos sempre leva à aquisição de novos comportamentos e práticas.

O que a gente percebe nas empresas? Alguns problemas de saúde começam a vir através da falta de conhecimento. (...) Saúde bucal, a gente traz um dentista pra fazer uma palestra sobre saúde bucal. Porque não é simplesmente escovar os dentes porque os dentes estão ruins. Você pode ter problemas... dor de cabeça pode ser por conta dos dentes, por ser mal escovados. (...) A gente percebe que uma ignorância – no sentido do não saber – favorece o aparecimento de doenças que poderiam ser evitadas por formas muito simples, como por exemplo, o próprio projeto de DST/Aids. (G4)

Ou em outra vertente, considerando a convicção de que a informação – a dimensão cognitiva dos processos educativos – é suficiente para a determinação da mudança de comportamento, o fato dos sujeitos não assumirem práticas da maneira que seria considerada racional, é encarada como decorrência de uma decisão pessoal de caráter autônomo, que se confunde com a noção de livre arbítrio. Uma pessoa “instruída” deveria ser capaz de optar por escolhas sem risco e dessa forma, aquele que adoece, é um indivíduo que não administrou bem seus riscos:

Então quando a gente começa a falar, a gente nota que naquele momento eles estão prestando atenção. A gente não sabe se dali a pouco, eles vão esquecer, mas, até quando eles vão receber o resultado, a gente nota que eles estão preocupados, que eles apreenderam alguma coisa. Se eles não mudaram o comportamento, não é porque eles não tiveram o acesso à informação. É porque eles não quiseram. (...) A gente que trabalha com saúde, a gente está dando a informação e a coisa está sendo levada, agora se as pessoas estão usando isso pra mudar o seu comportamento, aí é que está o 'x' da questão. (...) Sabem – sabem como se pega, sabem como se previne, sabem que mata, sabem de tudo, mas eles não querem mudar o comportamento. Então isso é uma questão da própria pessoa, que a gente não tem esse poder de interferir. (T2)

Como apontam Gazzineli (*et al*, 2005^[108]: 201), “quando a relação linear entre saber instituído e comportamento acontece, via de regra, a educação se torna normativa”. O pressuposto que subjaz à norma de comportamento é o de que alguém, além do sujeito, conhece melhor o que é mais apropriado para ele e para todos em geral.

Eu acho que a educação em saúde é a gente poder receber boas informações de pessoas competentes para que a gente possa caminhar sabendo o que é que está acontecendo com a gente, o que não esteja, o que que a população tem, o que que eles necessitam... (AM2)

Educação em saúde é justamente a gente ter noção das coisas, a gente ter conhecimento, a gente poder transformar a vida da gente, a partir daquilo que a gente está recebendo dos outros. (T2)

É o que Marilena Chauí designa com a expressão “discurso competente”, isto é: “aquele no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância” (CHAUÍ, 1990^[173]: 7). O discurso competente enquanto discurso do conhecimento é o discurso do especialista, proferido de um ponto determinado da hierarquia organizacional.

Eu acho o seguinte: que a saúde tem que ter alguns princípios. Princípio de informação. Toda informação que seja falada tem que ser bem estruturada. Pessoas qualificadas, igual vocês, pra passar pra gente. O conteúdo que vocês têm, né? (...) A promoção é isso aí: sempre ter pessoas qualificadas que repassam, como se fosse uma escadinha, até chegar a um ponto final. (AM4).

Na passagem à condição de discurso instituído ou de discurso do conhecimento, o saber perde a sua força instituinte, uma vez que a condição para o prestígio e para a eficácia do discurso da competência como discurso do conhecimento depende da afirmação e da aceitação tácitas da incompetência dos homens enquanto *sujeitos* sociais e políticos, então reduzidos à condição de objetos sociais. Surge uma infinidade de “artifícios mediadores e promotores de conhecimento que constroem cada um e todos a se submeterem à linguagem do especialista que detém os segredos da realidade vivida e que, indulgentemente, permite ao não-especialista a ilusão de participar do saber” (CHAUÍ, 1990^[173]: 11-12).

Imagina-se sempre que na ponta – o público-*alvo* – está alguém que não consegue agir como sujeito de sua ação e mesmo quando se busca meios mais eficazes, à título de incorporação de estratégias mais participativas, termina-se por limitar o resgate e a interação com o repertório sócio-cultural dos sujeitos a uma “acomodação dos conteúdos técnico-científicos ao universo cultural daqueles a quem se deseja (ou se deve) ensinar” (MEYER *et al*, 2006^[104]: 1336).

Então, pra mim, a promoção de saúde é você levar o que você tem, o conhecimento que você adquiriu ao longo da sua vida, profissional, da sua vida mesmo enquanto ser humano, enquanto pessoa e levar da melhor forma possível – acessar para as outras pessoas que não tenham a mesma condição que você teve, de ir pra uma escola, ir pra uma universidade, fazer uma especialização. Então a gente dá sem fazer muita coisa, assim, entendeu, sem fazer aquelas coisas muito floreadas. Acho que a gente tem que levar simples – simples da forma que eles entendam e que a gente faça com que eles percebam a importância do que é a saúde. (T2)

Outra tendência presente na fala dos sujeitos entrevistados, também contextualizada no enfoque comportamental de limitado potencial de intervenção social, foi a idéia de que a opção individual por escolhas sem risco pode ser influenciada por informações de caráter amedrontador:

Porque a doença em si – as doenças todas – todos eles que já participaram do processo, sabem como funciona, como pega. Então, chega uma hora que a gente precisa tentar chocar de novo as pessoas. (...) uma imagem impactante. Quando você vê uma imagem impactante, quando você vê a imagem da doença, quando você vê a imagem do final da vida daquela pessoa – lógico que você não pode começar o treinamento com isso porque senão ninguém mais entra dentro da sala –, mas quando chega a um determinado estágio, se você não mostrar a imagem do que pode acontecer, sim, com você – e inclusive se tiver como mostrar, assim, não só a imagem daquela pessoa no final da sua vida, mas as conseqüências e as perdas da vida daquela pessoa. (G4)

A impossibilidade de orientar o desenho das estratégias de promoção da saúde e das práticas de educação em saúde pela compreensão da intersubjetividade e dos contextos estruturantes na determinação do processo saúde-doença-cuidado, parece refletir a dificuldade em operacionalizar as mudanças necessárias para alterar a vulnerabilidade social ou programática, de modo que se torna mais fácil trabalhar no plano da mudança comportamental, com foco no indivíduo.

Os modelos educativos que têm como pressuposto a identificação de comportamentos de risco e, como objetivo, a mudança de comportamento reiteram a culpabilização do indivíduo e esvaziam as possibilidades de se estabelecer uma relação dialógica em que as alternativas de prevenção possam ser construídas paralelamente ao processo de ampliação de cidadania.

Na afirmação de uma tendência pedagógica de viés crítico à perspectiva normalizadora, a informação atualizada, o desenvolvimento de habilidades no sentido do

auto-cuidado não ficam sem lugar, mas perdem a posição de protagonistas para a análise das situações e condições mais gerais de vida de cada coletividade, levando a uma reflexão que contribua para a expansão de oportunidades para a busca da felicidade com menos riscos.

Parte do princípio do diálogo, do entender, do ouvir, do ouvir como as pessoas vêem o mundo, vivem, se põe nesse mundo e você tentar decodificar, estimular essa reflexão – não você fazer uma avaliação do outro, mas estar jogando questões pra que o outro repense como é que ele está. E isso é um processo educativo, demorado, que deve ser permanente. (...) E esse é um trabalho político da educação em saúde, que é você problematizar, é você estimular o outro a refletir sobre si e sobre a sua postura no mundo. É um processo educativo permanentemente. E pra gente não faz falta folheto, não faz falta datashow, nenhum tipo de recurso. A gente precisa ter um bom ouvido, né? (G2)

De acordo com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da autonomia, o técnico passa a ser o mediador do encontro intersubjetivo em que se constitui o processo educativo – o que na experiência pesquisada de desenvolvimento do projeto *Transando Saúde* vem se traduzindo no esforço de condução das ações segundo a perspectiva trazida pelos autores que referendam a educação popular e saúde:

Eu acho que na educação em saúde, a gente tem um papel de facilitador e não aquela pessoa que está ali só pra repassar o conhecimento. A gente segue muito aquela linha de Paulo Freire, do Eymard Mourão, onde se coloca que a gente tem de promover essa troca de conhecimentos, né? Partir da realidade dos usuários, dos indivíduos, do conhecimento deles e estar construindo um conceito novo. Então, a gente não só leva o conhecimento, a gente é realmente facilitador de discussões, de roda de conversa. Procura estar promovendo essa questão do indivíduo, ele estar se colocando... (T1)

Aponta-se para a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento, que faz convergir o saber acumulado pela ciência com o saber acumulado pelos sujeitos participantes do encontro educativo, na perspectiva de construção de um terceiro conhecimento, valorizando “os sujeitos naquilo que têm de melhor, sua história, seu tempo – a sua capacidade de criação” (OLIVEIRA, 2003^[174]: 37).

Segundo Marteletto & Andalécio (2006^[175]), a idéia de terceiro conhecimento está relacionada à ação social dos sujeitos, articulando-se tanto aos meios de produção, apropriação e compartilhamento dos conhecimentos, quanto aos usos, que abrem condições para novas mediações, sentidos e realidades.

Nesse compartilhamento de saberes, opera-se uma tradução que não se restringe a tornar os conhecimentos mais fáceis ou acessíveis aos atores das camadas populares, segundo uma visão unilateral dos processos de educação/ informação. O que se busca é uma aproximação cultural entre técnicos e comunidades, marcado por um processo de aprendizagem e empoderamento mútuo, no qual os profissionais/ mediadores, em interação com os sujeitos das classes populares, podem igualmente rearticular seus conhecimentos –

teorias, noções, conceitos, informações e pontos de vista – ao contexto das intervenções (VALLA & STOTZ, 1993^[176]; VALLA, 1999^[177]).

Então, através da educação em saúde, a gente consegue discutir valores, conceitos, concepções de vida e de mundo, situações que estão postas ali e que vão interferir diretamente na qualidade de saúde dessas pessoas... e da nossa também, né? Eu acho que a gente tem que estar se inserindo nesse contexto – como é que eu me coloco no mundo enquanto sujeito, isso é fundamental! Porque, às vezes, a gente estabelece uma relação de estranhamento, como se eu, o educador não fizesse parte desse mundo e eu acho que isso é muito importante: você se sentir parte desse contexto enquanto você é um agente de educação em saúde, enquanto você está fazendo, está no processo educativo, você se colocar no lugar do outro pra perceber essas relações e se colocar também enquanto ser dessa conjuntura, que você também sofre os reflexos disso, do que está posto. (G2)

Trata-se da construção de um processo de ressignificação política, social e pedagógica da educação em saúde em que o espaço social de aprendizagem é concebido como um espaço cooperativo que busca a construção compartilhada do conhecimento como forma de reinventar laços sociais (CARVALHO *et al*, 2001^[178]), em defesa de relações não subordinantes dos sujeitos e da vida.

Enfatiza a noção de processo, que alimenta a compreensão de que não existe um ponto final dado *a priori*, mas a combinação de possibilidades que vão se efetivando ou não, renovando-se, sendo reconsideradas em um caráter dinâmico que propõe aos profissionais/mediadores uma postura de companheirismo nessa construção. Companheirismo que se traduz em uma forma de participar do processo educativo reconhecendo-se como parceiro na criação de soluções diante das situações concretas de condições de vida e suas repercussões no processo saúde-doença, construindo coletivamente estratégias de promoção da saúde de forma adequada aos variados contextos sociais em que se vive.

A diversidade das concepções aqui descrita revela os desafios enfrentados na realização do projeto *Transando Saúde* para a consolidação das práticas em conformidade com seu aporte teórico de sustentação. Remete à argumentação de Schall & Struchiner (1995^[179]: 97-8), que assinala a importância de uma revisão crítica dos princípios que orientam a organização das práticas de prevenção, educação em saúde e promoção da saúde:

Constata-se na prática que as ações de educação em saúde, consciente ou inconscientemente, tendem a privilegiar um ou outro modelo. Portanto, é de grande importância que tanto os profissionais de saúde como a população compreendam essas abordagens com base nos seus princípios fundamentais para assumirem uma postura crítica e construtiva em relação às formas de organização e participação nos programas de promoção da saúde e de prevenção contra a Aids.

E nesse exercício crítico, vislumbrar as possíveis construções que se engendram pela capacidade de translação/ tradução dos sujeitos e atores sociais, ao formarem suas redes de significação por entre suas ações.

7 NA TEIA DA AÇÃO INTERSETORIAL – PERCEPÇÕES, DINÂMICAS E CONFIGURAÇÕES

A possibilidade não é a realidade, mas é também ela uma realidade: que o homem possa ou não possa fazer determinada coisa, isto tem importância na valorização daquilo que realmente faz. Possibilidade quer dizer 'liberdade' (...). Mas a existência das condições objetivas ou possibilidade, ou liberdade ainda não é suficiente: é necessário conhecê-las e saber utilizá-las. Querer utilizá-las. O homem, nesse sentido, é vontade concreta; isto é, aplicação efetiva do querer abstrato ou do impulso vital aos meios concretos que realizam essa vontade.
Gramsci

7.1 Alianças intersetoriais para a saúde – articulação de interesses, saberes e práticas

Nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, a intersetorialidade apareceu como um significante para noções também comumente associadas à idéia de rede, tais como: articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, no sentido da garantia da integralidade da atenção, da efetividade de políticas públicas e do alcance de objetivos comuns relacionados a interesses coletivos.

Então a importância do trabalho intersetorial se refere à consciência e à disponibilidade de cada um de estar trabalhando e contribuindo para o todo. (G1)

Acho que a relação do trabalho intersetorial, ela é fundamental porque uma política complementa a outra. Uma empresa complementa o trabalho do setor público, o setor público complementa o trabalho da filantropia e assim a gente faz uma rede de serviços que vai trazer benfeitorias pra comunidade maior. (G2)

Se você tem um SESC desenvolvendo um projeto desse, se a Secretaria de Saúde compra o projeto e as empresas o tomam pra si, o tomam como resultado da parceria, está fazendo um serviço de utilidade pública porque é saúde pública e há vantagens para todos os segmentos. (G4)

Pensada como um conjunto de sujeitos e organizações, a rede intersetorial estabelece acordos de cooperação e reciprocidade, constituindo alianças para intervir na realidade social.

No escopo teórico da Promoção da Saúde, o potencial das alianças entre sujeitos e instituições no compartilhamento de especializações, habilidades e recursos – conforme formulado na Declaração de Jakarta (1997) – está suposta na própria definição de colaboração intersetorial como:

Uma aliança estabelecida entre parte ou partes de diferentes setores da sociedade com o objetivo de intervir sobre alguma questão que leve a alcançar impacto na saúde ou resultados intermediários de saúde, de modo mais eficaz, eficiente e sustentável do que seria possível para o setor saúde, atuando sozinho. (WHO, 1998^[40]: 14)

Suárez (1991^[180]) propõe uma estratificação de níveis ou dimensões da intersectorialidade, definidos segundo seu alcance e propósitos: o estratégico e o tático-operacional. No nível estratégico encontram-se as políticas e estratégias globais que guiam a ação da sociedade para atingir os objetivos de desenvolvimento social, dentre eles a saúde. No nível tático-operacional estão os programas e projetos sociais de curto e médio prazo e as atividades intersectoriais concretas, dirigidas à abordagem dos problemas de saúde.

Para o autor, participação social, descentralização e interação de poderes fazem parte do tripé de fatores que desempenham um papel determinante no desenvolvimento da ação intersectorial, definida por ele como “a intervenção coordenada de instituições representativas de mais de um setor social em ações destinadas total ou parcialmente a abordar um problema vinculado com a saúde” (SUAREZ, 1993^[181]: 232).

A expressão “intervenção coordenada” chama a atenção para o que Mendes (1999^[11]) assinala quanto ao fato de que a intersectorialidade não se equivale à ação multisetorial, constituída pela mera justaposição de dois ou mais setores sem integração conceitual e metodológica entre eles. Em contraste, a intersectorialidade pressupõe a solidariedade dos distintos setores, exigindo uma unidade do fazer, estando associada à vinculação, reciprocidade e complementaridade na ação.

Nos depoimentos dos sujeitos da pesquisa apreende-se uma noção de estabelecimento de parcerias que supera a dimensão restrita à complementaridade de recursos financeiros e caminha na direção da construção de alianças intersectoriais, agregando a conotação de pactuação para o alcance de objetivos compartilhados, em que os parceiros da aliança desenvolvem um relacionamento cooperativo, com capacidade de adaptação entre as partes e de desenvolvimento de suas potencialidades, respeitando-se as particularidades de cada participante.

Bom, o trabalho intersectorial, a meu ver, é você trabalhar articulado, no sentido, ou de executar um projeto, ou uma ação, mas não só visando recursos financeiros. (T1)

Porque na área da saúde, a gente realmente não consegue se for de forma diferente porque o problema não é nosso, é de todos. E a gente dá uma parcela de contribuição porque isoladamente não teria como. (...) E os parceiros também tem uma sensibilidade de perceber, pela própria natureza da ação proposta e o papel institucional que se assemelha, somente sendo conduzido pela maneira peculiar de cada organização. (G1)

Às vezes, a gente vê muito a questão da subutilização. Procura-se um parceiro porque não tem um espaço adequado para fazer aquilo que a instituição quer. Procura-se um parceiro porque não tem dinheiro pra pagar alguma coisa. Então, essa discussão sobre parceria, acho que ela precisa considerar o planejamento. Porque quando a gente encontra técnicos que pensam assim, que a gente consegue compartilhar as idéias, a gente faz isso com leveza. (G2)

Burlandy (2003^[61]) também faz distinção entre a multi-setorialidade e a intersetorialidade, mas a coloca em termos de níveis diferenciados de articulação intersetorial. A multi-setorialidade se caracterizaria como uma certa convivência intersetorial construída a partir de um objetivo de política pública, que transcende os setores, levando à identificação de programas prioritários que são potencializados através de uma ação convergente. Desta forma, são alcançados ganhos pontuais nos programas setoriais, e uma maior aproximação dos diferentes setores a uma lógica macro-política.

Na proposição da autora, a intersetorialidade estaria referida a um nível de articulação mais complexo, em que “os setores, a partir de um projeto integrado construído de forma pactuada, identificam determinantes-chave do problema em pauta e formulam intervenções estratégicas que transcendem os programas implementados setorialmente e perpassam os vários setores” (BURLANDY, 2003^[61]: 34). Assim, objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nesses mesmos aspectos dos demais setores.

Outra definição de intersetorialidade presente nos discursos dos sujeitos da pesquisa estabelece um nexos associativo com a noção de interdisciplinaridade, entendida como a integração de disciplinas diferentes capaz de possibilitar um novo enfoque acerca dos problemas, viabilizando uma intervenção efetiva em prol da coletividade.

Eu acho que o trabalho intersetorial, ele se complementa. Ele é fundamental porque nenhuma disciplina isoladamente vai conseguir fazer nenhum tipo de transformação. Mas quando a gente consegue encontrar um denominador comum, que você consiga fazer a articulação das diversas áreas de conhecimento, aí você consegue realmente fazer alguma coisa que tenha retorno, alguma coisa que tenha substância – não fique só no falar, mas que tenha um retorno pra sociedade. (G2)

Essa inter-relação é pontuada por Junqueira (2000^[182]), entendendo a interdisciplinaridade também como uma prática, na medida em que convoca a integralização do olhar sobre o objeto do conhecimento e da ação, exigindo a negociação de diferentes pontos de vista com o objetivo de fazer uma escolha sobre como intervir nos problemas de saúde. Envolve, assim, uma decisão onde os conhecimentos não são suficientes, requerendo escolhas de natureza ética e política.

A recomposição entre saberes e especialidades que se opera na interdisciplinaridade tem suas repercussões na reorganização do trabalho fragmentado e alienante, mediante a atuação em equipe multiprofissional realizado de forma integrada, ao invés da fragmentação e/ ou soma de ações especializadas. Aponta-se, assim, para a possibilidade de uma atuação interprofissional que se expressa na capacidade coletiva de iniciativa, na construção de uma atenção à saúde integral. Como propõe Tavares (1998^[183]), nesse processo, cada área realiza o

trabalho de acordo com sua especificidade (competência profissional), de forma complementar e independente, mas referida ao todo, levando em conta as interfaces e a harmonia dessas ações (competência interprofissional).

Na operação da idéia de uma ação que promova a horizontalização – contribuindo para a produção de conhecimento compartilhado – e permita o aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada grupo e entre os diferentes grupos – colaborando para a solidariedade entre eles –, está a noção de transversalidade.

A transversalidade faz contraponto com a hierarquização de saberes disciplinares, marcada pela valorização de uns em detrimento de outros. Rompendo a hierarquia de conteúdos e de disciplinas, na transversalidade, todos os conhecimentos e idéias são válidos e todas as ações são importantes, ainda que algumas possam ser mais complexas do que outras.

A inter-relação entre interdisciplinaridade e intersetorialidade remete-se, assim, à articulação de saberes e práticas, com a necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais, e implica questões organizacionais de como as práticas se estruturam, bem como questões políticas de desconcentração de poder.

Na realidade investigada, a constituição de uma rede intersetorial centrada na identidade do projeto *Transando Saúde*, procura incorporar as contribuições de diferentes sujeitos e atores sociais, na instauração de um processo participativo de planejamento das ações. Esse processo se inicia com a presença dos representantes do SESC na formulação do Plano de Ações e Metas das Coordenações Estadual e Municipal de DST e Aids, que por sua vez é encaminhado por essas organizações de forma coletiva, e tem continuidade no acompanhamento técnico feito junto aos agentes multiplicadores nas empresas parceiras.

Uma coisa que é muito importante: (...) o planejamento das ações que vão ser executadas, ele é feito totalmente englobado com essas interfaces. A gente faz várias reuniões onde a coletividade está demonstrando o tempo inteiro as suas posições. Porque ali a gente tem oportunidade de ouvir essa ONG que está falando com o povo lá na ponta, a gente tem oportunidade de ouvir a técnica, o colaborador – por exemplo, saúde da mulher, da criança, do adolescente –, que está ouvindo as pessoas dentro da Unidade, de estar ouvindo quem está atendendo... Então, o que a gente vai implementar nas nossas ações, a gente está sempre ouvindo para construir coletivamente esse roteiro anual, onde a gente vai estar aplicando desde a nossa capacidade técnica ao nosso recurso, mesmo, financeiro. (G6)

Essa forma de atuar, mobilizando a presença ativa de sujeitos diversos nas decisões atinentes às ações de saúde, cria um espaço possível de interação e ação em que profissionais e usuários partilham seus saberes e experiências em torno de questões concretas. Constitui-se também em um espaço de reflexão que propicia aos profissionais perceberem as inter-relações existentes nos processos de trabalho articulados entre si, e em seu caráter mais amplo, na interlocução com outros setores da sociedade, debatendo novas propostas estruturantes para se

obter melhor desempenho em relação à resolutividade das ações de saúde que são ofertadas à população.

No contexto dessas reflexões, figura o potencial da intersetorialidade como eixo estruturante na atenção à saúde, contribuindo para romper a tendência do Programa de Aids de atuar de forma pontual com campanhas, e para a reorientação dos serviços a fim de melhor abordar o objeto complexo saúde-doença-cuidado, com base na compreensão de que a saúde se promove nos diferentes contextos de vida dos sujeitos – e dessa forma, também a possibilidade de criar valores nas empresas capazes de comprometer os empresários no engajamento com a promoção da saúde no local de trabalho.

Se você pensar que a gente tem a Aids só trabalhada nas campanhas – isso está muito arraigado nas pessoas. Eu vou pro micro, que é o dia-a-dia, quando eu vou pra dentro da unidade de saúde numa sala de espera, pra uma empresa, pra uma escola. E a gente quer superar essa visão arcaica, que eu falo de saúde, já vem atrelado: ambulatório, hospital, unidade de saúde. Talvez a gente encontre, ainda hoje, empresas que ainda fecham as portas por terem a idéia de que a saúde, a educação, que a promoção da saúde, ela não acontece em todos os meios (...).Então, hoje, no município, a gente tem uma realidade de ação continuada dentro da escola, dentro da empresa, dentro da unidade de saúde. A gente leva a promoção da saúde pra rua. (...) Eu acredito que esse é um jeito de fazer um trabalho mais continuado. (G6)

Um ponto nodal nessa dimensão refere-se à compreensão das necessidades de saúde, cuja reconceitualização figura hoje como um dos principais desafios conceituais e práticos colocados no campo da saúde pública face às questões saúde/doença e da organização do cuidado.

Na superação de uma visão medicalizante, Cecílio & Matsumoto (2006^[184]) propõem quatro conjuntos de necessidades de saúde: (i) as boas condições de vida, entendendo-se que o modo como se vive se traduz em diferentes necessidades; (ii) o acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida – sendo importante destacar, nesse caso, que o valor de uso de cada tecnologia é determinado pela necessidade de cada pessoa, em cada momento; (iii) a criação de vínculos afetivos e efetivos entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde – vínculo sendo entendido como uma relação contínua, pessoal e calorosa; (iv) os graus crescentes de autonomia que cada pessoa tem no seu modo de conduzir a vida, o que vai além da informação e da educação.

Esse parece ser um elemento fundamental quando se analisa a construção da integralidade do cuidado, em que se torna necessária a redefinição de práticas que valorizem as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos como ponto de partida para qualquer intervenção, criando vínculos, acolhimento e autonomia na direção da possibilidade do cuidado centrado no usuário (CECÍLIO, 2001^[185]; MATTOS, 2004^[186]).

Nesse sentido, o processo de construção da ação intersetorial, tal como configurado na experiência analisada, guarda um potencial significativo para o reconhecimento do sujeito e de suas potencialidades na constituição do seu modo de caminhar pela vida e no (re)direcionamento dos programas e projetos desenvolvidos, de modo que a responsabilização e a autonomia – como expressão da subjetividade e referida ao coletivo – se traduzam em coresponsabilização entre sujeitos usuários e sujeitos profissionais pela promoção da saúde e da qualidade de vida.

Foi possível perceber nas falas dos sujeitos entrevistados um sentido de pertinência a uma rede intersetorial, permitindo a conformação de áreas de confiança mútua e o comprometimento em torno de um trabalho conjunto. Os integrantes, a partir de interesses particulares e coletivos, reconhecem a necessidade do trabalho integrado para potencializar o alcance de seus objetivos.

A importância que eu vejo é que a gente tem feito esse recorte da prevenção das DST/Aids em todas as instâncias. E qual o local onde a gente está mais presente além da nossa casa? Inclusive, bem mais presente? É o nosso trabalho. Geralmente as pessoas têm uma jornada de, no mínimo, seis, oito horas de trabalho. Dentre as coisas que a gente percebe como resultado é que algumas pessoas, antes do Projeto, elas não tinham acesso, muitas vezes, nem ao preservativo gratuito na Unidade porque não podia ficar fora no horário do trabalho, não podiam estar indo buscar, quando saíam do trabalho, o Posto estava fechado. Hoje a gente sabe que no ambiente de trabalho essas pessoas vão estar tendo acesso. (G6)

A escola, a prefeitura já trabalha, a comunidade, o posto de saúde já trabalha e a empresa ninguém trabalha e é o nosso público-alvo. Eu acho que foi uma decisão acertada da gestão quando opinou da gente focar o trabalhador. A gente não tem um projeto específico dentro do SESC Regional que seja esse só para o trabalhador do comércio – tudo é aberto pra todo mundo – e esse foi uma oportunidade pra gente fazer algo diferente pro trabalhador. (G2)

No começo, quando a gente leu a proposta, a gente achou interessante. Primeiro em função da gente ver a necessidade de passar informação pros funcionários, de fazer alguns cursos pra eles e trazer informação pra eles. Então, como a gente já tem essa necessidade, o projeto Transando Saúde é um projeto que pra gente é legal, em função do que ajuda pra gente... A gente aqui se preocupa com CIPA, fazemos CIPAT. Então, a gente tem essa preocupação de passar pros funcionários informações sobre saúde, sobre qualidade de vida... (G3)

Na construção da rede intersetorial os sujeitos definem as estratégias de mobilização de aliados, revelando os argumentos que foram colocados em circulação para inter-relacionar diversos atores ligados a diferentes campos, inserindo a prevenção das DST e Aids e a promoção da saúde nos locais de trabalho. Assim, na reconstituição da história de implementação do projeto *Transando Saúde* no DR campo da pesquisa, a recuperação dos fatores implicados na adesão dos diferentes atores institucionais aponta para a lógica da responsabilização como um ponto comum, parecendo ser esse um fator de ordenação da rede.

Nos depoimentos dos gestores essa lógica se expressa no compromisso público dos governos estadual e municipal com a qualidade da atenção, incluindo condições de acesso e cobertura dos serviços médico-sanitários; no compromisso do SESC com sua clientela preferencial no que tange à promoção da saúde como elemento inseparável entre padrão de vida e bem estar e no combate à epidemia da Aids em particular; e no compromisso das empresas com a saúde do trabalhador e da comunidade, pelo transladar dos padrões normativos do campo do trabalho por entre a significação da qualidade de vida do campo da responsabilidade social.

Na fala dos técnicos e dos agentes multiplicadores, tal responsabilização assume ainda o significado de engajamento pessoal motivado por um compromisso de solidariedade e/ou uma afinidade com o trabalho social.

Eu me identifiquei muito com a temática. Eu acho que isso é um ponto fundamental. Se você se identifica com a temática, você consegue. Eu não queria me desligar de trabalhar DST/ Aids, eu me identifiquei muito, eu achava que eu tinha um potencial pelas capacitações que eu já tinha participado. (T1)

Olha, eu aceitei porque eu sou daquela que eu faço o trabalho de formiguinha. Eu sei que o meu trabalho não vai transformar o mundo, mas pode transformar uma realidade e pra mim, isso já é um ganho entendeu? Eu sou funcionária pública e eu gosto do que eu faço, então eu faço com o maior prazer e eu acho que é por aí. (T2).

Eu sempre fui engajado. Quando era adolescente, eu fazia parte de uma ONG. A gente – eu e um pessoal da época do colegial – passou por um treinamento pra dar algumas oficinas. Ministramos oficinas em escolas, em comunidades, alguns bairros e até municípios aqui do estado. Eu sempre me interessei. (AM1)

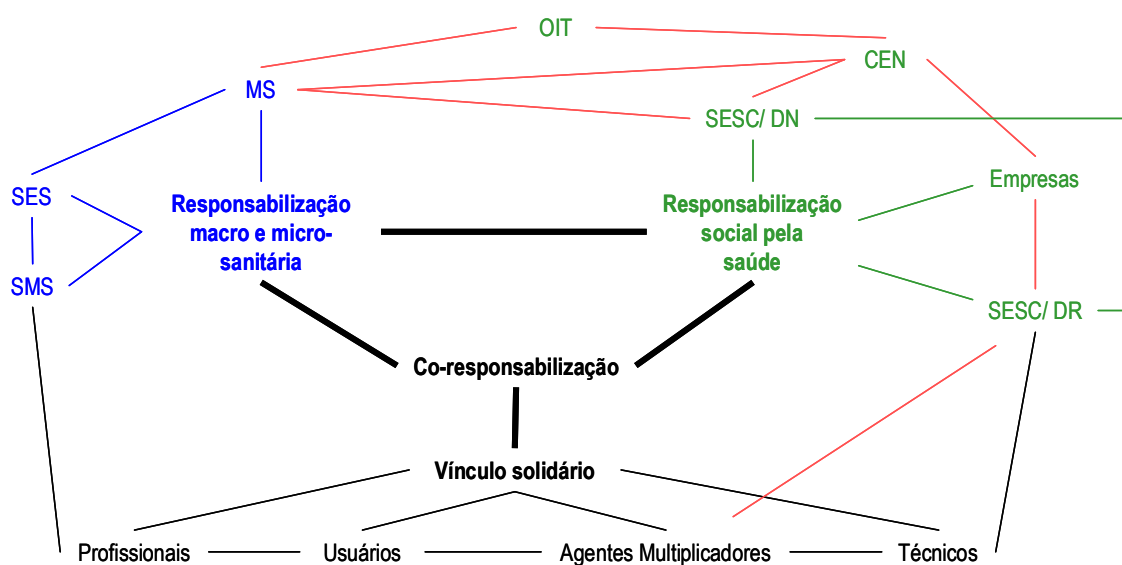
Eu tomei essa iniciativa de participar desse projeto porque eu já tenho essa vocação de trabalhar com o público, de poder contribuir pra sociedade, essa responsabilidade, realmente, social. Então foi isso que me fez participar desse projeto voluntário. (...) Nós sabemos que nós não temos a condição de poder mudar esse mundo, mas a gente, como fez o beija-flor, com um pinguinho de água jogou lá na selva, naquela imensidão, naquele fogaréu, eu acho que é por aí... cada um fazendo um pouquinho, entendeu, dá pra gente contribuir com essa sociedade tão complicada. Pra mim é muito gratificante estar atuando nesse projeto. (AM3)

Com relação aos agentes multiplicadores, esse é um atributo que tem sido identificado em outras realidades, conforme estudos realizados em torno da metodologia de educação entre pares no campo da Prevenção à Aids (GUPTA & DICKINSON, 2006^[187]; LAPERRIÈRE, 2006^[188]). E os valores de solidariedade se materializam no engajamento pessoal em ações de prevenção, que compõem um amplo leque de possibilidades práticas, valorizadas pelos agentes multiplicadores, para além do vínculo com a empresa em que estão empregados.

De repente, eu deixo essa instituição, espero quando chegar na outra, futuramente, também colocar esse projeto em prática. Poder, onde chegar, também fazer o projeto e deixar brotado aqui pessoas qualificadas que possam dar continuidade com a minha ausência. (AM1)

Acho que a formação de vínculos é também um ganho desse projeto – a gente forma vínculos com essas pessoas. Às vezes ele sai daquela empresa, mas ele entra em outra. Aí ele vem: “olha, estou em outra empresa, eu quero continuar esse trabalho lá”. Então, a gente vê o quanto que a questão da educação em saúde é pessoal – é de identificação pessoal.” (G2)

Conforma-se, assim, uma rede de alianças e compromissos intersetoriais – esquematizada na Figura 9, a seguir – em que a lógica da responsabilização afigura-se como o que faz nó, como o que forma vínculo ético e conceitual na ordenação dessa rede.



Fonte: elaboração própria.

Figura 9– Configuração da rede intersetorial apoiada na lógica da responsabilização

A tríade *responsabilização macro e micro-sanitária/ responsabilização social pela saúde/ co-responsabilização* vincula sujeitos e instituições em alianças-chave, conectando não somente as entidades da rede diretamente envolvidas com a realização do projeto *Transando Saúde* como também aquelas que com essas guardam inter-relações, acordos e compromissos relacionados à prevenção das DST/Aids e à promoção da saúde nos locais de trabalho – como é o caso da OIT e do CEN.

Na análise dessa tríade, a proposição de Campos (2007^[189]) em torno da continuidade do projeto da Reforma Sanitária e da consolidação do SUS contribui para o esclarecimento de sua configuração como planos articulados. A responsabilização macro-sanitária estaria voltada para a regionalização do Sistema, significando mudanças nas formas de definir a alocação e utilização dos recursos do SUS, ao apostar em processos de co-gestão apoiados na pactuação de objetivos e metas em espaços públicos, com a participação ativa da pluralidade de atores dos diversos setores sociais, segundo interesses coletivos.

Remete-se, dessa forma, à conjunção da responsabilidade pública com a responsabilidade social pela saúde, materializada no compromisso e engajamento tanto do setor público quanto do setor privado no desenvolvimento de políticas e práticas voltadas para a promoção da saúde e o desenvolvimento social.

Sousa Santos (2002^[190]) assinala que dos três princípios de regulação da modernidade – mercado, Estado e comunidade – a comunidade foi, nos últimos duzentos anos, a mais negligenciada, sendo quase que totalmente absorvida pelos outros dois. Mas essa circunstância também a conformou como o princípio menos obstruído, com potencial de se tornar em um pilar de emancipação, entendendo-se como conhecimento emancipatório a trajetória entre um estado de ignorância e um estado de saber, designado como solidariedade.

A solidariedade é o conhecimento obtido no processo, sempre inacabado, de nos tornarmos capazes de reciprocidade através da construção e do reconhecimento da intersubjetividade. A ênfase na solidariedade converte a comunidade no campo privilegiado do conhecimento emancipatório (SOUSA SANTOS, 2002^[190]: 81).

A participação e a solidariedade são as dimensões principais em que se baseia o princípio da comunidade. O esforço pela participação mais efetiva no espaço público é o lócus da experimentação, em que diferentes iniciativas são implementadas, na busca de alternativas viáveis para os problemas sociais e de saúde, as quais ganham força na medida em que se proliferam e se efetivam. Sousa Santos (2002^[190]) vê o Estado investido de uma função importante no desenvolvimento e estímulo da experimentação social, garantindo um ambiente propício à discussão de alternativas e possibilidades, criando novos contornos de participação e comprometimento social.

A responsabilidade micro-sanitária está referida à reorganização do trabalho em saúde, com a valorização da visão interdisciplinar e da atuação interprofissional, na constituição de vínculos terapêuticos entre equipe profissional, usuários e seus familiares. Essa é, por sua vez, uma dinâmica de co-responsabilização e empoderamento mútuo em que se promove a autonomia dos sujeitos – entendida em sua referência ao coletivo – na construção de diferentes solidariedades. No trabalho em saúde, a autonomia pressupõe liberdade, mas também a capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros, de forma a requerer dos profissionais interesse e envolvimento no desempenho de suas atribuições.

Remete-se à necessidade da superação da responsabilidade técnica, de natureza burocrática e desvinculada da visão de conjunto, para a assunção de uma responsabilidade ética, tal como proposta por Morin (2005^[191]:100):

A consciência da responsabilidade é característica de um indivíduo-sujeito dotado de autonomia (dependente como toda a autonomia). A responsabilidade, contudo, necessita ser irrigada pelo sentimento de solidariedade, ou seja, de pertencimento a uma comunidade.

Trata-se, na proposição do autor, de uma ampliação do conceito de ética, que ele denomina de ética complexa, em que está suposto um apelo ao senso de responsabilidade mútuo e à dialogicidade, numa dinâmica em que “racionalidade, amor e poesia estão sempre presentes e ativos” (MORIN, 2005^[191]: 196). A construção da ética complexa conduz ao desenvolvimento da cultura solidária.

A ética complexa necessita daquilo que é mais individualizado no ser humano, a autonomia da consciência e o sentido da responsabilidade. Necessita do desenvolvimento do potencial reflexivo do espírito, especialmente na auto-análise e na atenção à ecologia da ação. A ética complexa conecta-se, ao mesmo tempo, à religação vinda das profundezas do tempo e à religação do nosso tempo, da nossa civilização, da nossa era planetária (MORIN, 2005^[191]: 195).

7.1.1 Envolvimento – características dos acordos intersetoriais

Na constituição da rede, uma vez que as relações entre as instituições não são hierárquicas e que o poder se realiza através da comunicação, a coordenação se processa por meio de estratégias de facilitação/ mediação das interações entre os membros e a operação se dá com base em acordos mútuos, que normalmente resultam de decisões feitas por pactuação entre os membros.

Como assinala Texeira (2004^[48]), o processo de planejamento intersetorial remete às pluralidades de tempos (técnico e político), de dimensões dos sujeitos que planejam e de instituições que compõem os vários setores envolvidos. Essa variedade de sujeitos e instituições implica em diversidade de objetivos – por vezes antagônicos.

Tal combinação de antagonismo e confiança vem sendo administrada, enfatizando-se os fins desejáveis e as possíveis trocas de recursos entre os atores. Os acordos intersetoriais assumem características de cooperação, coordenação e integração, definindo e atribuindo os papéis inter-relacionados às diferentes entidades da rede.

Dessa forma, as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde assumem o compromisso de apoiar o desenvolvimento do Projeto nas empresas, por meio de disponibilização/remuneração de um técnico para atuar como co-facilitador no encaminhamento das oficinas, a cada curso de capacitação de agentes multiplicadores realizado pelo SESC. O apoio desses órgãos se dá, ainda, mediante produção de material gráfico de divulgação e de informação, educação e comunicação (IEC), sendo que o SESC, em alguns casos, assume o desenvolvimento do projeto gráfico dessas peças.

No escopo dessas negociações de cooperação também se situa a disponibilização dos espaços físicos do SESC para outras realizações de iniciativa das Secretarias, não especificamente direcionadas aos trabalhadores.

Em conformidade com as ações estratégicas dos Programas Estadual e Municipal de Prevenção e Controle das DST/Aids, existe também o compromisso das Secretarias com o fornecimento dos insumos – preservativos masculino e feminino – para distribuição aos trabalhadores nas empresas que participam das atividades educativas desenvolvidas pelos agentes multiplicadores. O quantitativo disponibilizado é reforçado pelo SESC/DN, mediante fornecimento anual programado com base na previsão de atendimentos informada no Plano de Ação do DR.

Esses acordos são, em geral, negociados por ocasião das discussões em torno da definição do Plano de Ações e Metas de cada uma das Secretarias, em que o SESC é chamado a participar, de tal modo que as metas dessas entidades, se colocam em consonância, no que se refere à atuação nos locais de trabalho. Uma nova contribuição resultante dessa negociação no exercício de 2008, foi a aquisição, pela SMS, de acervo didático – constituído de álbum seriado de prevenção às DST/Aids, modelo peniano de borracha, e modelo pélvico de acrílico – para fornecimento às empresas participantes do projeto *Transando Saúde* como forma de apoiar as ações educativas desenvolvidas pelos agentes multiplicadores. Até então, contava-se apenas com acervo de propriedade do SESC, fornecido pelo SESC/DN, disponibilizado a cada ação realizada nas empresas, conforme cronograma e planejamento encaminhados pelos agentes multiplicadores. Esse material fica agora sob guarda das empresas e o empréstimo é renovado na medida em que seja mantida a programação educativa de caráter sistemático nessas instituições.

O SESC é o responsável pela distribuição desse material às empresas. No caso daquelas já envolvidas na trama intersetorial do Projeto, o material foi repassado automaticamente e no que se refere às empresas recém integradas à rede, a entrega foi feita ao final do curso de capacitação dos agentes multiplicadores.

Essa responsabilidade encontra-se na esfera dos compromissos assumidos, os quais se referem a: i) mediação junto às empresas para engajamento ao Projeto; ii) sensibilização dos trabalhadores; iii) formação dos agentes multiplicadores mediante capacitação de 20 horas; iv) acompanhamento e supervisão técnica das ações educativas desenvolvidas pelos agentes multiplicadores nas empresas parceiras; v) elaboração e encaminhamento às Secretarias de relatórios de realização e avaliação das ações em andamento e vi) participação nas reuniões

com coordenação e técnicos dos Programas Estadual e Municipal, a fim de discutir o andamento das ações.

Na fala dos entrevistados, esses acordos são valorizados em função de fatores relacionados tanto à função de mediação desempenhada pelo SESC – considerada necessária para facilitar e, até mesmo, viabilizar a entrada da SMS nas empresas – quanto pelo reconhecimento da qualificação técnica da equipe para desenvolver o trabalho educativo voltado para a saúde sexual e prevenção às DST/Aids.

Porque o SESC nos possibilita, ele nos abre uma porta, que a gente não tinha esse acesso. Então quando a gente vai com uma instituição que é respeitada, que já tem um trabalho, a gente já sente que, lá na empresa, a gente já é visto de uma outra forma. (T2)

Quando você fala de sexualidade, de prevenção a uma doença que pode ser adquirida através de uma relação sexual, você está falando de um contexto mais amplo, de comportamento, de uma coisa muito subjetiva, de intimidade. E no ambiente de trabalho, você conseguir ter sensibilidade pra abranger isso, exige que os facilitadores das oficinas, além da técnica, que eles tenham perfil... e a gente fica muito seguro aqui na Secretaria porque a gente sabe que as técnicas do SESC, elas têm esse perfil de facilitador. Essa questão de sensibilidade, dessa desconstrução do mito mesmo, a desconstrução do preconceito... então, assim, eu percebo que isso, aqui no Programa, tem sido uma parceria que tem fortalecido as nossas ações. (G6)

Com relação a esse atributo que se constitui em mais um fator de enlace das entidades na rede, a coordenadora de Saúde do SESC assinala que a aliança com as Secretarias também contribui para o desenvolvimento técnico da equipe, na medida em que é sempre assegurada uma vaga para a equipe técnica da instituição nas capacitações promovidas pelo Ministério da Saúde, sendo esse mais um componente dos acordos intersetoriais.

[Contribuem para a programação] os treinamentos do Ministério – que isso também é um ganho. Com essa parceria, todo treinamento do Ministério que é oferecido pros serviços, a gente consegue vaga pra treinar os técnicos. Se não fosse isso também a gente não teria essa condição de ser facilitador nesse processo, porque a gente não teria o conhecimento da temática, um conhecimento mais aprofundado da realidade. (G2)

A coordenadora do Programa Municipal expressa o entendimento de que a contrapartida da SMS à atuação do SESC na realização do projeto *Transando Saúde* se constitui em um “*facilitador para abrir o leque de adesões pelas empresas*” (G6).

A sistematicidade das ações é o compromisso básico assumido pelas empresas no contexto dos acordos intersetoriais, o qual se inicia com a seriedade na indicação dos profissionais que serão capacitados nos cursos de formação de agentes multiplicadores. A este respeito, a gestora do mercado atacadista comenta em sua entrevista:

É que a empresa tem que estar preocupada também que o projeto dê certo. Se ela não estiver preocupada, vai qualquer um. (...) Se a empresa estiver realmente preocupada, ela vai procurar pessoas que ela, pelo menos, acredite que vai participar da capacitação e que vai ter uma preocupação de um retorno. (G3)

Os agentes multiplicadores assumem as seguintes responsabilidades: participam da capacitação, montam o plano de intervenção dentro da empresa – e o encaminham à técnica do SESC que se reúne com eles para discussão da proposta –, desenvolvem esse plano de trabalho e apresentam o relatório das atividades realizadas, mantendo contacto sistemático com a profissional responsável pelo acompanhamento e supervisão técnica às ações por eles desenvolvidas.

Esse é um processo de trabalho que exige deles constante interlocução com algum superior hierárquico dentro da empresa – em geral, do setor de Recursos Humanos ou do setor administrativo – a fim de assegurar as condições de realização das ações, que vão desde a definição de horários, até a negociação com as chefias de diferentes setores institucionais para liberação dos funcionários no horário do expediente.

É nessa dinâmica de negociações que se encontram caracterizadas às principais tensões e dificuldades identificadas pelos diferentes atores institucionais, na realização do projeto *Transando Saúde*, conforme será discutido no item a seguir. Encontram-se dimensionadas no esforço de criação de elos com o campo social e discursivo do mundo do trabalho, buscando a vinculação das empresas com valores, sentidos e significados da promoção da saúde.

7.2 Promoção da Saúde no Local de Trabalho – valores, tensões e controvérsias

Nos depoimentos dos gestores das empresas e dos agentes multiplicadores nelas atuantes, aparece a ambigüidade dos valores que orientam a incorporação de modelos diferenciados de promoção da saúde no local de trabalho e que desafiam a instituição de uma forma de fazer educação em saúde que contribua para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

São aspectos que se relacionam aos valores e significados do mundo do trabalho em que as práticas discursivas predominantes a respeito da saúde do trabalhador referem-se à integração da produtividade com o que se convencionou chamar qualidade de vida no trabalho, tal como exemplificado nos depoimentos de gestores das empresas e nas percepções dos agentes multiplicadores a esse respeito:

... a gente considera a questão da saúde fundamental por quê? Primeiro a saúde do colaborador porque se ele não estiver bem de saúde, a gente não produz. Eu não posso ser hipócrita e dizer que a empresa não se preocupa com isso – a empresa tem que ter resultado. A gente está buscando resultado possível de se alcançar. Então o colaborador doente não gera resultado. E não é importante só a saúde do

colaborador, a saúde da família do colaborador também. Porque o colaborador que vem trabalhar com a cabeça em casa porque está com o filho doente, está com a esposa doente, está precisando de alguma coisa em casa, também não vai produzir. (G4)

E hoje, a diretoria realmente já vê o nosso projeto com outros olhos. Porque eles sabem que o colaborador com alguma enfermidade desse tipo, já vai faltar o trabalho, a produtividade já vai cair, já vai aumentar o absenteísmo. (AM1)

Um depoimento emblemático com relação à importância atribuída à lógica financeira é o da gestora com vínculo empregatício no mercado atacadista, ao comentar os fatores que facilitaram a aceitação da proposta do projeto *Transando Saúde*, na negociação com seu superior hierárquico:

... foi o básico: custo zero! (...) Quando a gente levou pro gerente: “olha chefe, é custo zero, e tal, o projeto é magnífico, entendeu?” “Ah, custo zero, que legal!” [risos] Mas o fato de ser custo zero, realmente foi definidor. E o projeto é necessário porque pela política da empresa, a gente tem que promover os cursos. A proposta foi aceita porque realmente a idéia, o projeto, ele é bom. Isso é inegável. Mas o segredo realmente foi o custo zero. (...) Porque hoje em dia, não adianta a gente querer ser demagogo, toda empresa pensa justamente nesse tipo de benefício, né? As empresas querem o benefício, mas não querem gastar muito por ele. (G3)

Essa significação também se faz presente no contexto discursivo dos documentos que orientam a prevenção às DST/Aids no local de trabalho, destacando-se como argumento de convencimento dos empresários para o desenvolvimento de políticas e programas de prevenção e assistência a essas doenças no ambiente laboral. Nesse sentido, são valorizados conteúdos relacionados ao impacto negativo da Aids para o desenvolvimento econômico, às repercussões da epidemia no mercado e mais especificamente, os efeitos danosos para as empresas, como diminuição da produtividade, aumento dos custos com contratação e capacitação – limitando as possibilidades de expansão das atividades e portanto, dos lucros empresariais –, gastos maiores com cobertura de seguros, pensões e despesas funerárias (BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998^[164]; ONUSIDA, 2003^[192]; OIT, 2004^[193]).

Fora do recorte da prevenção à Aids, no marco da Estratégia de Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho da América Latina e Caribe (OPS/ OMS, 2000^[194]), algumas contradições se fazem presentes nesse sentido. Ao mesmo tempo em que se traz a temática do desenvolvimento sustentável com equidade e justiça social, asseverando como principal propósito da iniciativa:

Contribuir para a melhoria do ambiente de trabalho físico e psicossocial, do estado de saúde, da capacidade para adotar valores e estilos de vida e de trabalho mais saudáveis, e para o bem estar geral dos trabalhadores, com o fim de avançar na direção do desenvolvimento sustentável com equidade e justiça social (OPS/OMS, 2000^[194]: 9),

afirma-se na definição de Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PSLT), que esta

inclui a realização de uma série de políticas e atividades nos locais de trabalho, desenhadas para ajudar os empregadores e trabalhadores em todos os níveis, a

umentar o controle sobre sua saúde e a melhorá-la, **favorecendo a produtividade e a competitividade das empresas** e contribuindo ao desenvolvimento econômico e social dos países (OPS/OMS, 2000^[194]: 4 – grifos nossos).

Se por um lado, essa pode ser uma estratégia discursiva de aproximação ao universo de percepção do empresário, considerando-se o tensionamento entre os campos – da saúde e do mundo do trabalho – por outro, tal centralidade discursiva em aspectos associados aos interesses econômicos reflete as peculiaridades do campo da Saúde do Trabalhador, marcado por avanços e recuos estratégicos no percurso de construção de seu corpo conceitual e metodológico e de seu agir político, jurídico, técnico e ético no sentido do compromisso com a mudança do quadro de saúde da população trabalhadora.

Sem pretender, no espaço desta dissertação, empreender uma reconstituição histórica do campo da Saúde do Trabalhador, convém salientar, contudo, que sua construção encontra-se configurada pela ruptura com os modelos de atuação da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, ambos fundamentados por um enfoque mecanicista, biologicista e individualista na forma de estabelecer os nexos causais entre doenças/acidentes e trabalho, em detrimento de uma análise mais abrangente e integradora, capaz de considerar a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde no estudo dos condicionantes da saúde-doença (LACAZ, 1997^[195]; MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997^[196]).

Como referem Minayo (*et al.*, 1998^[197]), podem ser identificados os seguintes princípios norteadores da Saúde do Trabalhador no Brasil: a determinação social da saúde/doença; a relativização dos métodos quantitativos na análise da associação entre causa e efeito; a integração de diversas disciplinas em torno da discussão da saúde; o desenvolvimento de práticas e gestões participativas em saúde; a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo.

São aspectos que fazem ponto de contacto com a PSLT cuja abordagem requer uma intervenção integrada, que envolva as novas necessidades, expectativas e problemas de saúde da população trabalhadora, a partir do desenvolvimento de estratégias direcionadas à construção de políticas públicas de trabalho saudável para todos os setores produtivos; ao reforço das competências e capacidades dos trabalhadores; à inclusão dos objetivos de promoção da saúde nos propósitos estratégicos das empresas e nos seus processos quotidianos; à identificação, reforço e ampliação de fatores que potencializam a saúde e o bem-estar; à criação de estruturas organizacionais participativas que favoreçam o envolvimento dos trabalhadores nas decisões atinentes à saúde e à organização (OPS/OMS, 2000^[194]).

Situando-se no domínio da Saúde Coletiva, o campo da Saúde do Trabalhador recebe contribuições de diferentes disciplinas na consideração do ambiente de trabalho como espaço de relações complexas e mutantes. Na busca do entendimento de como adoecem e morrem os trabalhadores, procura-se articular o estudo dos processos de trabalho com o conjunto de valores, crenças e idéias que os trabalhadores compartilham, concebendo-se o trabalho como, simultaneamente, um processo técnico, social e econômico. Adota-se como referência central o conceito marxista de processo de trabalho, o que pressupõe sua compreensão como organizador da vida social, como espaço privilegiado das relações de produção e de reprodução dessas relações, e de resistência e luta dos trabalhadores por melhorias nas condições de vida e trabalho (ambiente de trabalho, salário, moradia, segurança, dentre outras). Em cada situação concreta, o processo histórico determina um modo de trabalhar e, conseqüentemente, um padrão determinado de desgaste e de morbi-mortalidade.

Ao processo de trabalho como conceito estruturante – referido ao mundo e à dinâmica do trabalho –, associa-se o de condições gerais de produção, “que se refere à relação entre o processo imediato de produção, a estrutura social e política e a esfera reprodutiva” (MINAYO, 2004^[198]: 42), dizendo respeito, portanto, ao mundo da vida.

Nesse espaço, considerando-se uma visão de economia globalizada, assiste-se à reestruturação produtiva, que impõe uma flexibilização do trabalho dentro dos processos e nas formas de contratação, em que é estabelecida uma precarização nas relações trabalhistas com a constante ameaça do desemprego estrutural. Observa-se a construção de um padrão de sociedade dual, entre aqueles que se encontram plenamente incluídos, por meio de uma ocupação regular e de boa qualidade, e os demais, os precariamente incluídos (subemprego, ocupações atípicas, parciais) e os excluídos (sem emprego, por longa duração).

No Brasil, segundo dados da OIT (2004) comentados por Minayo Gomez (2005^[199]), entre 1990 e 2003, de cada dez novos empregos, sete foram informais, sendo que, em 2003, nove em cada dez dessas ocupações eram no setor de serviços. O autor chama atenção, ainda, para um indicativo revelador do grau de desproteção social hoje existente, referindo-se ao fato de que, em 2002, cerca de 54,8% das pessoas ocupadas no país não contribuíam para qualquer tipo de previdência (IBGE, 2003). Revela-se, assim, um quadro de vulnerabilidade, marcado por um sentimento geral de insegurança e de mal-estar no mercado do trabalho, no emprego, na renda, na contratação e na representação dos trabalhadores.

No contexto da pesquisa implementada, esses sentimentos de instabilidade e desamparo se fizeram notar na discussão que os participantes da oficina final do curso de formação de agentes multiplicadores travaram em torno de questões relacionadas à legislação

brasileira no que diz respeito à proibição aos empregadores de exigir testes de comprovação de HIV, seja nos exames pré-admissionais, periódicos ou demissionais.

Estavam vivenciando um jogo de perguntas e respostas que explorava os diversos aspectos do conteúdo trabalhado ao longo do curso – dentre eles os relacionados à legislação existente para garantia dos direitos trabalhistas e, em última instância, da dignidade humana. Frente à questão referente à exigência de teste no processo admissional, o debate foi intenso, com relatos de experiências pessoais acerca de situações em que a procura por emprego determinou a submissão à exigência de realização do teste e mesmo na consideração da situação hipotética, a argumentação sobre “*como recusar, se está precisando do emprego?*”⁸.

A mesma insegurança e incerteza sobre poder contar com a garantia dos seus direitos e a manutenção do emprego esteve presente na discussão em torno da conduta indicada ao empregador, quando do conhecimento da condição de soropositividade de algum trabalhador em sua empresa. Os relatos de experiências acerca de situações de discriminação – mesmo com relação a outras doenças, como hepatite, por exemplo – foram problematizados no grupo, avaliando-se o potencial da informação e do trabalho educativo para enfrentamento e superação dessa realidade. Na polêmica, destaca-se a fala de um dos participantes, questionando: “*Se o empregador não quer gente com gripe, que dirá com uma situação mais grave?!*”⁹

Contribui para análise dessa conjuntura, a teorização de Madel Luz (2004^[2001]) acerca dos efeitos da crise ética do capitalismo, que se acompanha pela interiorização da lógica econômica para o mundo das relações socioculturais, com repercussões para a corrosão do tecido social e a destruição das bases de sociabilidade historicamente enraizadas, na afirmação de valores originados na racionalidade do mercado, tais como:

competição, vista como lei da vida social; *sucesso* visto como *vitória* pessoal (com conseqüente exclusão ou dominação do outro); *individualismo*, visto como condição mesma do sucesso (sujeito individual concebido como centro da vida social, em contínua luta com os outros indivíduos); *lucro*, categoria do mundo econômico, invadindo a esfera dos valores através do seu correspondente social, *vantagem* (os indivíduos sentindo-se no direito ou no dever de terem *vantagem* sobre os outros); *consumismo*, visto como sinal demonstrativo de sucesso (*ter*, ou mesmo *aparentar ter*, como expressão máxima do *ser*) (LUZ, 2004^[2001]: 10 – grifos da autora).

É nesse modelo de organização social no qual os espaços de troca são cada vez mais raros e circunscritos a objetivos determinados de produção, que se encontra dimensionada a proposta do projeto *Transando Saúde*, caracterizando uma dinâmica em que o ambiente de trabalho é ao mesmo tempo cenário de atuação e desafio para sua realização. Essa

⁸ Registro no diário de campo da pesquisadora.

⁹ *Idem*.

configuração traz significado ao processo de mediação em seu sentido de tradução, tal como definido por Latour (2000^[153]:194): “Transladar interesses significa, ao mesmo tempo, oferecer novas interpretações desses interesses e canalizar as pessoas para direções diferentes”.

Os entrevistados sinalizam como um dos principais obstáculos enfrentados para a realização do projeto nas empresas, a resistência de algumas chefias na liberação dos funcionários, com argumentos fundados na lógica da produtividade, que se associam à falta de valorização da necessidade do trabalho educativo em saúde.

O novo, ele sempre causa um impacto, né? E a resistência, nos bastidores, ela ocorreu. Porque na época quando nós recebemos a visita dos representantes do SESC, o projeto foi discutido junto com a Gerência de Gestão de Pessoas, a Superintendência e a Gerência Financeira porque era necessário firmar um certo contrato e tirar o colaborador do seu local de trabalho para que ele se ausentasse por algumas horas. E a empresa, uma empresa que trabalha em cima de lucro, em cima de produtividade, ter que ausentar cinco colaboradores pra participar de um treinamento que até então, na visão dos diretores, “ah! Todo mundo já sabe o que é isso, a televisão está sempre orientando. Isso é obrigação do governo... de fazer esse trabalho. Não é minha obrigação como empresário”. Então realmente não foi fácil. (AM1)

Tem aquele chefe que nem participa e nem incentiva os funcionários da área dele pra participar. E tem uns que ainda criticam: pra que participar disso? Não é só nesse projeto. Todas as palestras que a gente faz: é esse projeto, é CIPA, brigada de incêndio, é tudo que a gente vai fazer... (...) Tem uns que incentivam e que ainda vêm pra sala assistir, pra ver se realmente é aquilo que nós estamos falando e daí em diante, continuam participando. Têm outros que, pela cabeça deles mesmo, não aceitam essas informações e nem tampouco querem que alguém venha. Aí dificulta. Dificulta mesmo. (AM2)

Associada a essa questão, evidenciou-se uma compreensão acerca das ações educativas em saúde – ou de qualquer outro curso oferecido pela empresa – como uma oportunidade concedida aos trabalhadores, devendo estes, portanto, também conceder parte de seu tempo livre em troca do benefício que concorre para sua qualificação profissional. A este respeito destaca-se o depoimento da gestora que atua na empresa de consultoria de recursos humanos:

(...) é depois do expediente de trabalho normalmente que a gente faz isso [cursos]. Tem empresa que a gente faz assim: pega meia hora da empresa e meia hora do colaborador. Tem empresa que não, que é só depois, na hora do colaborador. O que eu concordo plenamente porque eu acho que todo treinamento e reunião é crescimento do colaborador, ele tem que estar interessado em ficar depois do horário. Se quiser crescer fica, se não quiser, vai pra sua casa e depois repensa e vê as suas prioridades. Porque normalmente a gente faz de tudo pra ser curto e quando vai ser longo, a gente avisa com antecedência: olha esse treinamento vai durar tantas horas, então se programem. (G4)

Os desafios parecem ter sido acentuados pelas dificuldades relacionadas à abordagem da temática da prevenção às DST/Aids, caracteristicamente permeada por preconceitos e tabus:

E o segundo entrave que a gente teve foi realmente essa quebra de tabu. Mostrar como utilizar um preservativo masculino, feminino, entendeu? Então isso aí foi

realmente um pouco complicado porque no momento que utilizava aqueles modelos, aqueles materiais, a gente via que tinha um pouco de resistência das pessoas que ficavam, às vezes, um pouco chocadas, às vezes não tinham aquele amadurecimento. Mas, aí, foi se trabalhando no decorrer do Projeto e foram superados esses obstáculos. (AM3)

É como se você querendo fazer esse trabalho dentro da empresa, você estivesse atentando contra o pudor daquela pessoa que está assistindo a palestra. Então tem que ter até esse trabalho de conscientização de que, independente da religião que se tenha, da crença que se tenha, (...) que isso é uma doença, não é um castigo dos céus. (...) Tem muito isso ainda. “Ah esse tipo de doença é uma doença de quem não é de Deus” “É porque tem uma vida promíscua” não sei o que... Ainda tem o preconceito. (...) Então tem que trabalhar um pouquinho esse tipo de questão. (...) Até do bottonzinho – o lacinho da Aids. Na semana em que foi distribuído, tinha alguns colaboradores que estavam usando, mas teve colaborador que não colocou de jeito nenhum. Porque era a simbologia de alguma coisa que era do demônio. (G4)

Essa é uma peculiaridade do Projeto em análise que traz com muita clareza a discussão em voga no âmbito dos programas de PSLT e em outros cenários (*settings*)¹⁰, em sua proposição de conjugar a atuação direcionada a contribuir para a capacitação de indivíduos e grupos, com a intenção de: agir de várias formas sobre as políticas, influenciar a remodelação dos ambientes, construir parcerias, promover mudanças sustentáveis através da participação, e fortalecer a autonomia e a ação coletiva para o encaminhamento de soluções que abarquem o ambiente em sua complexidade.

Esse conjunto de objetivos exige dos profissionais uma mudança do tradicional papel de especialista para o de mediador/ facilitador de mudanças, requerendo o desenvolvimento de competências e habilidades voltadas para a construção da cooperação intersetorial e para a negociação de mudanças estruturais e organizacionais (GROSSMAN & SCALA, 1993 *apud* WHITELAW *et al.*, 2000^[201]), além de sensibilidade e postura dialógica no encaminhamento das ações educativas em saúde.

Nos depoimentos dos entrevistados tais habilidades foram valorizadas como sendo fundamentais para o êxito do projeto *Transando Saúde*, tendo em vista a necessidade de sensibilização e mobilização dos empresários e a capacitação dos agentes multiplicadores:

A questão da habilidade do profissional, eu acho que é preponderante também. Como eu disse, a formação desse profissional, o domínio acerca da proposta do Projeto, a habilidade pra despertar essa consciência junto a esses empregadores e a sensibilização dessas pessoas para que direcionem e disponibilizem o pessoal pra poder estar realizando as capacitações. E a sensibilidade e o envolvimento são fundamentais pra poder saber conduzir esse grupo, capacitar esse grupo, mostrar as possibilidades de ação. (G1)

¹⁰ O termo *settings* tem sido adotado na literatura internacional em expressões tais como: *settings approach e settings based health promotion* para indicar um enfoque de atuação que se organiza a partir dos diferentes cenários – escolas, locais de trabalho, comunidades, serviços de saúde, dentre outros. Com o sentido de contexto de atuação, associa-se a outros termos correlatos como “ambiente”, “organização” e “arena”: *settings for health; organizational development for health; health promoting environments; e health promoting arenas*. Nesta dissertação, reconhecendo a origem da concepção ampliada de ambientes saudáveis de forma inter-relacionada com a proposição do enfoque baseado em cenários – conforme a Carta de Ottawa e a Declaração de Sundsvall – estão sendo usados indistintamente os termos cenário e ambiente, integrando as noções de cenário de atuação e de ambiente de suporte à saúde.

Os programas voltados à promoção da saúde nos locais de trabalho trazem à tona aspectos relacionados aos desafios vivenciados na transposição/ tradução do ideário da promoção da saúde para diferentes cenários. Com base em uma revisão de literatura, Whitelaw (*et al.*, 2000^[201]) destacam que as principais dificuldades tem sido encontradas no sentido de: i) integrar distintos programas em realizações de maior abrangência e penetração nos diferentes cenários e ii) garantir a sustentabilidade de programas nos diversos ambientes.

No escopo do enfrentamento desses desafios, considera-se que o enfoque da promoção da saúde baseada em cenários exige importantes deslocamentos teóricos e metodológicos com relação ao tipo de atuação desenvolvido predominantemente até então, tendo por base os pressupostos, referenciais e valores que fundamentam a promoção da saúde no que tange à forma de conceber sujeito e sociedade e conseqüentemente, ao modo de entender os problemas sociais e de construir e executar os programas de intervenção, conforme já discutido ao longo desta dissertação.

Usando tais critérios, Whitelaw (*et al.*, 2000^[201]) propõem a categorização das práticas voltadas para a criação de ambientes saudáveis em cinco tipos (representados no Quadro 3 a seguir). Trata-se de uma tipificação apoiada em generalizações e, portanto, os modelos caracterizados não podem ser tomados como fixos e estanques. Na prática, em geral, o que se encontra são programas híbridos que mesclam as tendências categorizadas, evidenciando-se uma inter-relação. Mas atentar para os aspectos que os embasam contribui para a análise e compreensão de aspectos fundamentais aos programas, quais sejam: o que está sendo, ou para ser implementado (resultados esperados); como isso será feito e em quanto tempo.

O modelo denominado *passivo*, de caráter mais conservador encontra-se muito presente no cenário dos locais de trabalho, caracterizando um tipo de atuação baseada numa visão dos problemas como sendo de responsabilidade individual e de caráter cognitivo-comportamental. O cenário de atuação é visto como um ambiente neutro que possibilita o acesso a uma população específica de interesse e favorece a realização de ações, tais como marketing social, aconselhamento e desenvolvimento de habilidades pessoais para a saúde.

Uma variação desse modelo é o denominado *ativo* que mantém as características do enfoque individualizante na proposição de programas informativos e educativos e, de modo secundário, incorpora os elementos da organização que podem ser considerados como recursos passíveis de contribuição para o alcance dos objetivos programáticos.

Tipo	Passivo	Ativo	Veicular	Orgânico/ Sistêmico	Compreensivo
Perspectiva central/ Análise problema-solução	O problema e a solução residem no âmbito do comportamento e das ações individuais.	O problema reside no comportamento individual, algumas das soluções repousam sobre os cenários.	O problema reside no cenário, a solução na aprendizagem mediante projetos voltados para os indivíduos.	O problema reside no cenário, a solução na ação dos indivíduos.	O problema e a solução residem no cenário.
Relação entre Promoção da Saúde (PS) e cenário	O cenário é passivo; apenas fornece acesso aos participantes, constituindo-se como um meio para intervenção; a PS acontece no cenário independentemente das características deste.	O cenário proporciona recursos ativos e abrangentes para o alcance das metas de PS; a PS utiliza os recursos do cenário.	As iniciativas de PS oferecem meios adequados para acentuar a necessidade de desenvolvimento amplo do cenário; a PS é vista com um veículo para a modificação do cenário.	Os processos orgânicos ao cenário que envolvem comunicação e participação estão intrinsecamente ligados à saúde e são, portanto, PS.	As amplas estruturas e culturas do cenário estão intrinsecamente ligadas à saúde e são, portanto, PS; PS como componente central do desenvolvimento abrangente do cenário.
Foco das práticas	Marketing social, comunicação de massa e educação individual.	Marketing social, comunicação de massa e educação individual, associados ao trabalho complementar de desenvolvimento de políticas e mudança estrutural em torno de tópicos específicos.	Foco principal no desenvolvimento de políticas e na realização de mudanças estruturais, utilizando como atividades fomentadoras o marketing social, a comunicação de massa e a educação individual.	Facilitação e fortalecimento da ação coletiva/comunitária.	Foco no desenvolvimento de políticas e na realização de mudanças estruturais.
Indicadores	Indicadores individuais tradicionais (Ex.: conhecimento, atitude, comportamento).	Indicadores individuais tradicionais (Ex.: conhecimento, atitude, comportamento) como resultados finais, associados à avaliação de processo das contribuições mais abrangentes do cenário.	Um mix de indicadores do projeto e do contexto (particular interesse na interação e associação entre os diferentes projetos e o desenvolvimento mais amplo).	Indicadores orgânicos ao cenário (Ex.: níveis de comunicação e participação; estágio de desenvolvimento da equipe etc).	Indicadores de desenvolvimento da esfera mais ampla do cenário (Ex.: impacto político e ambiental)
Posição da saúde e da PS no cenário	Falta de reconhecimento explícito da importância da saúde para o cenário; PS é um elemento na abrangência do cenário.		Reconhecimento explícito da importância da saúde para o cenário; PS como elemento significativo para o desenvolvimento do cenário.		
Natureza do apoio exigido e tipo de atividade	Baseado nos recursos profissionais tradicionais; ênfase nas experiências tradicionais de programas de PS; trabalha dentro de uma estrutura hierárquica formal com posições de autoridade.		Flexibilização e inovação dos papéis profissionais; ênfase na formação de competências e habilidades profissionais mais amplas; práticas abrangentes direcionadas ao desenvolvimento do cenário.		

Fonte: Adaptado de Whitelaw (*et al.*, 2000).

Quadro 3 – Tipificação de modelos de promoção da saúde no enfoque de cenários

Avançando na compreensão acerca da conformação do cenário como parte integrante da dinâmica de determinação do processo saúde-doença e, portanto, como elemento potencial da promoção da saúde, no modelo denominado *veicular*, os objetivos colocados se deslocam da centralidade no indivíduo e do foco em tópicos específicos de saúde para a meta de promover mudanças em aspectos mais amplos dos cenários. Os programas de promoção da saúde são concebidos como um veículo secundário para o alcance desse principal objetivo de desenvolvimento do cenário, mediante ação dos indivíduos.

O quarto modelo classificado é o *orgânico* ou sistêmico, em que o cenário é visto como produto de múltiplos processos ou ações individuais, de modo que os problemas se situam no cenário, como sistema abrangente, da mesma forma que as soluções repousam nos processos e práticas cotidianas que constituem esse todo sistêmico. Os resultados das ações não se restringem aos ganhos para a saúde, mas também às mudanças culturais do cenário.

Finalmente, no modelo *compreensivo* a noção de cenário assume uma perspectiva determinista como uma entidade acima dos indivíduos, de forma que esses são vistos como desprovidos de força de intervenção suficiente para provocar mudanças culturais e estruturais significativas e duradouras. A ênfase tende a ser colocada sobre as definições políticas de caráter mais amplo, exigindo estratégias e ações diretas de altos funcionários.

Convém reafirmar que a tipificação de modelos sempre resulta em certa estereotipia e na realidade, as práticas guardam significativa variação dentro de cada modelo. Como assinalado por Poland (*et al*, 2000^[44]) o mais indicado é considerar a sobreposição e a interação dessas diferentes tendências, inclusive cogitando a possibilidade de potencialização dos resultados mediante complementaridade dos modelos, desde que assegurada a consonância com os princípios da promoção da saúde, tais como a participação e o empoderamento.

No recorte de análise desse estudo os depoimentos dos sujeitos a respeito do potencial do projeto *Transando Saúde* para a criação de ambientes saudáveis evidenciaram uma concepção do local de trabalho como cenário que incorpora aspectos físicos e psicossociais relacionados à saúde dos trabalhadores, cujos danos e agravos são considerados passíveis de prevenção por meio das ações educativas em saúde, valorizando-se o ganho de conhecimento como um indicador positivo das ações. Nesse componente, a informação encontra-se associada não somente a conteúdos temáticos do processo saúde-doença como a esclarecimentos sobre os direitos do cidadão.

Se você tem uma empresa que estimula essa pessoa a se testar, estimula essa pessoa com prevenção, mesmo que ela se descubra soropositiva, ela pode e deve continuar trabalhando, tendo relação sexual, desde que ela use preservativo, então, assim, você

vai ter uma pessoa informada, esse ambiente, ele vai estar esclarecido e eu não vejo um ambiente saudável sem esclarecimento. Então quando esse empresário, quando esse gestor, ele toma essa iniciativa: eu quero esse projeto aqui dentro, ele está dizendo, eu quero a minha empresa saudável, eu quero a minha empresa informada, eu quero a minha empresa engajada. (G6)

Quando se trabalha num local em que o trabalhador é respeitado como ser humano, como pessoa, é uma coisa. Agora, quando ele é visto apenas como objeto pra gerar lucro, aí é completamente diferente. (T2)

Eu acho que a contribuição que a gente pode dar é estar fortalecendo o acesso desse funcionário às informações que ele não tem. Porque, por exemplo, o funcionário ele não procura um posto de saúde, ele não vai numa unidade de saúde. A gente está levando informação pra ele, a gente está disponibilizando, a gente vai lá onde ele está e leva essa informação. Então a gente mostra pra ele que existe esse serviço, que tem como ele ter acesso. Então ele pode, ele pode ir numa unidade de saúde fazer o teste, ele pode ir numa unidade de saúde receber preservativo. (T1)

Foi considerada, também, a dimensão dos recursos pessoais, entendidos como o sentido que os trabalhadores atribuem ao seu trabalho, à percepção de valorização, reconhecimento e apoio que recebem das outras pessoas, à forma como se envolvem na melhoria da própria saúde, às relações interpessoais no trabalho e na família.

Ele [o projeto] traz uma possibilidade das pessoas se conhecerem mais. Então, reduz os pré-julgamentos, as pessoas se aproximam mais. Elas conseguem compreender que estamos todos no mesmo barco, que a questão da sexualidade faz parte do humano. Então você diminui a discriminação, faz com que o outro entenda mais por que um se comporta de um jeito e outros se comportam de outro. Eu acho que melhora muito as relações dentro do trabalho, cria o espaço do diálogo e você começa a compreender o outro dentro da sua especificidade. (G2)

Eu acho que o impacto maior é o impacto em casa do que dentro da empresa. É um dos impactos maiores. Talvez outros projetos tivessem mais impacto dentro da empresa, como por exemplo: alcoolismo, consumo de drogas porque a gente sabe que são coisas que são reveladas mais facilmente dentro da empresa. A gente sabe que alcoolismo aparece mais rápido do que quando a pessoa tem uma DST. As vezes, a pessoa tem, se trata sozinho e pronto. Tá ali e é um direito da pessoa não se expor. O alcoolismo é muito difícil de se esconder. (...). Acho que o mais importante é abrir a cabeça pra dentro de casa, que é aquilo que eu falei: você conscientiza o adulto. Porque esses adultos têm crianças e adolescentes em casa, (...) que eles precisam ter preparo para trabalhar com essas crianças. (G4)

Foram, assim, valorizadas as práticas e os comportamentos que afetam a saúde, tais como atividade física, tabagismo, abuso de álcool e outras drogas, hábitos alimentares, práticas de sexo seguro, bem como o recurso aos serviços de saúde.

A gente observa muito quando a gente conduz, quando a gente termina uma palestra, aquele assunto ele não morre ali naquela palestra. Ele é comentado no decorrer da semana, entendeu? A gente trabalhou a questão da limpeza, da higiene e a gente analisando, nós fomos observar, né? No banheiro... o comportamento das pessoas lavarem as mãos, cuidar de sua higiene. A gente tem observado esse resultado positivo. As pessoas querem o melhor, querem buscar uma forma saudável de viver, entendeu? (AM3)

Ele [o projeto] foi muito importante porque tem pessoas ainda com preconceitos de falar, de pensar, se esclarecer. E com o projeto, essas pessoas tiveram essa abertura e essa oportunidade de se proteger, que é o principal objetivo. (G5)

E o aumento do nº de funcionários que está procurando os CTAs, os serviços de assistência – a gente está tendo esse feedback também. (T1)

Tal forma de conceber a prática e cenário do local de trabalho se assemelha ao que Polanyi (*et al.*, 2000^[202]) identificam como a tradicional PSLT (*Traditional workplace health promotion*), desenvolvida a partir da década de 1970 nos Estados Unidos, com a crescente ênfase nos estilos de vida saudável e de acordo com a crença de que contribuiria para reduzir os custos dos empresários com os benefícios de saúde dos empregados. Com base no enfoque de risco, a maioria dos programas objetiva estimular a adoção de comportamentos saudáveis mediante apoio, informação e desenvolvimento de habilidades. Estão geralmente focados em temas como atividade física, nutrição, redução de stress, controle de peso, anti-tabagismo e aconselhamento para prevenção do abuso de álcool e outras drogas.

As intervenções de cunho organizacional tendem a ser limitadas, restringindo-se ao estabelecimento de políticas para redução do fumo, melhoria nutricional das refeições servidas em cafeterias, lanchonetes e restaurantes e apoio à atividade física, associando-se ao que também tem sido denominado na literatura como *wellness* – “bem estar no local de trabalho”. Numa linha conciliatória, Labonte (1997¹¹ *apud* GRUNAU & HARRIGAN, 1997^[165]) sugere que a ênfase dos programas não se restrinja às questões de habilidades individuais e estilo de vida, mas também em possibilitar que as fronteiras entre o pessoal, o organizacional e o social se tornem mais permeáveis.

Essa proposição parte do pressuposto de que as estratégias para melhorar a saúde da população trabalhadora precisam considerar os determinantes do processo saúde-doença tanto dentro quanto fora do trabalho, incluindo:

- a) *Fatores individuais*: características individuais do trabalhador (como sexo, idade, fatores genéticos); condições sócio-econômicas; estilo de vida (cujos agravos à saúde se expressam em tabagismo, sedentarismo, adições); recursos pessoais (educação, lazer, família ou apoio social); demandas relacionadas a familiares e dependentes (cuidados a crianças e idosos em especial).
- b) *Fatores ocupacionais*: o ritmo, o conteúdo e o valor atribuído ao trabalho; esquema de turnos versus horário normal de trabalho; o nível de repetitividade de tarefas e a gama de habilidades físicas e psicossociais demandadas.
- c) *Fatores organizacionais*: Condições de trabalho (nível e método de remuneração e concessão de benefícios); estruturas hierárquicas; o nível de participação dos

¹¹ *Health, Work and Wellness Conference*, realizada em Vancouver, no mês de setembro/ 1997.

trabalhadores na tomada de decisão; a filosofia de gestão da empresa; compromissos com a saúde e segurança no trabalho; implementação de apoios e facilitações nos locais de trabalho, tais como: flexibilização de carga horária, medidas de ergonomia, oportunidades de desenvolvimento técnico, incremento dos mecanismos de comunicação, existência de creches.

- d) *Fatores estruturais*: globalização e concorrência econômica, com repercussões negativas para as condições de trabalho e direitos trabalhistas conquistados, gerando insegurança no trabalho e acentuadas taxas de desemprego, com a conseqüente exigência de um trabalho de *advocacy* voltado para o estabelecimento de acordos intra-setoriais e a construção de políticas intersetoriais de enfrentamento dos constrangimentos econômicos e sociais.

Conferindo ênfase aos fatores estruturais, Polanyi (*et al*, 2000^[202]) propõem promover os determinantes da saúde no local de trabalho, com base em um modelo que integra os enfoques da mudança organizacional, da pesquisa participativa e da promoção da saúde. Com base em diferentes estudos, os autores assinalam que as intervenções sobre os fatores ocupacionais, organizacionais e estruturais têm se revelado mais efetivas para a saúde dos trabalhadores do que aquelas voltadas para o desenvolvimento de habilidades e mudanças de comportamento, tendo em vista a forte influência dos fatores econômicos e sociais nos aspectos motivacionais e comportamentais dos indivíduos.

Nesse contexto, a pesquisa participativa se destina ao melhor entendimento das interações entre os fatores que influenciam a saúde em seus aspectos bio-psico-sociais, garantindo-se coerência com as necessidades e os valores, sentidos e significados atribuídos pelos trabalhadores e suas organizações, de modo que sua participação no próprio desenho da pesquisa se constitui em um fator-chave para seu êxito como subsídio à tomada de decisões. Não há como pensar a relação saúde-trabalho de forma desvinculada da experiência dos trabalhadores e de suas possibilidades de ação de transformação de si e do contexto em que se encontram.

É, realmente, eu vejo assim: eu vejo que pra ser feito um processo desse, ter as suas estratégias, ter a sua forma de implantação de um processo dessa natureza, eu acho que tem que ser analisado o contexto, as necessidades que precisamos pra que daí seja feito um roteiro, seja preparado um projeto. Então eu acho que tem que ser vista a necessidade da empresa, dos funcionários e da sociedade. (AM3)

Segundo o modelo proposto, a intervenção deve estar voltada para promover mudanças nos fatores ocupacionais e organizacionais, tanto quanto na defesa (*advocacy*) de políticas capazes de facilitar essas mudanças organizacionais – o que se remete ao jogo de forças políticas e econômicas que influenciam o equilíbrio de interesses com as prioridades

sociais. Atuar nesse sentido requer o desenvolvimento de uma ampla base de apoio para esta agenda, resultante da colaboração com diferentes atores sociais preocupados com a garantia de acesso aos fatores determinantes da saúde para todos os indivíduos e grupos na sociedade.

Considerando-se que a mudança organizacional é importante para a melhoria da saúde no local de trabalho, os promotores da saúde precisam de novas competências de análise e intervenção para além daquelas desenvolvidas na direção do desenvolvimento de programas educacionais voltados aos estilos de vida. Torna-se necessário desenvolver conhecimentos e habilidades adicionais que contribuam para uma atuação estratégica, capaz de interferir politicamente no espaço do trabalho com a mobilização de diferentes agentes desse campo na negociação de acordos e no estabelecimento de compromissos que incorporem conceitos e valores da promoção da saúde.

Assim, é na interface entre as limitações técnicas e os constrangimentos do cenário, que se encontram as barreiras para o desenvolvimento do enfoque abrangente dos determinantes sociais na abordagem da PSLT. Ao mesmo tempo, há que se ponderar como o fazem Poland (*et al*, 2000: 20): “Será que tudo o que tem uma abordagem educativa ou tenta ajudar os indivíduos deve ser considerado trivial e enganoso?”. Na pesquisa, um dos agentes multiplicadores entrevistados faz um questionamento que vai na direção dessa ponderação: “*Nós não somos educados a respeitar os mais velhos? A respeitar as pessoas como elas são? Por que não se auto educar para preservação da sua saúde, do seu bem estar?*” (AM1). Parece que o problema reside mais no risco de se perder uma visão geral daquilo que se objetiva atingir, tanto com relação às mudanças significativas pretendidas nos processos estruturantes do cenário, quanto no que se refere à sustentabilidade do trabalho.

E nesse sentido, é importante não perder de vista que se por um lado é necessário que haja vontade política e que essa se expresse no aparato legal que cria condições para as mudanças, por outro, “para mudar as práticas institucionais são necessárias diversas mediações e diversas iniciativas que viabilizem esse processo” (JUNQUEIRA, 2000^[182]: 44).

Essa é uma perspectiva que o projeto *Transando Saúde* busca garantir, tendo como um de seus objetivos contribuir para mudanças culturais e políticas no âmbito dos locais de trabalho, em conformidade com os valores e princípios da promoção da saúde. Para tal, um aspecto fundamental assegurado é a participação ativa dos trabalhadores no desenho dos programas a serem desenvolvidos e na negociação de alternativas para sua realização de forma efetiva – o que revela o papel de mediação também exercido pelos agentes multiplicadores juntos aos colegas de trabalho e aos superiores hierárquicos. Na dinâmica de tensionamentos peculiares às relações polarizadas no enquadre das empresas, a mediação do

SESC, operada por meio das atividades de acompanhamento e supervisão técnica das ações, ganha importância para além dos objetivos relacionados à formação continuada dos agentes.

É necessário pensar o desafio do diálogo e da comunicação entre sujeitos em meio a relações de conflito – entre chefias e funcionários, entre leigos e técnicos, e entre pares – e as múltiplas dimensões sociais e culturais que envolvem as práticas de PSLT. O principal desafio não parece ser a articulação formal, mas o encontro político e cultural, o diálogo e a participação, considerando-se a necessidade de negociação não só política, mas também de entendimentos.

7.3 Mediação intersetorial e sustentabilidade – translações e formação de elos na ordenação da rede

Porque lá, pelo SESC, o Projeto, ele nasceu lá, mas veio brotando em todas as instituições. (AM1)

Percebe-se que se configuram duas dimensões inter-relacionadas de mediação estratégica no projeto *Transando Saúde*: i) a operada pelo SESC junto às Secretarias de Saúde e às empresas do comércio, que tem a sua expressão cotidiana no acompanhamento sistemático das ações realizadas pelos agentes multiplicadores com repercussões para a mediação das relações entre diretores/ gerentes/ chefias e empregados, e ii) a mediação desenvolvida por esses agentes em seus locais de trabalho, junto aos seus superiores hierárquicos, na viabilização das práticas educativas entre pares.

Abordar esse processo de mediação requer considerar, então, a heterogeneidade do conhecimento e a dinâmica de poder que permeiam as relações estabelecidas entre os diferentes sujeitos e instituições envolvidos na realização do Projeto, entendendo-se que o envolvimento entre esses diferentes agentes nasce da necessidade mútua de alcançar os interesses remetidos aos benefícios econômicos e simbólicos contidos na edificação dessa relação de reciprocidade entre trabalhadores, empresários e promotores da saúde – considerando-se as respectivas instituições a que estão vinculados. Essa relação de interdependência se caracteriza também por se processar dentro de um espaço de disputas, quase sempre veladas, entre esses sujeitos.

Nessa abordagem, torna-se pertinente recorrer às formulações teóricas de Bourdieu (1989^[135]) acerca dos mecanismos de construção e reprodução do espaço social. Tal autor

propõe examinar a sociedade e sua maneira de distribuir estruturalmente os agentes sociais através do estudo da lógica da distinção aplicada aos espaços sociais, os quais são compostos de forma relacional.

Em linhas gerais, a lógica distintiva de Bourdieu implica a idéia de relações e interações sociais em um espaço social específico e histórico, carregado de significados e relações desiguais entre agentes portadores de diferentes capitais sociais.

Os agentes e grupos de agentes são, assim, definidos pelas suas posições relativas nesse espaço, posições que são identificadas segundo princípios de diferenciação, que seriam, basicamente, o capital econômico e o capital cultural, cuja distribuição determina a estrutura do espaço social.

Entender os princípios que regem a construção do espaço social ou os mecanismos de reprodução desse espaço requer uma leitura adequada da análise da relação entre as *posições sociais*, as *disposições* (ou os *habitus*) e as *tomadas de posição*, as “escolhas” que os agentes sociais fazem nos diferentes domínios da prática.

Na compreensão dessa dinâmica, um operador fundamental é o conceito de *habitus*, caracterizado como um sistema de disposições duráveis e socialmente constituídas que, incorporadas por um agente ou um conjunto de agentes, orientam e dão significado às suas ações e representações.

Uma das funções da noção de *habitus* é de dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente singular ou de uma classe de agentes. O *habitus* constitui-se, então, por “princípios geradores de práticas distintas e distintivas” (BOURDIEU, 1996^[203]: 22) – um conjunto de esquemas geradores de ação adaptados a uma determinada situação ou espaço social, engendrando diferenças contínuas entre indivíduos, como maneira de arranjá-los estruturalmente. Estrutura estruturada que funciona como estruturante, o *habitus* gera prática – constitui-se como uma matriz de percepções e de ações, ou seja, como um sistema que permite ao mesmo tempo produzir práticas e diferenciar e apreciar essas práticas.

As expressões desse *habitus* são sinais visíveis, manifestações sistemáticas, constantes, relativas a categorias de percepção, de esquemas classificatórios, de um gosto, que permite a um indivíduo diferir, ser diferente. Essas manifestações, sempre relacionais e referidas mutuamente, acabam por sedimentar um esquema, um sistema de símbolos e signos que distinguem socialmente os agentes sociais.

Tal lógica classificatória implica, portanto, em um espaço estruturado de posições sociais, definidas pela distribuição diferenciada de recursos ou capitais específicos, as quais comandam as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo

ou transformá-lo. Os sujeitos se movimentam estrategicamente, situando-se no jogo social, ao expor tacitamente aquele capital sobre o qual tem domínio e que lhe reveste de poder.

No caso da análise aqui empreendida, entende-se que os sujeitos estão situados pelas regras estruturadas no campo do mundo do trabalho e é a inter-relação das regras desse campo com a estrutura cognitiva ou, mais precisamente, o *habitus* destes agentes, que criam suas possibilidades de ação. Os interesses que estão colocados, para fazer sentido para os sujeitos, precisam estar remetidos a uma certa consonância entre as estruturas externas (espaço social) nas quais os sujeitos se encontram e as suas estruturas internas (*habitus*), de tal forma que o espectro de engajamentos e o tipo de envolvimento com o Projeto encontra-se delimitado em função das trajetórias individuais e coletivas e dos interesses em jogo.

Retomando a noção de poder apresentada no Capítulo 3 desta dissertação com base em Foucault, Habermas e Arendt, convém salientar sua dimensão relacional, de modo que os elementos que sustentam determinadas formas de poder em uma conjuntura específica podem ser transformados e, dessa forma, produzirem-se mudanças em sua dotação e no seu exercício. Articulando-se a essa noção, em Bourdieu, a concepção de poder se remete às idéias de campo e capital. A identificação do poder está delimitada pelos limites do campo onde ele se expressa e exercerá poder aquele agente que detiver o maior volume daquele capital que é valorizado no campo em questão. Mas é preciso assinalar que o poder não se exerce somente entre agentes que se estabelecem internamente em um campo específico, ocorrendo igualmente uma relação de poder entre os próprios campos constituídos – como é o caso, na análise empreendida, das relações de diferença e interdependência entre os campos do trabalho e da saúde.

Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, percebe-se que a construção das alianças não está na dependência de relações de simetria e harmonia, nem da postura de confronto entre os que supostamente detêm o poder e os outros que a eles são subjugados. É a partir dos espaços de participação, com a explicitação dos conflitos – ou dito de outro modo, a exposição das diferenças de uma maneira reflexiva, tal como o ocorrido no exemplo da oficina de formação de agentes multiplicadores – que é possível verificar o jogo de interesses que mobilizam os sujeitos e os bens simbólicos que expressam, caracterizando uma dinâmica de posições cambiantes na projeção de estratégias de resistência e conquista. O que caracteriza a mediação na formação da rede é a perspectiva mútua e dialógica, promovendo mudanças tanto de mediadores quanto de mediados.

7.3.1 Mediação de interesses e tradução de saberes – conflitos e interdependências

Na reconstituição da história de implantação do projeto *Transando Saúde* nas empresas, um dos principais constrangimentos apontados – independentemente do porte da empresa – se refere às dificuldades encontradas na liberação dos funcionários para participação nas oficinas educativas em seu expediente de trabalho as quais têm exigido negociações constantes dos agentes multiplicadores junto às suas chefias, gerando múltiplos arranjos com diferentes níveis de flexibilização. As justificativas para impossibilidade de permissão aos trabalhadores para se ausentarem em seu expediente de trabalho giram em torno de aspectos relacionados ao quadro reduzido de recursos humanos – como é o caso da microempresa – e aos fatores associados às exigências de produtividade. Em geral, essas explicações são incorporados pelos agentes multiplicadores como sendo legítimas e sua argumentação acontece nesse espaço de significação.

Nessa mediação, os agentes multiplicadores buscam garantir condições que compensem as desvantagens dos funcionários ao participarem de ações que ocorrem fora do horário de expediente. Em alguns casos, são bem sucedidos em conquistar a contrapartida das gerências, garantindo apoios à participação:

O objetivo... eu falei: "vamos conseguir passar pra todos. Reunindo aos poucos, aos pouquinhos, vamos conseguir passar pra todos. Independente de dia, hora, a gente teria que fazer isso". (...) Pra gente conseguir trazer o pessoal, a gente criou esse tipo de estratégia: a gente convidava eles e pra turma da manhã, a gente dava o café; a turma da tarde, vinha pela manhã, e a gente liberava o almoço, que era pra eles já ficarem direto. A gente dava um lanche... Quando a atividade ultrapassava de 2 horas, a gente fazia parada de 15 min. e dava um lanche. A gente fez distribuição de brindes – balas, bombons. Com a parceria da Secretaria de Saúde a gente tem a distribuição de preservativos... tudo pra chamar eles pra vir participar. E hoje quando a gente chama o pessoal, eles estão aqui presentes... A nossa estratégia é essa: trazer eles... agora, a gente tem que fazer alguma coisa pra que eles se sintam valorizados, pra eles saberem que estão sendo valorizados. A gente está trazendo eles, a gente está repassando informações e nós estamos valorizando eles como profissionais nesse momento de trabalho. (AM2)

Na experiência acima relatada, o êxito na conquista de participação dos colegas resultou também na formação de novos elos junto às chefias antes desinteressadas ou pouco comprometidas com a efetivação do Projeto, tendo em vista perceberem que os funcionários valorizavam as atividades ao ponto de se disporem a estar presentes em horário alternativo ao seu expediente de trabalho.

Em outros casos, revela-se a sensação de sobrecarga, na medida em que a garantia de oportunidades para que todos os funcionários participem das ações fica na dependência do empenho pessoal do agente multiplicador em sacrificar seu próprio horário livre.

Olha, vê só: as desvantagens que nós infelizmente encontramos, é que a gente tem que se esforçar um pouco. Porque, muitas vezes, as oficinas, as palestras que nós promovemos, elas eram pra ser dentro do nosso horário, da nossa carga horária de trabalho, mas infelizmente isso não está sendo possível por causa da demanda, da demanda de atividades, de trabalhos do hotel. (...) Realmente é esforço pessoal. Meu colega [(nome) AM4], ele tem aproveitado um pouco mais porque ele está trabalhando à tarde, então ele está inserido no horário dele. Mas eu... eles não podem às vezes no mesmo horário, aí eu venho no horário da noite, aí eu me organizo, fico lá no hotel... (AM3)

Essa é uma situação de tensionamento que confirma o pressuposto assumido pela equipe do SESC a respeito da posição ocupada pelos agentes multiplicadores, a qual condiciona as peculiaridades da mediação efetivada no processo de acompanhamento das ações:

A gente precisa estar junto do agente multiplicador, precisa estar dentro da empresa dando força, estimulando ele a fazer porque ele não foi contratado pra isso naquela empresa. Isso pode cair pra ele como se fosse mais um serviço, que o chefe mandou, que o diretor mandou, que o gerente de recursos humanos mandou ele fazer... a gente não tem tido muito problema nesse sentido porque eles se envolvem. Porque é uma questão que diz respeito a eles também enquanto seres humanos, enquanto sujeitos, eles gostam, se identificam, a metodologia é leve, eles aprendem várias técnicas pra estar discutindo essa questão da sexualidade e da prevenção com os colegas, mas, por outro lado, do mesmo jeito que nós somos cobrados por uma formalização, o trabalhador que está lá naquela determinada empresa, ele também é cobrado. Ele tem que vender, ele tem que atender o cliente, ele não foi contratado para fazer prevenção, pra ser um agente de educação em saúde dentro da empresa. (G2)

Tal depoimento da coordenadora de Saúde do DR aponta para um aspecto da dinâmica de acompanhamento e supervisão técnica das ações que, dando continuidade à capacitação, busca à potencialização dos agentes multiplicadores na direção da construção de autonomia e solidariedade. A descrição da técnica do DR a respeito dessa atividade evidencia que esse processo acontece de forma diferenciada, de acordo com as necessidades e demandas das empresas. Busca-se um planejamento coletivo que, ao mesmo tempo, viabilize algum nível de sistematização das experiências vivenciadas pelos agentes multiplicadores, na direção do aprimoramento das ações e o fortalecimento dessas equipes formadas:

Por exemplo, tem empresas que elas ligam pra mim pra eu ir fazer planejamento com eles. Então, quando eu vou fazer o planejamento com eles, eu já analiso com eles a atividade anterior, como é que foi. (...) Quando eles mandam pra mim o planejamento, antes da atividade, eu vou lá. Então, eu sento com a equipe, eu sei aqueles que estão mais sobrecarregados e outros menos, entendeu? Então eu converso, vejo quem tem mais perfil pra estar conversando, pra estar puxando a discussão... (...) O trabalho da temática, eu sempre encaminho, por exemplo: 'Vocês vão trabalhar a temática de DST sobre o quê?' Então eu sempre estou sentando com eles, a gente está discutindo, não assim após a atividade, mas no próprio planejamento que eles me mandam, aí eu vou lá e me reúno antes.' (T1)

Instaura-se uma dinâmica de interação marcada pela sensibilidade em perceber as dificuldades e os potenciais de cada um, o ritmo de cada equipe, as características e condições de cada empresa, possibilitando a formação de vínculos entre os sujeitos envolvidos:

A gente tem também que ter esse olhar. (...) Cada um tem a sua realidade. Então tem que ter muito cuidado com cada empresa porque cada empresa é diferente. Tem empresa que precisa do seu tempo. Às vezes passa 3 meses, 4 meses sem fazer uma ação educativa. Aí já vou lá, vou saber o que está acontecendo. “-Olha, a gente está com uma série de problemas, não está dando pra parar agora” Eu digo: “Não, tudo bem.” Aí eu mando algum material pra eles distribuírem. (...). E, às vezes, eles [AM] estão desestimulados. Porque às vezes, eles dizem: “- Olha, a gente quer fazer a atividade, mas a gente não tem o apoio do gerente. Ele diz que deixa e tudo, mas na hora mesmo, a gente não tem aquele apoio que ele diz que vai dar”. Eles terminam ficando desestimulados. Aí eu vou lá, dou uma injeção de ânimo: vamos fazer juntos, vamos fazer uma coisa diferente. Aí eu consigo alimentar e contribuir para que eles comecem a fazer de novo... Então, assim, o gerente, eu acredito que ele aderiu ao projeto, mas ele não teve o cuidado com a questão da sistematização. Quando a gente diz que não tem custo, eles aceitam, assim, de imediato. “O projeto não tem custo? Então pode vir fazer”. (T1)

Porque às vezes a gente vai, até, se envolvendo em questões que são maiores da empresa: chefe de recursos humanos que não gosta mais daquele funcionário, quer tirar o funcionário do Projeto. Aí a gente tenta – isso não significa que a gente tenha qualquer tipo de influência – mas a gente tenta mostrar pra aquele chefe que aquela pessoa é importante pra empresa, está ali dando uma contribuição pra além do trabalho que ela foi contratada. A gente tenta, nem sempre consegue, mas acho que a formação de vínculos é também uma característica e um ganho desse projeto – a gente forma vínculos com essas pessoas. (G2)

Percebe-se, assim, que a mediação implementada resulta na criação de condições práticas e simbólicas para os agentes multiplicadores serem reconhecidos como são, em um processo de cumplicidade que envolve, através da vivência das diferenças e dos conflitos, a construção coletiva de referências e a produção de cultura, de conhecimento, de contornos subjetivos que flexibilizam os condicionamentos econômico-financeiros das relações instituídas no cenário do local de trabalho.

E nessa medida, são valorizados como fatores de sustentabilidade do Projeto tanto o perfil da profissional responsável por sua execução no SESC quanto o dos agentes multiplicadores nas empresas:

Você ter, dentro do SESC, um profissional qualificado pra levar a frente esse projeto porque se não tiver, ele não vai. Que tenha uma compreensão ampliada, que tenha uma boa acessibilidade nos diversos setores, que vá e articule bem, negocie, que tenha uma boa apresentação junto ao empresário, que saiba representar bem a instituição, tenha facilidade pra ser um facilitador. (...) Acho que isso aí é o ponto chave do projeto – você tendo uma pessoa sensível e competente, esse projeto ele acontece. (...) Ela vai ter essa sensibilidade de entender por que que o outro não está conseguindo fazer e já vai ter um olhar crítico da questão conjuntural, da questão sócio-econômica, dos interesses administrativos, empresariais e toda essa leitura macro do que que determina as relações sociais. Isso dá sustentabilidade ao projeto. (G2)

A equipe sempre se mostra muito receptiva a todos os trabalhos justamente por quê? Porque [os agentes multiplicadores] são pessoas que conquistaram a equipe pra esse tipo de atividade. Primeiro que é uma situação constrangedora e eles são pessoas que fazem de forma segura o que estão falando. Então eles desenvolveram bem essa característica junto com os colaboradores. E, além disso, eles participam mesmo. (...) Eles são muito atuantes. E é importante que eles tenham muita vontade de estar junto porque a gente já tentou implantar em outras empresas e muitas vezes no começo, não tem participação, desistem. E eles não deixaram. (...) pra mim, o sucesso do

projeto no [nome do hotel] foi porque os multiplicadores conseguiram a parceria com o SESC pra material que realmente chamasse atenção do colaborador e conquistaram os colaboradores para participar do projeto. (G4)

A técnica do SESC responsável pelo Projeto considera que os agentes multiplicadores, ao concluírem a capacitação, têm a tendência a querer reproduzir aquilo que vivenciaram no curso:

Na empresa, eu vejo que eles reproduzem o que a gente faz, a oficina que eles participaram. Eles tentam reproduzir a oficina. Tem algumas empresas que querem fazer passo-a-passo: ‘vamos fazer primeiro como foi feito lá na oficina – sexualidade, depois trabalhando gênero, pra depois chegar em DST/AIDS’. (T1)

Mas conforme vão ganhando experiência, começam a se sentir mais autônomos para tomar iniciativas, como aparece no relato de um dos agentes multiplicadores da empresa do ramo de hotelaria, inclusive revelando o quanto que se apropriam do Projeto e criam inovações:

As nossas práticas, as nossas oficinas, elas são feitas na análise de nós, multiplicadores, quanto a necessidade de nossos colegas de trabalho. Então, como por exemplo, as nossas oficinas, elas estão sendo feitas assim: ‘[cita o colega: AM4], vamos ver algum tema que seja interessante para nossos colegas. E vamos deixar abertos alguns pontos e vamos deixar pra ver o que eles desejam ver na próxima reunião’. Foi uma forma diferente que a gente fez que vem dando certo. (AM3)

Foi feita uma análise lá na empresa, temos uma base de 25 funcionários, maioria deles casados e a gente sabe que cada um deles tem sua família, tem seus filhos e a gente vê assim essa dificuldade de um pai passar essas informações pros filhos. Então, no decorrer do projeto, a gente vai levantando todos esses pontos, né? A necessidade do nosso colaborador, do que ele necessita, o que que ta na atualidade, que eles precisam estar por dentro. E a gente pôde observar que os pais, eles tinham muita dificuldade pra tocar nesse assunto com os filhos. Aí, o que a gente fez? A gente fez um projeto, uma oficina que trabalhou a sexualidade na adolescência. Então assim, uma surpresa do nosso projeto. (AM3)

Os agentes multiplicadores dão exemplo da diversidade das atividades realizadas. Em seus depoimentos, a opção por metodologias participativas encontra-se associada ao objetivo de tornar as ações atraentes, descontraindo os participantes.

Vamos falar sobre DST, então vamos fazer um teatro sobre isso. Vamos falar hoje só sobre os vírus, então vamos bolar uma historinha sobre isso, pesquisar em site, essas coisas, e bolar uma historinha sobre isso, montar um cenário, colocar os atores... então eu acho que é assim: uma forma de educar mesmo, através de dinâmicas, através de teatro, através de uma música criada entre o grupo... A gente também fez uma música assim criada pelo grupo: pegou um tema, os grupos se juntaram, criaram letra, dançaram, cantaram... saiu Ivete, saiu samba. Foi muito bom! Dessa maneira, mais participativa, atinge melhor. Porque todos participam e também se divertem. Se distraem, né? Não fica só aquela conversa... (AM2).

Então em todas as oficinas, nós fazemos uma demonstração do uso de preservativo com as técnicas e o modelo do aparelho reprodutor masculino e feminino. Então, homem faz a prática da utilização da camisinha feminina e mulher do masculino e vice-versa pra quebrar essa barreira. A gente sempre tenta botar os mais tímidos pra fazer a demonstração, né? O aprendizado realmente é a prática... a gente junta a teoria e coloca a galera na prática e realmente o resultado é muito bom. (AM1)

A gente trabalha bastante assim com dinamismo. Por quê? Porque a gente vê que se ficar só em palestra é cansativo, entendeu? A gente tem que fazer coisas que sejam assim bem descontraídas. Como? Apresenta algumas coisas, mas depois joga um vídeo, a gente tem uma dinâmica de grupo... (AM3)

Aparece também a preocupação em estar atento às dúvidas dos colegas e, na medida do possível, respondê-las, sem terem, contudo, a exigência de domínio do saber científico:

A gente sempre fica ali, presta atenção, aquela coisa, aquelas dúvidas e na próxima, a gente já vai lá e já conversa sobre aquilo, já procura descobrir, tirar aquelas dúvidas. Às vezes, de imediato. (AM2)

E a gente também observa que a gente tem o nosso limite. A gente tem que saber até onde a gente pode ir na questão das informações. “Olha fulano, essa questão é pertinente ao profissional tal. Você procura uma área de saúde tal. E lá você vai obter a informação.” Eu acho que a gente tem que saber qual o nosso papel. (AM3)

Esse é um aspecto importante no contexto das práticas de educação em saúde, entendendo-se o papel do facilitador também como de mediador – o que supõe a necessidade de se deslocar da identificação com o lugar de especialista, comumente valorizado em diferentes campos, dentre eles o da saúde e o do trabalho.

Evidencia-se, portanto, que os agentes multiplicadores têm grande autonomia no planejamento das ações educativas em saúde e na organização do programa dentro das empresas, sentindo-se fortemente responsabilizados pelos resultados finais de sua intervenção. Esse parece ser um aspecto que contribui para a alteração positiva da subjetividade desses trabalhadores, que se apresentam como “sujeitos habilitados a lidar com os constrangimentos do contexto para, a partir desses limites impostos pela realidade, construir algo de que se orgulhem” (CAMPOS, 1997^[204]: 235).

Nesse processo de fortalecimento dos sujeitos, um artifício que também se revela importante é a pesquisa inicial junto aos funcionários das empresas parceiras, cuja realização, na forma de desenvolvimento do projeto *Transando Saúde* no DR, encontra-se condicionada à manifestação de interesse pela empresa com conseqüente estabelecimento de compromisso quanto à distribuição do questionário entre os trabalhadores e posterior envio ao SESC. Tal instrumento é valorizado pelos agentes multiplicadores por seu potencial de negociação junto às chefias, com relação à defesa da proposta:

Porque nós fizemos um questionário – foi o SESC que nos passou esse questionário na época – e pouquíssimas pessoas utilizavam preservativos. Então esse foi o susto maior que nós tivemos. E também serviu de incentivo, né? Porque uma empresa com a maioria dos colaboradores entre 20 e 25 anos, que é a faixa etária de maior preocupação, vinham surgindo alguns casos de DST, e nos deixou preocupados. A gente já estava com aquela preocupação. Nós temos realmente um setor de segurança e saúde no trabalho muito atuante. Existem registros dentro do sistema, ao qual a médica tem acesso, de casos de doenças. (...) Tudo isso serviu pra ajudar a aceitação do projeto. Porque se envolveram pessoas com pontos de vista diferentes, mas todos num único objetivo da aceitação do projeto aqui na empresa. (AM1)

Na implementação do Projeto, a equipe do DR teve diferentes experiências com relação à aplicação desse instrumento. Nas primeiras empresas participantes, o instrumento foi aplicado e tabulado com a participação da técnica do SESC na discussão dos resultados. No estágio atual, a técnica avalia a necessidade de revitalizar o uso desse instrumento, tendo em vista que a ampliação do Projeto vem dificultando o cumprimento dessa etapa. Além da reformulação do questionário inicial, também criou um modelo de “pós-teste” com o objetivo de avaliar os efeitos das ações educativas implementadas nas empresas, conferindo maiores subsídios aos agentes multiplicadores no processo de defesa de um espaço institucional para sua atuação no local de trabalho.

Outro dispositivo considerado fundamental é a realização do encontro anual, que reúne agentes multiplicadores das diferentes empresas parceiras com o objetivo de promover a integração, o intercâmbio de experiências, a atualização de conhecimentos e de metodologias educativas.

Então, assim, eles vão identificando, se integrando, eles vão analisando a experiência de cada um, vendo os pontos positivos, os negativos, os que eles podem superar dentro daquela dificuldade que eles estão passando pra executar as ações. (T1)

Constitui-se também em oportunidade de fortalecimento e ampliação da rede, garantindo-se a participação de autoridades locais e de representante dos escalões superiores das estruturas de gestão das instituições participantes. São oportunidades que desencadeiam a maior interação dos agentes multiplicadores, criando uma identidade própria no interior da rede e que mobiliza os gestores pela constatação dos resultados e pela elaboração de novos conhecimentos:

Olha, cada dia que passa a gente tem mais informação, a gente fica mais atualizado. E tem os encontros anuais, pra ter uma troca de idéias entre todas as empresas, reunir as empresas. Então, as outras empresas todas também passam informações umas pras outras. E pedem: “venha participar do meu processo hoje, eu vou participar do teu”, junta mais idéias. Então acho que isso é positivo, estar sempre em contacto com o pessoal da área, saber das novidades... (AM2)

E eu, então, participei dessa reunião anual, onde eu também aprendi. Então, eu achei isso muito interessante porque esse preconceito que se tem com as pessoas que são portadoras da doença, esse medo, eu pude ver que nós estávamos no caminho certo, que não tem que existir isso, que é lógico, tem que se tomar certos cuidados, mas pode-se ter uma vida normal, como uma moça que estava lá nos falou [referência ao depoimento de uma pessoa soropositiva que integrou a programação do evento]. (G5)

Eu já ouvi depoimento da elite de empresas, dentro dessas oportunidades em que eu tive com eles – infelizmente a gente, enquanto coordenação, não pode estar no dia-a-dia com eles, mas nesses encontros a gente sempre está presente – e assim, gerentes de empresa dizem o quanto percebem a utilidade, literalmente, desse projeto dentro da empresa e ouvir isso do empresário já é um resultado. (G6)

Revelando as contradições subjacentes as práticas, observa-se nos relatos dos agentes multiplicadores a existência de uma tensão constante entre uma dupla posição: a de “porta-

vozes” dos conhecimentos técnico-científicos e a de mediador entre esses conhecimentos e os conhecimentos populares. E nesse sentido, a identificação com posturas de caráter mais autoritário também se faz presente, com uma idéia contraditória de liderança em que a capacidade para inspirar confiança e construir interatividade se subordina a intenção de dominação do grupo:

Eu sou um pouco tímido. Sou um pouco. Não com você aqui, mas quando tem um grupo todo, eu fico suando, eu gaguejo um pouco. Então, o que que eu faço, eu tento descontraír da melhor maneira possível. Eu sei liderar, sei passar isso pros meus colegas. Eu quero todas na minha mão, mas eu não fico na mão deles. Eu tento sempre mostrar pra eles que podem confiar em mim, podem ter essa interatividade comigo. Eu sempre caminho pra eles perguntar o que eu já sei, não o que eles querem perguntar, mas eu sempre caminho pra eles perguntar o que eu já sei, não o que eu não sei. E se eu não souber, eu vou pesquisar e passar pra eles. (AM4)

São aspectos que apontam para os desafios do processo de formação dos agentes multiplicadores, destinado a contribuir para a compreensão da proposta educativa e de seus objetivos, para a utilização adequada dos materiais e para o desenvolvimento de práticas educativas relevantes que respeitem os valores sócio-culturais existentes, estimulem a interação e integração grupal e proporcionem a construção coletiva do conhecimento em torno de questões que tenham sentido para os participantes.

Os desafios decorrem do fato de que todo processo formativo precisa considerar o pressuposto de que a construção das práticas não é dependente exclusivamente da aquisição de saberes, mas resulta das interações estabelecidas entre o(s) campo(s) social(is) de que o sujeito participa e sua subjetividade.

Retomando o aporte teórico de Bourdieu, é necessário discutir a formação e a prática dos agentes multiplicadores, incorporando o conceito de *habitus* em seu sentido de princípio gerador de práticas incorporadas e produzidas ao longo da trajetória do agente, dentro de campos sociais diversos. A noção de *habitus* é importante para a análise de atitudes subjetivas que são capazes de estruturar as representações e a geração de novas práticas.

Ao longo de sua história pessoal e profissional, os agentes multiplicadores vão incorporando os saberes sobre como ensinar, sobre as imagens e papéis de educador – ou de “doutor” –, sobre crenças e certezas a respeito dessa prática. Assim, a capacitação dos agentes multiplicadores não é algo que começa no curso de formação nem que se esgota ao seu final, mas que precisa ser alimentada constantemente, oportunizando espaços de socialização que possibilitem a (des)construção de identidades com a experimentação de novas posturas, em renovados processos de produção de subjetividades.

A aquisição de conhecimentos, pensamentos, esquemas de apreciação e classificação da ação é fruto das relações entre os sujeitos *no* e *com* o espaço social institucional. As

experiências adquiridas nas interações vão sendo articuladas com o aprendizado passado e vão se constituindo numa nova matriz geradora de saberes, que orienta a prática. Nas palavras de Bourdieu (1988^[205]: 187): “o conhecimento prático é uma operação de construção que aciona sistemas de classificação que organizam a percepção e a apreciação, e estruturam a prática”.

Os desafios vivenciados pelos agentes multiplicadores na realização das atividades educativas, as oportunidades de planejamento e avaliação coletiva com os pares na própria empresa, a discussão nas situações de supervisão técnica efetivada pela técnica do SESC, o intercâmbio de saberes e experiências com os agentes multiplicadores das demais empresas parceiras viabilizado pela rede que se constitui – todas essas situações são oportunidades de construção de saberes práticos, que formam um conjunto de representações a partir das quais os agentes interpretam, compreendem e orientam sua formação e sua prática cotidiana, numa dinâmica em que utiliza, amplia e modifica o seu *habitus*.

O acompanhamento, a supervisão técnica, as estratégias de fortalecimento do capital social cognitivo são apontados como importantes fatores de sustentabilidade do Projeto pelos agentes multiplicadores, que se ressentem de uma maior frequência de encontros e oportunidades de atualização de conhecimentos e experimentação de metodologias que facilitem o planejamento e execução das atividades educativas. Essa reivindicação parece ser motivada, também, pelas pressões que recebem das chefias na exigência de produtividade e cumprimento de suas atribuições profissionais, existindo sempre um ambiente de tensionamentos para abertura de espaço em seus expedientes de trabalho de modo adequado para estudo, organização e planejamento das ações.

Nesse contexto, a equipe do SESC aponta como grande desafio a manutenção da regularidade e qualidade do acompanhamento, tendo em vista a ampliação crescente da rede de empresas parceiras.

Olha, atualmente a gente tem uma preocupação: até onde a gente vai conseguir fazer com qualidade. Porque nós temos hoje 21 empresas com o programa implantado. (...) E pra você monitorar isso... Existe toda uma questão burocrática do SESC e, você precisa sair, você precisa estar livre, precisa estar na empresa. Existem as próprias questões internas, que nos preocupam, que é o excesso de relatório, o excesso de burocracia. E a gente não pode perder de vista essa burocracia e a gente precisa estar junto do agente multiplicador, precisa estar dentro da empresa dando força, estimulando ele a fazer porque ele não foi contratado pra isso naquela empresa. (G2)

Na dinâmica, em que as empresas vão sendo apanhadas pelas malhas da rede, um elemento de mediação valorizado pelos diferentes grupos entrevistados – gestores, técnicos e

agentes multiplicadores – é o *Prêmio Nacional CEN AIDS no Mundo do Trabalho*¹².

Acho que essas questões também dessas possibilidades de inscrições em premiações e tal, tudo isso também vem trabalhar a questão da auto-estima dessas pessoas e motivar a continuidade da proposta – essa possibilidade dessa participação, desse reconhecimento porque você está fazendo diferente. Você passa a ter uma responsabilidade social. Então, a minha empresa que trabalha, às vezes, como é a [cita empresa de limpeza urbana ganhadora do prêmio CEN], que trabalha com uma faixa salarial tão baixa, um público de uma classe tão discriminada, mas que realmente fez a diferença e que ela consegue ser destaque, teve uma premiação. Então eu acho que trabalhar com isso também, com o papel de responsabilidade social. É você tentar vender realmente pra o empresário, sendo ele o responsável pelo aceite dessa proposta e a continuidade – porque às vezes ele pode achar que é uma coisa sem importância. (G1)

Porque de repente eu tenho uma empresa e a empresa do meu concorrente ou, até, do meu parceiro tem o projeto, me disse alguma coisa e eu estou vendo que é uma coisa que dá certo. As empresas, elas não entram à toa dentro desse contexto. A gente aqui no município já ganhou prêmio e então, assim, eu acredito que os objetivos e as metas, elas vem sendo alcançadas. (G6)

A premiação é um resultado positivo. Eu lembro que quando, no 2º ano do Prêmio, uma das empresas que ganharam, era micro-empresa e, aí, o Ministro da Saúde, quando ele foi entregar o prêmio, ele disse: “- Poxa, eu nunca imaginei que uma pequena empresa com só 15 funcionários estava fazendo trabalho de prevenção!...” Então, assim, ele não imaginava. Ele achava que as empresas que faziam trabalho de prevenção eram empresas que tinham programa de responsabilidade social, empresas grandes... pra ele foi uma surpresa quando foi o [nome do Hotel1], que estava recebendo o prêmio na categoria de micro-empresa. (T1)

Às vezes o gerente mesmo, a gente passa só as atividades, bem superficial, a teoria, né?... Foi passado o que era o projeto, qual a finalidade, o objetivo do mesmo ser praticado aqui na empresa. Às vezes a gente não tem essa credibilidade. Mas a gente mostra o resultado do projeto, o que vem acontecendo de bom... Como o prêmio que nós recebemos no ano passado. Foi citado: “olha, esta vendo? Se vocês não tivessem liberado, se não pudéssemos ter fundado esse projeto aqui na empresa, nós não teríamos esse reconhecimento. (AM1)

A valorização da premiação parece estar relacionada a um contexto de agregação de capital simbólico, em que o “título” assim conferido é, por si só, um elemento que interessa aos diferentes atores e particularmente ao empresário, pois informa àqueles com quem se relaciona uma distinção carregada de positividade. Os bens simbólicos e materiais subjacentes à premiação CEN e outros títulos no mundo do trabalho motivam os empresários a se submeterem a determinadas regras e compõem uma nova configuração. Nesse contexto o próprio projeto *Transando Saúde* figura como um elemento que contribui para a conquista dessa posição diferenciada e ajuda a consolidar uma imagem que os distinguem de outros grupos de empresários:

Durante esse período [premiação CEN], a gente também entrou num projeto, junto com o SEBRAE, de implantar na empresa ISO e PAS. E foi quando, então, eu vi a necessidade de trazer o RH porque tudo era bem feito, porém era muito artesanal,

¹² Refere-se a uma premiação de reconhecimento público para ações de prevenção no local de trabalho, de iniciativa do CEN em parceria com o MS, a UNAIDS e a OIT, cuja primeira edição foi realizada em 2005 e desde então vem se renovando a cada ano, sempre em comemoração ao Dia Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS no Local Trabalho.

quer dizer: eu entrevistava, eu conversava com o funcionário, eles faziam treinamento, mas eles não tinham o acompanhamento, então durante essa implantação, eu também vi a necessidade de ter um RH. E, aí, quando o RH veio, também começou a acompanhar e quando a gente começou a implantar o ISO, isso nos diferenciou, inclusive. Estar participando do Projeto é um diferencial que nós temos, na empresa, com a implantação da ISO. É uma coisa que diferenciou, que contou ponto – conta ponto. (G5)

E os efeitos se fazem notar na afirmação de um discurso que também tem uma conotação de auto-afirmação de uma identidade em que é possível se colocar como um modelo para os que ainda não atingiram o mesmo patamar:

Isso eu aprendi com os colaboradores. É importantíssimo o gestor ter entusiasmo e acreditar pra que a coisa dê certo. E foi o que aconteceu e eles começaram a fazer o trabalho. (...) Ele tem que, logicamente, eu acho que uma das coisas principais é ele ter ciência de que ele sozinho não vai levar a empresa. A empresa só dá certo com uma equipe. Isso não tem a menor dúvida. E uma equipe trabalhando em sintonia com os gestores, com certeza ela vai ter sucesso. São muito poucas as pessoas que entram numa empresa assim que não ficam – muito poucas. (...) Não tem como. A gente só dá certo com equipe. Um depende do outro. (G5)

A percepção do Prêmio CEN como uma “moeda simbólica” que permite aos empresários adquirir ganhos materiais e exercer influência no espaço social em que este é um bem valorizado, é notada pelas outras entidades da rede que propõem, então, como uma estratégia de enfrentamento das dificuldades em prol do fortalecimento das alianças e expansão da rede, a criação também de uma Certificação expedida pelo SESC e/ou uma premiação no nível local, concedida pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde.

A gestora da empresa de consultoria ressalta o potencial da premiação para a criação de mudanças culturais e organizacionais nas empresas:

Porque, o que está acontecendo? Muitas empresas, dentro da construção civil, contratam o RH, já de olho no prêmio “Empresa Saudável”. Não desenvolvem a consciência do que é o trabalho. Então, quando a gente entra, a 1ª coisa que a gente diz é o seguinte: “Vocês não vão ganhar esse ano, nem vão ganhar ano que vem. A situação da empresa é essa. Enquanto esse programa não tiver implantando, a situação não tiver sido resolvida, enquanto não tiverem sido capacitados, vocês não vão ganhar”. Até chegar o prêmio, eles desenvolvem a consciência da necessidade da qualidade de vida do colaborador – tanto da parte educacional, quanto de saúde, quanto de ambiente – que, aí, eles incorporam aquilo. (G4)

Para os agentes multiplicadores, a agregação de capital simbólico proporcionada pela premiação equivale ao prestígio que ganham com as chefias – e escalões mais altos na hierarquia organizacional das empresas – e à oportunidade assim conquistada de viajar e conhecer outras experiências. Em geral, o relato acerca da premiação apareceu quando indagados acerca das vantagens e desvantagens de terem aceitado se tornar um agente multiplicador. Na mesma linha de indicação das vantagens figurou a evidência dos resultados do trabalho, particularmente a conquista de participação dos colegas. Parece que o compromisso com os pares é um fator significativo de motivação e mobilização.

Acho que o reconhecimento, a auto-estima de quem é agente multiplicador, eles se sentem muito satisfeitos por estarem contribuindo com uma causa tão importante. A gente percebe que eles sentem, nas avaliações que a gente faz com eles nos encontros, que eles se sentem muito gratificados, mesmo que eles tenham os problemas pessoais, trabalhistas, eles conseguem separar isso. Eles criam, eles trazem inovações, eles trazem sugestões. A gente vê o quanto eles se esforçam pra criar, pra conseguir, dentro da empresa, espaço pra fazer as coisas, pra sensibilizar os chefes. Eles se sentem úteis, se sentem agentes mesmo de transformação. (G2)

Mais do que a noção de intermediário, o que distingue conceitualmente a mediação é a sua capacidade de articulação de novas relações ou ligações que reconfiguram as entidades que através dela são relacionadas, na perspectiva de consolidação das mudanças. Estas por sua vez, são negociadas por entre conteúdos – discursos e práticas – e contextos, apresentando-se como um processo contínuo e aberto à conformação de novas materialidades na rede.

Assim, não se trata de uma incorporação ou de uma construção unipolar, mas de um processo em que os diferentes sujeitos e instituições, influenciados por diversos outros sujeitos e fatores, contribuem decisivamente para sua construção.

7.3.2 Os valores que tecem a rede: credibilidade, confiança e compromisso

Na reordenação das entidades na rede, as diferenças se expressam e se representam numa interlocução possível, na qual valores circulam, argumentos se articulam e as opiniões se formam, numa convivência democrática com as diferenças e os conflitos que elas carregam. Tesoriero (2002^[16]) chama a atenção para a importância de se pensar a formação de “alianças colaborativas” para além de uma visão binária comum ao pensamento sobre parcerias, baseado em identidade e compartilhamento.

Assume, assim, a diferença como pressuposto básico das alianças intersetoriais, que se caracterizam como um campo fértil para a continuidade renovada de negociações políticas, culturais e econômicas, em um movimento que vai do local para o global, na construção de caminhos para lidar com os desafios vivenciados em diferentes contextos. Considerando o contexto marcado pela diferença e interdependência das organizações, a colaboração pode ser descrita como: “um processo através do qual as partes que vêem diferentes aspectos de um problema podem explorar construtivamente suas diferenças e buscar soluções que vão para além da sua própria visão limitada do que é possível” (GRAY, 1989: 5 *apud* TESORIERO, 2002^[16]).

Dessa forma, a mediação também pode ser tomada como um espaço de comunicações com potencial para constituir uma comunidade de argumentação, visando a graus mais ou menos satisfatórios de “fusão de horizontes” na constituição da rede.

Esse processo argumentativo foi valorizado pelos sujeitos da pesquisa, revelando também a sua faceta de *accountability*, de modo a situar os mecanismos burocráticos de prestação de contas na dimensão da persuasão e do convencimento necessários à defesa e afirmação da proposta do Projeto. Assim, se por um lado identifica-se como fator de sustentabilidade o compromisso das gestões em manter o trabalho intersetorial, partilhando do mesmo interesse em relação à proposta, por outro, se reconhece como fator restritivo, a descontinuidade administrativa e nesse contexto, ganha força de argumentação os relatórios que documentam o êxito do Projeto.

Depende do gestor maior, do viés político que ele venha a tomar. Não existe uma coisa assim... não é uma política de Estado, é uma política de governo. Depende do interesse dele naquele momento, naquele período que ele vai ficar ali e isso vai ser em todos os Programas. (...) E o problema é que cada um que chega, a gente tem que explicar de novo o que existe, entendeu? Esse é o negativo porque não tem uma garantia de que aquele secretário vai ficar muito tempo ali. (...) menos de um ano já está mudando [o gestor] e isso tudo influencia nas articulações. Como os técnicos permanecem, então esses técnicos é que fortalecem a parceria. , mas a gente também não garante porque dependendo do momento político, conjuntural, a gente pode estar com a parceria mais firme ou enfraquecer totalmente. (G2)

Eu acho que é uma questão construída entre as gestões. (...) Então se a gente não tivesse um gestor que compartilhasse dessa idéia, a gente enquanto técnico não teria condição realmente de estar implementando, a gente ficaria no plano das idéias, né? (...) Agora, se ele chega e diz: “não, acho que não é por aí”... claro que a gente não vai cruzar os braços e vai balançar a cabeça e dizer: “não é por aí”. A gente vai argumentar. A gente hoje tem relatório, tem depoimentos de pessoas, que eu acho que é o mais importante ainda, a gente tem o projeto implantado e implementado com frutos, então acho que hoje a gente tem uma força de dizer a um gestor que pudesse se opor, que eu não acredito que isso poderia acontecer, pela dimensão que o projeto já tomou. Na nossa realidade seria isso: a gente ter todo esse manancial de provas, literalmente, de que esse projeto dá certo. (G6)

[o fator de sustentabilidade] *Eu acho que é o compromisso. Porque quando a gente faz o Projeto e a gente dá retorno. A gente está sempre envolvendo eles juntos, está trazendo e mostrando o que a gente está fazendo, dando o feedback do trabalho – eu acho que esse é o ponto principal. É você montar o projeto, você estar convidando esses parceiros, estar envolvendo eles no processo... Então, assim, eu acho que é você não só fazer essas articulações, no sentido só de você adquirir alguma coisa: ou recursos humanos, ou um espaço. Mas, assim, estar mostrando o que está fazendo, estar convidando, estar promovendo, além das oficinas, os encontros pra que elas possam estar junto, mandando os relatórios, o registro fotográfico de tudo que tem feito – acho que isso daí mostra o compromisso que a gente tem com as ações que a gente coloca no papel, no Projeto. (T1)*

A correlação entre comunicação e construção de compromisso é trabalhada por Habermas (2003^[115]), que tem como elemento essencial de sua concepção paradigmática da sociedade, o *agir comunicativo*. Na perspectiva por ele traçada, os sujeitos de fala e ação, na

medida em que se orientam para o entendimento, estabelecem entre si planos de ação que, compartilhados, permitem estabelecer acordos, circunscrevendo interesses comuns mediante argumentações lingüísticas.

Partindo da proposição popperiana da existência de três regiões num único mundo, Habermas desenvolve o *conceito tríplice de mundo*, preferindo manter, contudo, três mundos distintos: i) o *mundo objetivo*, referido ao mundo físico ou ao estado de coisas existentes; ii) o *mundo social ou normativo*, relacionado às normas sociais e culturais sob as quais agimos; iii) o *mundo subjetivo*, que se refere ao mundo interno dos indivíduos.

Como assinala Artmann (2001^[206]), o conceito de mundo da vida e sistema também é fundamental para compreender Habermas. O *mundo da vida* é composto de três dimensões – a cultura, a sociedade e a personalidade – articuladas pela linguagem (esta também constitutiva do mundo da vida), as quais fornecem o “pano de fundo” das pré-interpretações e saberes implícitos orientadores das nossas ações. A cultura armazena conhecimentos e tradições historicamente construídas; a sociedade fornece o contexto normativo da ação humana e a personalidade é onde se situam as competências individuais para a comunicação.

O diferencial de Habermas na postulação desse conceito, relacionado ao agir comunicativo, é o fato de concebê-lo a partir da relação intersubjetiva entre sujeitos que falam e agem visando coordenar cooperativamente seus planos de ação.

Enquanto o mundo da vida é mediado pela linguagem e representado pela cultura e pela razão comunicativa, o sistema é mediado pelo poder e pelo dinheiro, sendo representado pela razão técnica e instrumental. Entre eles há uma relação dialética e segundo o autor, através de uma crítica hermenêutica, seria possível desvendar formas distorcidas de comunicação e buscar uma reconciliação entre o mundo da vida e o sistema.

A aceitabilidade de cooperação em busca de entendimento com os demais – o reconhecimento mútuo e o esclarecimento recíproco –, implementa e dinamiza a rede de interações lingüísticas que constituem a individualidade/subjetividade enquanto elemento característico de uma identidade socialmente engendrada. O *agir comunicativo* tem, no processo de socialização, a função de “*formar as identidades pessoais*”, isto é, formar “*atores responsáveis*” num processo baseado em relações intersubjetivas e na intercompreensão. Nas palavras de Habermas:

Do ponto de vista funcional da *intercompreensão*, a ação comunicativa serve a transmitir e a renovar o saber cultural; do ponto de vista da *coordenação da ação*, ela cumpre as funções da integração social e da criação da solidariedade; do ponto de vista da *socialização*, enfim, a ação comunicativa tem por função formar identidades pessoais. As estruturas simbólicas do mundo vivido se reproduzem pelas vias da manutenção de um saber válido, da estabilização de solidariedades de grupo e da

formação de atores responsáveis. (HABERMAS, 1987: 435 *apud* BELLONI, 2007^[207] - grifos do autor).

Contribui para a análise desse fenômeno, as elaborações teóricas de Rivera (1995^[17]) que propõe o uso do paradigma comunicativo no âmbito das organizações. Na sustentação dessa proposição recorre a diferentes autores, dentre eles Fernando Flores, cuja obra apresenta uma visão organizacional apoiada em uma compreensão lingüística, compreendendo duas definições conceituais básicas: i) as organizações são conjuntos institucionais que predeterminam a estrutura de seus compromissos; ii) as organizações são redes de conversações recorrentes que desembocam na adoção de compromissos.

Para Rivera, a primeira afirmação agrega e determina as acumulações simbólicas da organização, relativizando concepções racionalistas do processo de tomada de decisão. A segunda estabelece uma “coincidência entre gestão e comunicação”. Desse modo:

Nuclearmente as organizações se constituem de petições (diretivas) e de compromissos, e de outros atos de fala (expressões, declarações e asserções) que apóiam secundariamente a realização dos compromissos ou que se situam em diferentes pontos da trajetória dos mesmos. (RIVERA, 1995^[17]:121)

A construção de organizações mais dialógicas implicaria na busca da integração, na construção de um projeto solidário, na reciprocidade de compromisso – responsabilizante – entre os diferentes atores. Estariam implicados, ainda, outros aspectos que se busca engendrar na dinâmica de construções conceituais e valorativas no âmbito da rede intersetorial que sustenta o projeto *Transando Saúde*, quais sejam: a abertura para o exterior, numa relação de troca permanente, a afirmação de características como ser evolutiva, criativa e flexível e possuir uma missão explícita (RIVERA, 1995^[17], RIVERA & ARTMANN, 1999^[208]).

No caminho que vai da responsabilização ao compromisso, os sujeitos da pesquisa destacam valores, tais como confiança e credibilidade, sendo esses os significantes utilizados para indicar os fatores considerados favoráveis à construção e sustentabilidade das alianças intersetoriais.

O estabelecimento da confiança se dá a partir da conjunção de diversos elementos – simbólicos e/ou materiais – que desencadeiam e consolidam as relações entre os diferentes sujeitos e instituições. Quer dizer, a posição de mediação supõe uma aura de legitimidade – a atribuição de credibilidade – que está associada aos capitais simbólico, cultural, político, social e a um poder conferido ao sujeito por uma determinada organização, permitindo atuar em meio aos conflitos com vistas a uma conciliação entre grupos com diferentes interesses, na produção de novos nexos conceituais e valorativos.

A expressão ou materialização dessa credibilidade esteve expressa nos discursos dos sujeitos através da indicação de diferentes fatores considerados favoráveis à consolidação da

intersetorialidade e à sustentabilidade do Projeto, os quais estiveram associados à clareza da missão institucional, à influência política do SESC e ao saber-fazer da Educação em Saúde, com a garantia do acompanhamento e da supervisão técnica das ações desenvolvidas nas empresas. Os depoimentos abaixo são emblemáticos quanto à representação da imagem institucional pelos parceiros e à visão institucional acerca dessa imagem construída:

Por que eu falo assim que os ‘S’ são grandes parceiros? Porque um projeto desenvolvido dessa forma, é um produto diferente. Eu posso montar uma palestra sobre DST/Aids, mas normalmente quando a gente faz esse tipo de trabalho dentro da empresa, a gente faz de forma mais resumida. E um projeto desse porte dá condições daquilo não morrer em um mês. Não é nem a parceria no sentido financeiro e tal – é parceria de ‘know how’.(...) Os programas desenvolvidos pelos “S” são programas, assim, que tem esse acompanhamento – a gente sabe que não é perder tempo. (...) Eles não viraram multiplicadores e foram abandonados. (...) Até hoje eles têm o contacto e o suporte do SESC. Porque também se não tiver esse suporte, são profissionais que também não teriam tanto tempo hábil pra pesquisar e só pensar nesse assunto. Precisa alguém que foque, que esteja dando atenção. (...) Mas não é qualquer instituição que o comerciante deixa pra fazer assim: “eu faço!” E realmente o SESC ele consegue ter acesso total. (G4)

E outra coisa: foi aplicada. E é uma coisa que é acompanhada. Porque, assim, vamos supor, se fosse feito o trabalho e não tivesse um acompanhamento, aí realmente seria desvantagem porque, ah, a gente mandou o pessoal, mas não tem acompanhamento nenhum. (...) Mas nesse caso não, é uma coisa que a gente vê que é um trabalho sério porque tem acompanhamento. (G3)

Eu acho, assim, o primeiro é a credibilidade da instituição. O trabalho já realizado, desenvolvido, a história realmente. (...) Eu acho que essa credibilidade do DR hoje pra poder a gente estar chegando até eles realmente influenciou muito pra que a gente possa chegar até lá e ser ouvido e conquistar e convencer sobre a importância. (...) A visibilidade institucional na área de saúde é notória. E a gente discute, a gente tem assento em vários conselhos – seja o de segurança alimentar, serviço social, seja na questão da cultura, do turismo. Então, assim, a gente discute com o Estado todas as questões, nas diversas áreas em que a gente atua, nos diversos Programas. Eles reconhecem, então, na entidade, uma seriedade muito grande. (...) Um outro fator que eu acho fundamental nessa relação é a sistematicidade também, essa manutenção pra que realmente a coisa aconteça e flua – tanto a disponibilidade, o cronograma, um cronograma de atuação, de visitação, como um constante alimentar de conteúdos, de idéias, de propostas.(...) É estar sempre motivando. Então, assim, pelo compromisso, pela missão e o foco, acho que tudo isso faz com que realmente vá sendo consolidado. E esse leque vai ampliando, à medida que também esse direcionamento, esse compromisso, ele é pactuado e ele existe, acho que os parceiros, principalmente os outros, vão sabendo da seriedade da proposta, da sistematicidade com que ela acontece e a tendência é que ele cresça realmente. (G1)

A respeito das noções de credibilidade e confiança, convém assinalar sua relação com o conceito de capital social, a fim de esclarecer sua influência na dinâmica de estabelecimento das alianças intersetoriais. Nas abordagens de Putnam (1993^[209]) e Bourdieu (1980^[210]), tal conceito envolve tanto as relações estabelecidas na forma de redes ou normas sociais, como contempla os atributos culturais da reciprocidade, confiança e cooperação.

Putnam sugere que o capital social é um bem comunitário, e sua definição diz respeito às características culturais da organização social, como confiança, normas e sistemas, que

contribuem para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Em Bourdieu o capital social se apresenta como a somatória dos recursos reais e virtuais, produzidas pelas redes de relacionamentos de mútuo entendimento e reconhecimento, à disposição dos indivíduos e grupos.

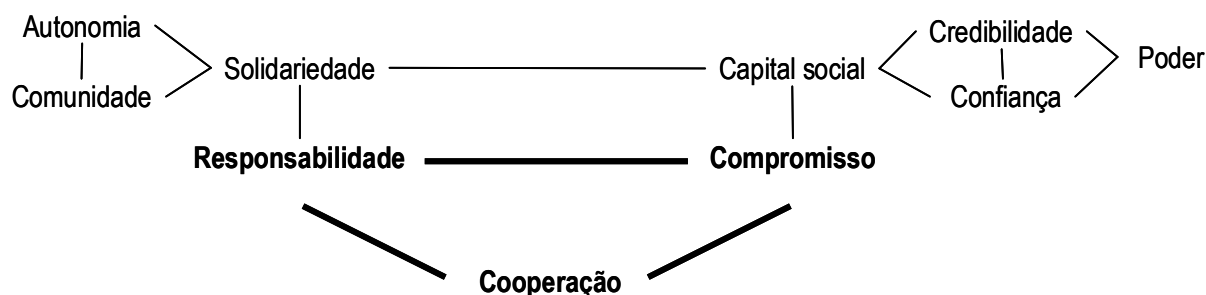
Neste sentido, a noção de capital social permite ver que os indivíduos não agem independentemente e que seus objetivos não são estabelecidos de maneira isolada. As estruturas e relações sociais fazem parte dos recursos, são ativos de capital de que os indivíduos podem dispor e dessa maneira, o capital social, aliado às demais espécies de capital, se traduz em uma expressão maior que é o próprio poder, tornando possível que se alcancem objetivos que não seriam atingidos na sua ausência.

No ordenamento da rede, o capital social é um recurso simbólico que dinamiza a forma interdependente em que se encontram configuradas as relações, de modo a legitimar os processos de mediação entre os sujeitos e instituições, ao mesmo tempo em que criam as condições práticas e simbólicas em que cada entidade se nutre daquilo que o outro pode oferecer, num fluxo de poder exercido em realidades múltiplas de ação e de discurso, dando forma à transformação.

Realmente, essa parceria e esse retorno que a gente recebe tanto do SESC como de alguns órgãos que estão interligados, é que é o combustível para que esse projeto possa andar. A gente precisa de um incentivo, às vezes, quando nós estamos um pouco parados com o projeto. Porque, realmente, precisa estar se atualizando pra passar conhecimentos novos pros colaboradores. E esse incentivo vem dessas instituições, vem do SESC e vem das parceiras. Às vezes a gente troca figurinha com as outras empresas que também fazem parte do projeto. Às vezes o que eles podem organizar lá na empresa deles, a gente troca idéias: “ah, que tal fazer dessa forma. Eu já fiz desse jeito e deu um bom resultado.” aí eles já pegam a idéia da gente, fazendo, assim, esse contacto entre as empresas do projeto. É realmente, o que nos faz seguir é essa parceria, que existe, não está só na teoria. (AM1)

A coordenadora do Programa Municipal de Aids sintetiza essa dinâmica propondo um “tripé da intersectorialidade/ sustentabilidade” formado pelos seguintes componentes: “o compromisso dos gestores, uma equipe técnica preparada para estar a frente desse projeto e uma abertura dos empresários”. (G6)

Configura-se, dessa forma, mediante os valores de confiança e credibilidade, engendrados nas relações intersubjetivas e de intercompreensão, mais um fator significativo na ordenação da rede de sustentação do projeto *Transando Saúde*, caracterizando a translação que vai da responsabilização ao estabelecimento de compromisso, viabilizando a cooperação.



Fonte: elaboração própria.

Figura 10 – Cooperação: resultado da translação da responsabilidade em compromisso

Nesse enquadre, os resultados valorizados pelos os agentes multiplicadores vão desde o aprendizado pessoal, passando pela conquista da participação dos colegas, a desconstrução de tabus e preconceitos na direção da construção da solidariedade, a redução dos casos de DST, até a conquista de apoio das chefias:

Resultados bons. (...) A gente procurou abrir mais a cabeça deles e até muitos dizem que chegam em casa, conversam com a esposa, conversam com os filhos, orientam tudo direitinho. Então, eu acho que pra gente aqui foi uma vitória! A gente, apesar de tanto trabalho que a gente tinha, ia fazer isso, a trancos e barrancos... a gente conseguiu conscientizar muita gente. Estamos precisando mais porque cada dia vai trocando funcionários, vai chegando funcionários novos, promotores novos¹³ e a gente ainda precisa mais e mais. Mas a gente já conseguiu muita coisa aqui. Eu não conversava com ninguém sobre esses assuntos, não. Sinceramente, eu não conversava. Mas, aí então, eu cheguei em casa, conversei com a minha filha, levei algumas coisas pra ela ver. Ela pegou meu material, levou para a faculdade, deu uma palestra na faculdade, aí os estudantes ficaram de boca aberta, sabe? Então, eu aprendi também. Pra mim, pessoal também, eu aprendi muita coisa. (AM2)

A vantagem é a gente poder observar no fim de uma oficina, de uma palestra, que ficou algo, que a gente pôde passar algo de bom e a gente vê esse resultado chegando. A gente faz uma comparação do nível de instrução de nossos colaboradores em 2005 e o nível que eles têm hoje. Embora ainda ocorra o aparecimento de algumas doenças, mas em comparação ao início do projeto, o n° é mínimo. (AM1)

Os resultados... é a maior participação dos funcionários, colaboradores. As pessoas estão mais à vontade pra conversar conosco, de colocar as suas dúvidas. Outra coisa, a participação, o envolvimento mais das chefias, que é muito importante pra esse trabalho. Porque se a gente não tem esse apoio da chefia, não anda. Porque a chefia realmente tem que estar junto, tem que estar ligado conosco. E a gente tem encontrado esse apoio e a gente tem conseguido juntar as pessoas. (AM3)

Além desses, são valorizados por técnicos e gestores, a possibilidade de alcançar não só os trabalhadores nas empresas, mas também os seus familiares, o apoio de gestores e a ampliação do quantitativo de empresas que se engajam no Projeto, o maior número de

¹³ Essa é uma empresa em que as atividades realizadas pelos agentes multiplicadores dirigem-se não só aos funcionários como aos promotores de venda, aos terceirizados e aos familiares que queiram participar.

trabalhadores das empresas que procuram os serviços de saúde – particularmente os CTA – o fortalecimento das parcerias e o reconhecimento institucional.

E se a gente não vai quantificar, a gente vai qualificar, acho que passa pela questão assim, nessa qualidade que no dia-a-dia, esse funcionário, ele leva pra vida. Quando a gente teve oportunidade de ouvir de pessoas que trabalham em empresas que têm o projeto, que é uma coisa que vai muito pro extra-muros porque não é só dentro da empresa que eu vou ser multiplicador, é uma coisa que vai pro meu social, pra minha família e é o que a gente quer na verdade. (G6)

Bom, hoje, a gente já está com 24 empresas do comércio¹⁴, aqui na capital, que têm o Projeto, nas quatro categorias – micro, pequeno, médio e grande porte – nós temos empresas que fazem o trabalho de prevenção. E com relação aos resultados: essa questão do fortalecimento junto aos Programas porque realmente hoje o SESC, ele é referência no trabalho de Prevenção às DST/AIDS com empresas. A questão do aumento de agentes multiplicadores, o aumento do nº de empresas no Projeto... Hoje os agentes, eles dentro da empresa, eles são referência. Então é um resultado que a gente vem observando, que os funcionários, eles procuram os agentes que foram capacitados pra estar tirando dúvidas, pra estar tendo esclarecimentos sobre algumas questões. E o aumento do nº de funcionários que está procurando os CTAs, os serviços de assistência – a gente está tendo esse feedback também. Outro resultado é assim: aqui, a nível de SESC, todo mundo sabe, todo mundo conhece o Transando Saúde. Então, aqui, existe esse reconhecimento também, pelos funcionários, pelas gerências. (...) A gente vê que existe a intenção, o interesse de trabalhar essas questões ligadas às DST's, a gente sente que a gente é bem recebido quando a gente vai, quando a gente mostra o interesse da gente e a gente sente que eles nos procuram, procuram os nossos serviços. (T1)

Percebe-se, assim, nestes e nos demais depoimentos dos entrevistados acerca dos resultados alcançados na implementação do projeto *Transando Saúde*, indicados ao longo deste capítulo, que a dinâmica de transformação de saberes e práticas, associando os fluxos de modificação, conecta os atores em rede e as histórias que eles constroem, fazendo valer os compromissos mobilizados nas alianças intersetoriais.

7.4 O trabalho como espaço de aprendizagem – democracia institucional e fortalecimento dos sujeitos

A temática da formação dos agentes multiplicadores – com a reivindicação enfática dos trabalhadores pela ampliação de oportunidades de capacitação continuada – se coaduna com o que foi colocado pelos sujeitos da pesquisa vinculados ao SESC, no que diz respeito à valorização e a defesa da existência de um processo permanente de desenvolvimento técnico.

De forma bem similar ao colocado pelos agentes está o a resposta da técnica responsável pelo projeto *Transando Saúde* no DR, quando aponta o que considera

¹⁴ Quantitativo que considera as empresas que aderiram em 2008.

indispensável para sua realização, chamando atenção para a capacitação como forma de atualização que possibilita a renovação de metodologias no desenvolvimento das práticas educativas:

Eu acho que é primeiro: se identificar com a temática e ter capacitações constantes. Cada capacitação que eu participo é um novo aprendizado. Estar se especializando, não só na área de DST/Aids, mas você ter uma visão: eu faço trabalho educativo, mas isso faz parte de quê? Isso está dentro de uma ação de educação em saúde, que está dentro de uma promoção da saúde – ter essa visão. E buscar estar sempre lendo, vendo novas formas de estar trabalhando essa temática que não seja de forma cansativa... Esse eu acho que é o grande desafio da gente porque é uma temática que ela não termina. Então a gente tem que estar buscando novas dinâmicas, novas formas de estar trabalhando pra estar trazendo os funcionários pra participar. (T1)

A esse depoimento se une a avaliação feita pela Coordenadora de Saúde do DR com relação à sua própria formação e as oportunidades viabilizadas pelo SESC, trazendo também a dimensão da importância, além das metodologias educativas, da capacitação para uma abordagem interdisciplinar:

Acho que o SESC, ele dá muita oportunidade pra gente na questão da formação. Isso é riquíssimo, acho que isso não deve deixar de existir. Se a gente hoje, dentro desse Regional, a gente consegue ser o facilitador de diversos processos, é que a gente foi qualificado pra isso. (...) É preciso ser formado em múltiplas disciplinas, que é importante – não pra eu fazer o trabalho do outro, mas pra eu compreender como é que isso se dá. (...) Eu acho que essa questão de investir no conhecimento, investir em metodologias, que elas são completamente aplicáveis em qualquer temática, é muito importante. (G2)

Tais aspectos indicados pelos sujeitos no âmbito institucional da educação em saúde apontam para o que vem se discutindo na esfera do setor saúde como um todo acerca da relevância dos processos de formação para a incorporação dos princípios conceituais e valores éticos que orientam a construção do SUS, considerando-se nesse contexto o potencial formativo dos processos de trabalho.

Aproximando-se dessa dimensão, está o depoimento da Diretora de Programas Sociais do DR, ao fazer referência à sua participação no processo de “Otimização da Atividade Educação em Saúde”¹⁵ e suas repercussões na reorientação progressiva das suas práticas – na

¹⁵ Refere-se ao “Projeto de Reordenação e Reorientação da Atividade Educação em Saúde”, formulado em 1996 pela técnica Bernardete de Lourdes Lobato, com o compromisso de consolidar experiências destinadas a investigar os limites e as possibilidades da Educação em Saúde numa entidade de bem-estar social, visando à estruturação dessa Atividade em toda a sua potencialidade. O DR campo de pesquisa participou desse processo no período de jan/1997 a dez/1998. A ação a qual a entrevistada se refere diz respeito à visita técnica realizada como primeira etapa do processo, em que se buscou investigar as concepções dos técnicos das diferentes áreas sobre saúde e educação em saúde e suas impressões acerca das condições pessoais e contextuais da saúde da clientela e da forma como suas práticas profissionais contribuíam – ou não – para a promoção da saúde. O resultado dessa pesquisa inicial foi apresentado e discutido com os diferentes participantes, na perspectiva da formulação coletiva das linhas de ação programática com integração das áreas na proposição de inovações. O pressuposto metodológico era de que a capacitação para a Educação em Saúde precisa garantir coerência com os seus fundamentos teóricos e dessa forma, **“em todos os momentos deverá estar presente o incentivo à participação da população, da clientela efetiva e das equipes técnicas como agentes de saúde. Participação entendida como conhecer e poder expressar/ exercitar esse conhecimento, na identificação e proposição de soluções da problemática de saúde”** (documento institucional: DN/DASE - PLANESC/ 1997 – grifos nossos).

época atuando como bibliotecária –, e na remodelação do ambiente físico do SESC, a partir da problematização em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la.

E eu me lembro daquele trabalho que pegou todos os coordenadores e começou a conversar da importância da gente estar vendo a saúde como uma coisa inerente ao próprio ser humano no ambiente em que a gente está. Então, na época eu trabalhava na biblioteca e eu comecei a me preocupar com o ambiente adequado, com iluminação adequada, com uma ventilação adequada, com a questão da altura das estantes, o acesso aos livros, a adequação do mobiliário, do envolvimento de todos. Então foi um trabalho de conscientização e a gente começou a trabalhar essa questão da educação pra saúde em todas as áreas e a educação por si só, na questão mesmo da gente estar trabalhando as informações. Eu me lembro que na biblioteca mesmo, a gente começou a, fazer uma hemeroteca (...), a gente começou a indexar os artigos que iam servir de estudo e de conscientização pra todos da nossa área acerca de conhecimento de modo geral e também sobre saneamento básico, sobre a questão de qualidade de vida, sobre promoção da saúde, sobre prevenção de doenças. (G1)

Destacam-se nos depoimentos a referência ao trabalho em equipe e a importância da assunção de uma perspectiva interdisciplinar e interprofissional nos processos de formação e de atuação de forma integrada. Perspectiva de atuação essa que supõe a integração dos pontos de interseção entre os saberes, sem ocultar o que cada área tem de singular. Dessa forma, reconhece-se a relevância do envolvimento de cada membro da equipe com o trabalho, traduzido na responsabilidade sobre o resultado final.

O trabalho integrado é o nosso carro-chefe. Há algum tempo atrás, era muito difícil a gente estar trabalhando as ações de modo integrado. Era muito individual, cada um pensando na sua ação, sem ter a visão do todo. Mas como a gente trabalha no SESC com a questão social, principalmente querendo promover uma qualidade de vida pra nossa clientela-alvo e pra comunidade como um todo, não teria como a gente delimitar tanto as áreas. Então, esse trabalho, aqui, intersetorial, ele acontece de forma bem significativa. Problema na comunicação, sempre há. E também na conscientização da importância de estar se doando, cada um, às vezes acha que está fazendo mais pra determinada área e querendo, realmente, desenvolver melhor a sua área, sem ter a consciência maior da qualidade do trabalho, do resultado, como uma ação integrada do todo. Mas acho que (...) a gente conseguiu evoluir muito, não só a nível de gestão maior, mesmo, de direção, como a nível setorial, de coordenação, como cada equipe também. A gente observa que entre as equipes também. (G1)

Algo que não se pode perder de vista nessa colocação, que denuncia as dificuldades também vivenciadas pelos profissionais em seu cotidiano, é a pressão constante de que produzam resultados, conduzindo os técnicos a uma certa tensão, por vezes rivalitária, em função da exigência do alcance das metas de atendimentos fixadas.

Configura-se, assim, um constrangimento comum a diferentes marcos institucionais, revelador do fato de que os processos de mudança requeridos na direção da articulação de saberes e do trabalho integrado guardam interdependência com a própria lógica das organizações. Daí a possibilidade de inferir o papel estruturante dos processos formativos *no e pelo* trabalho, especialmente considerando seu potencial para a construção de capacidades no sentido de operar as transformações dos conceitos e das práticas de saúde, bem como a

democratização dos processos decisórios, por meio da criação de novos espaços de sociabilidade, no interior da organização do trabalho.

É nesse sentido que Campos (2000^[211]) defende o papel pedagógico do modelo de gestão, propondo que o profissional de saúde tenha acesso a espaços coletivos de reflexão crítica de sua prática: “o que se está assumindo é que durante o processo de gestão, e particularmente em uma gestão participativa, não se produzem somente efeitos políticos ou administrativos, mas também efeitos pedagógicos e subjetivos” (CAMPOS, 2000^[211]: p. 161).

Nos depoimentos dos entrevistados essa inter-relação se faz presente quando na seqüência da descrição das mudanças desencadeadas pelo processo de otimização, a diretora de Programação Social relata o processo de construção de condições para a ação integrada das equipes, estando essa condicionada à flexibilização da gestão:

Hoje a gente propicia dinâmicas pra gente mesmo, momento de integração, um planejamento integrado, em que a gente discute o direcionamento institucional. Em cima, claro, das Diretrizes do Quinquênio, da Ação Finalística, do Modelo de cada Atividade, mas mesmo assim, a gente amplia a discussão. As pessoas têm que participar pra poder sugerir coisas, ter idéias – às vezes inovadoras – coisas que eles não tinham espaço. Percebiam uma série de coisas, e não tinham espaço pra poder sugerir nada. Eram muito fechadas as ações, o relatório vinha a área específica tal. Hoje a gente reúne e tem uma grande discussão, aí vem aquele brainstorm de idéias e a gente filtra o que tem cabimento ou não e vê o que pode interagir, o que pode fazer de uma forma mais ampliada e participativa. (G1)

Campos propõe o *Apoio Paidéia*, postura metodológica que supõe a instauração de um certo nível de co-gestão, constituindo-se em “um modo interativo que reconhece a diferença de papéis, de poder e de conhecimento, mas que procura estabelecer relações construtivas entre os distintos atores sociais” (CAMPOS, 2007^[212]: 86). Trata-se de uma função/tarefa com o propósito de ajudar as equipes a se constituírem em novas relações de poder, mais democráticas, conformadoras de novos modos de subjetivação, o que permitiria a ampliação de sua capacidade operativa, ela mesma afirmativa de uma nova grupalidade.

Instauram-se, deste modo, cadeias de negociação contínuas, por meio das quais se constroem as identidades de sujeitos e os seus projetos, segundo o desafio de “(re)criar projetos coletivamente sustentados em um processo que não pode ser dissociado da (re)criação de novos sujeitos sociais dispostos por defender certas crenças e valores” (MATTOS, 1999^[213]: 251).

Talvez resida aí, na produção de intersubjetividade, o principal desafio do gestor, supondo renunciar a um certo imaginário de liderança, de caráter personalista e manipulador e apoiar-se em uma escuta ativa dos outros e de sua cultura, dispondo-se à mudança, aos processos instituintes. As decisões devem ser ponderadas, valendo-se de opiniões de outros

profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas, assim como de poder e de responsabilidade.

É possível situar essa questão da gestão, associada à construção da interdisciplinaridade e da integralidade, no âmbito da ética profissional, conforme a argumentação elaborada por Rubem Mattos (2007^[214]) com base em Karl Popper e Richard Rorty. O autor parte da provocação de Popper, que contrapõe duas éticas: uma antiga, relacionada às idéias de conhecimento certo e de autoridade; e uma nova ética fundada na idéia de tolerância e honestidade intelectual.

A ética antiga, relacionada a uma representação da ciência como um modo de produzir verdades absolutas, leva ao encobrimento de erros (que indica a falta de honestidade) e à desqualificação dos outros e de outras formas de ver as questões de uma dada área (signo da intolerância). Nessa desqualificação de outros sujeitos e outros saberes, foge-se à argumentação e, dessa forma, a confiança e o respeito profissional adquiridos se fundam no acúmulo de conhecimento objetivo, daí resultando sua autoridade.

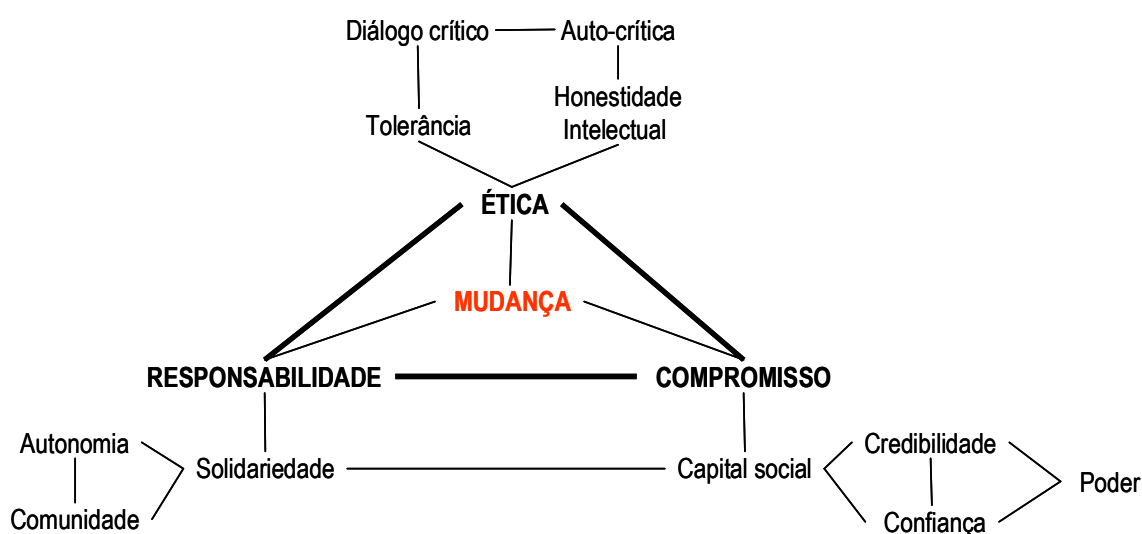
A nova ética reconhece a falibilidade e o caráter contingente do conhecimento e assume como princípio que é com base nos erros que se é possível aprender – portanto, a atitude autocrítica e a sinceridade são um dever. Propõe-se, assim, “uma outra ética profissional, mais tolerante, pois requer o diálogo com outros, e mais honesta, pois centrada no reconhecimento dos limites de nosso conhecimento” (MATTOS, 2007^[214]: 136).

Apoiado nas contribuições do neopragmatismo, o autor estabelece as conexões entre integralidade, responsabilidade intelectual e solidariedade, sendo esta entendida como alternativa ao ideal de objetividade, na medida em que redefine a noção de verdade – não mais localizada além dos sujeitos, mas referida ao desejo de se alcançar a maior concordância intersubjetiva possível. E assim, a busca de um mundo melhor, a construção de projetos de felicidade – suposta na promoção da saúde –, reside na tentativa de incluir, por ampliação dos consensos intersubjetivos, os outros, com outras visões e crescidos em outros ambientes.

Produzir sujeitos autônomos e críticos mediante processos de gestão e de formação supõe, portanto, considerar a ética como verdadeira mediação entre o técnico e o político, entendendo-se que a responsabilização supõe também uma responsabilidade intelectual, que se remete à solidariedade. É a ética que possibilita ligar a idéia de liberdade – eixo central da reflexão ética – a de responsabilidade e de compromisso, levando em consideração a relação dialética da autonomia e dos limites objetivos dessa autonomia. Como assinalado por L’Abbate (1997^[215]:275):

Articular responsabilidade, liberdade e compromisso significa que, ao educador, ou ao profissional de saúde, não basta saber. É preciso também querer e não adianta saber e querer, se não se tem a percepção do dever e não se tem poder para acionar os mecanismos de transformação nos rumos da instituição que se quer mudar.

Reside aí, mais um fio da trama que tece as mudanças significativas por entre as entidades da rede, na mediação entre saber e querer, entre querer e poder, entre (des)construir e (re)construir, na expansão do “nós” como identidade da rede, possibilitado pelas tentativas de ampliação dos consensos intersubjetivos, na superação das controvérsias.



Fonte: elaboração própria.

Figura 11– Translações que levam à mudança

O esquema acima conclui a representação das translações que constroem significados para a atuação dos diferentes atores – sujeitos e instituições – dispostos a criar soluções e engendrar novos caminhos para as questões colocadas na recriação do projeto *Transando Saúde* no contexto local.

Saber, poder e ética alinhavam o processo interorganizacional em que cada ator traduz as suas realizações em termos das trocas que estabelece – processo decisório, dinâmica de comunicação, estabelecimento de acordos, organização das práticas – no fortalecimento e expansão das alianças que tecem a rede.

Esse é um processo dinâmico e contínuo, em que posicionamentos são constantemente redefinidos e reconceituados, podendo-se perceber uma gradualidade na construção da mudança, que tem envolvido escolhas e que exige estratégias de mobilização dos sujeitos para atuarem como atores no processo, na definição de prioridades e de mecanismos de explicitação das contradições e da construção de dispositivos para superá-las.

8 SÍNTESE PROVISÓRIA – OS FLUXOS DE MEDIAÇÕES E TRADUÇÕES

*Como se o Mar se abrisse
E nos mostrasse outro Mar
E este ainda – ainda outro – e os Três
Fossem só antecipação.*

Emily Dickinson

Na evolução paradigmática do pensar e fazer em saúde, o movimento da promoção da saúde traz um ideário crítico ao modelo biomédico, enfatizando a vinculação da saúde com os determinantes políticos, sociais e econômicos. A intervenção sobre tais determinantes e a superação das diferenças nos resultados de saúde entre grupos sociais requerem uma abordagem complexa, atualizando a temática da intersectorialidade e recolocando a importância dos mecanismos de mediação e defesa da saúde, ao exigir intervenções de caráter integrado, viabilizadas pela articulação dos diferentes setores e esferas da sociedade, mediante a mobilização de vontades e recursos que extrapolam os limites setoriais.

Abordar a temática da mediação para a promoção da saúde constitui, assim, objeto de estudo necessário à identificação dos fatores favoráveis e restritivos ao estabelecimento de alianças intersectoriais capazes de se configurarem como transformadoras para a saúde, indicando as necessidades de mudanças e as potencialidades das estratégias intersectoriais para o reconhecimento e afirmação dos princípios teóricos, éticos e políticos desse campo, em diferentes cenários.

O caminho percorrido nesta pesquisa, compondo os potenciais de tratamento metodológico do estudo de caso com a perspectiva de aproximação das redes sócio-técnicas em que se constituem os programas, representou um esforço de aproximação à dinâmica de ordenação da rede de atores envolvidos na sistematização de ações educativas em saúde no cenário do local de trabalho, revelando a riqueza e a complexidade das estratégias intersectoriais.

Muitas são as reflexões geradas nesse percurso, que trazem a marca do coletivo nas questões então desencadeadas, e assim, no lugar de conclusão, o que se faz presente são aberturas, merecendo alinhar as percepções acerca do que foi encontrado, segundo essa perspectiva que aponta para os fluxos de modificação e de permanência.

Uma primeira reflexão diz respeito à própria natureza controversa da constituição de uma rede intersectorial para a promoção da saúde. Os atores não se encontram por uma “inclinação natural” e sim por alianças que são criadas e passam a inseri-los como atores na

rede. Isso quer dizer que a formação dessa rede intersetorial possibilita articular atores – sujeitos e instituições – que de outra forma não estariam integrados ao campo da promoção da saúde, de tal modo que a diversidade é ao mesmo tempo pressuposto e desafio da intersetorialidade. Mas a diferença é também recurso para a mudança, caracterizando a influência mútua na transformação de saberes que se dá nos fluxos de modificação em rede. No estudo implementado, tal dinâmica se fez notar no transladar de valores e saberes por entre os campos da promoção da saúde e do trabalho.

Nesse sentido, reconhecer as diferenças de valores, interesses e expectativas entre os atores envolvidos nos programas de promoção da saúde possibilita identificar as oportunidades para exercer influência, na perspectiva da superação das fronteiras identitárias que caracterizam o “nós e eles”, com a formação de novas identidades orientadas por valores de cooperação. Essa é a essência das estratégias de mediação – a de interferir para a obtenção de um determinado fim – exigindo diálogo, tolerância e reciprocidade.

Esse é um processo em que diferença e interdependência se apresentam de forma constante nos fluxos de poder que circulam na rede e ora estabilizam os valores dos proponentes do Projeto, ora lhes servem de obstáculos, gerando a necessidade de novos arranjos e estratégias de mediação. As estruturas hierárquicas tradicionalmente configuradas de forma piramidal, nas diferentes organizações, contrastam com a forma horizontalizada de gestão em rede. Romper com essa cultura já tão sedimentada é um desafio que se torna maior com relação às empresas, tendo em vista que nesse cenário, a valorização do trabalhador passa predominantemente por sua capacidade de produção, que condiciona formas mais autoritárias de gestão na cobrança por desempenho em direção às metas.

No campo social analisado, o cenário do local de trabalho se revela como um espaço de conflito e controvérsia – que não se encerra – no qual as categorias saúde e trabalho são permanentemente negociadas e redefinidas nas relações estabelecidas entre os atores de distintos setores, numa dinâmica de mediação/tradução que se faz constante em avanços e retrocessos para gerar novas interpretações dos interesses colocados, dos critérios que utilizam para a tomada de decisões e dos valores que definem suas prioridades, modulando em diferentes ritmos o (re)direcionamento das entidades da rede no sentido dos valores e conceitos da promoção da saúde.

É nessa dinâmica de fluxos e traduções que se configura um segundo ponto de abertura à reflexão. A tensão paradigmática que caracteriza a promoção da saúde configura um quadro contextual em que as práticas, muitas vezes, não correspondem aos princípios conceituais e metodológicos desse campo, conformando a existência de programas ecléticos

em que a perspectiva biomédica e comportamental convive com a afirmação discursiva de uma proposta mais abrangente de caráter sócio-ambiental. Nas representações dos sujeitos da pesquisa verificou-se a diversidade dos conceitos que fundamentam suas abordagens, sustentando, dessa forma, a permanência, em alguns casos, de posturas autoritárias e prescritivas de educação em saúde.

Impõe-se uma questão: que estratégias podem contribuir para uma postura crítica e construtiva com repercussões para a transformação dos programas com base em novos entendimentos? Uma possibilidade que se depreende das categorias empíricas refere-se à pertinência da formação continuada, entendida como educação *no e pelo* trabalho, com a instituição de espaços de sociabilidade e reflexão teórica que possibilitem ampliar os esquemas cognitivos e práticos dos sujeitos e criar uma nova grupalidade operativa. Essa perspectiva de formação foi muito valorizada entre os sujeitos da pesquisa, considerando-a condição de sustentabilidade dos programas.

Nesse ponto, a reflexão se desdobra em mais uma questão, tendo em vista que a (des)construção de identidades com a experimentação de novas posturas é um processo constante e renovado de co-engendramento de trabalhadores e mundo do trabalho. Então, como superar os limites impostos pelas burocracias organizacionais para a instituição de espaços/ dispositivos que favoreçam a criatividade e iniciativa do trabalhador em processos de co-gestão e co-responsabilização, prescindindo dos mecanismos de controle de desempenho de atividades programadas?

Um achado da pesquisa que aponta para as estratégias de enfrentamento e construção de caminhos para transformação desse contexto por parte dos técnicos foi a valorização da competência argumentativa e a apropriação dos mecanismos burocráticos de registro de atividades com essa atribuição de sentido, de tal forma que a “prestação de contas” acerca das realizações se apresente com seu potencial de mediação e defesa das propostas. Dessa forma, a construção da solidariedade e da reciprocidade de compromissos é alcançada em processos intersubjetivos e intercompreensivos de argumentação. Não se pode perder de vista, no entanto, que os comentários acerca desses mecanismos aparecem em um contexto que tem como conteúdo subliminar o reconhecimento dos problemas provenientes das discontinuidades administrativas, dos engessamentos decorrentes de gestões centralizadoras, revelando o desafio, ao mesmo tempo que a importância, de se aprofundar os caminhos de diálogo e participação, inclusive na perspectiva de explicitação das contradições.

Na conjunção desses dois pontos de reflexão figura um aspecto não explorado na pesquisa, mas que se revela importante como via de problematização, qual seja a

possibilidade de otimização da utilização dos relatórios de avaliação como recurso de sistematização das experiências, possibilitando uma reflexão crítica e uma aprendizagem coletiva, com efeitos no processo de formação continuada de técnicos e agentes multiplicadores, assim como com repercussões para o desenvolvimento da mediação intersetorial.

Na formação das alianças estratégicas, a sinergia do SESC com a SMS na capital, considerando as relações entre técnicos e gestores de ambas organizações, configura um forte elo na rede, com grande mobilidade e fluidez entre essas entidades na circulação de informações, no encaminhamento de decisões e na composição de recursos.

O mesmo nível de sinergia não é verificado no município onde não há a presença constante da técnica do SESC, configurando vínculos conceituais mais frouxos e processos de planejamento mais verticalizados. O SESC aparece como possibilidade de entrada da SMS nas empresas, mas na ausência de sua mediação continuada, a sistematicidade das ações fica comprometida. Tal situação se remete a um importante ponto de constrangimento para a sustentabilidade do Projeto, que aparece como grande preocupação da técnica responsável por sua execução e da Coordenadora de Saúde do DR, o qual diz respeito às limitações quantitativas do quadro técnico da Atividade Educação em Saúde, em contraste à ampla demanda de atuação. Trata-se de uma situação que decorre da ampliação da rede de empresas que se vinculam ao Projeto e que começa a requerer o repensar das estratégias de gestão para sua sustentabilidade – sendo esse mais um ponto de abertura às questões coletivas colocadas pela realidade social analisada.

Nos depoimentos dos entrevistados foi evidenciada a existência de um pensamento intersetorial que informa o desenvolvimento das práticas integradas, entendendo a intersetorialidade como a articulação entre sujeitos e instituições de setores sociais diversos, que se complementam e interagem, compartilhando saberes, habilidades e recursos para o alcance de objetivos de bem comum.

A rede de organizações estabelece acordos de cooperação e reciprocidade apoiados na noção de responsabilidade como envolvimento e compromisso do ator da rede com a realização do Projeto e com o seu resultado final. Na construção de valores solidários e cooperativos que promovem o deslocamento da responsabilidade ao compromisso, evidenciam-se outros valores correlatos, como confiança e credibilidade, considerados fundamentais pelos sujeitos do estudo para a construção e sustentabilidade das alianças intersetoriais.

A atribuição de confiança e credibilidade ao SESC pelos atores da rede vem confirmando seu potencial estratégico como mediador intersetorial para a Promoção da Saúde, que na realidade social investigada, se materializa na criação de condições práticas e simbólicas, de tal modo que os agentes multiplicadores do projeto *Transando Saúde* se sentem valorizados em sua atuação nas empresas e se reconhecem como agentes de transformação. Com todos os limites da pretensão de integrar mudanças individuais e mudanças organizacionais/estruturais, configura-se um processo de empoderamento com repercussões para a criação de cultura organizacional e produção de subjetividades que, em parte, flexibilizam os condicionamentos econômico-financeiros das relações instituídas no cenário do local de trabalho.

Os novos arranjos construídos na rede de atores, nunca são condicionados pela ação de um. Coisas – no caso analisado: relatórios, premiações, certificações –, sujeitos, políticas, instituições estão combinados na produção dos efeitos que se cruzam, conformando uma cadeia de mediadores – humanos e não-humanos – que operam as traduções, ao tempo que as conexões da rede vão possibilitando o trabalho da diferença. A adesão das empresas ao Projeto abre um canal de negociação constante e para que as mudanças aconteçam de forma a se tornarem indispensáveis, fortalecendo a rede, esses diferentes dispositivos mediadores precisam ser permanentemente ativados, requerendo da equipe do SESC, como mediador estratégico, um empenho permanente na abertura de espaços de problematização e explicitação das controvérsias nos processos que conjugam mediação e educação em saúde.

O desafio é configurar processos que se caracterizem pela afirmação política de espaços de participação em que os sujeitos – empresários, profissionais de saúde, agentes multiplicadores e trabalhadores das empresas – se sintam integrantes dessa mesma conjuntura que se pretende transformar.

Nesse esforço, a mediação entre os atores se vincula às ações de formação continuada dos agentes multiplicadores que visam potencializar a capacidade individual e coletiva de analisar a situação vivida, refletir e criar possibilidades reais de soluções e transformações. Como os projetos nas empresas são elaborados a partir da visão dos agentes multiplicadores e implementados por sua ação direta, desenvolve-se entre os participantes um sentido de apropriação do processo que possibilita novos arranjos dentro das empresas. Percebe-se um aumento da sensação de pertencimento, em função dos mecanismos implementados de fortalecimento da solidariedade e do trabalho em rede, que potencializam os agentes multiplicadores em suas estratégias de mediação junto aos empresários e em suas ações educativas entre pares.

Os agentes multiplicadores se percebem capazes de realizar uma ação concreta para os colegas de trabalho, suas famílias e comunidade. Suas ações têm efeitos no ambiente de trabalho sob a forma de reforço da integração das equipes, da desconstrução de tabus e preconceitos e da ampliação do conhecimento acerca das temáticas associadas à prevenção da DST/Aids, que geram iniciativas dos trabalhadores no ambiente familiar e outros contextos de convivência.

Necessariamente, toda mudança significativa passa pelo desejo de mudar, pelo conhecimento que a fundamenta e pelo poder que concretiza a vontade. Nos fluxos de mediação e tradução, que assim se desenvolvem, o poder é redistribuído e novos atores são incorporados com a superação de obstáculos culturais e políticos, compondo uma rede que combina e interpenetra entidades estatais e não-estatais, nacionais, locais e globais, como uma resposta prática aos problemas públicos. Observa-se que as opções vão ficando cada vez mais fortes ou mais fracas em função da concentração de forças na rede, cuja ordenação se dá de forma não hierárquica com o poder se realizando através da comunicação. Diferença e diálogo, diversidade e participação, se apresentam como princípios correlacionados que interconectam as práticas de mediação intersetorial e de educação em saúde.

Na experiência de implementação do Projeto *Transando Saúde*, evidencia-se o ensaio de estratégias que incorporam a interdisciplinaridade na análise dos problemas, a intersetorialidade no encaminhamento das soluções e a horizontalidade na implementação das ações, verificando-se uma distância entre o novo repertório de ações dos envolvidos e aquele que foi o ponto de partida da ação. As entidades se diferenciaram na conformação de novas identidades, tornaram-se mais vinculadas, permitindo que mais conexões pudessem ocorrer entre variados fenômenos, articulando planos de ação.

Essa é a essência da rede intersetorial para a promoção da saúde – os fluxos em constituição, em que nossas ações criam conhecimento, criam vínculos, criam realidades, engajando o destino de algumas entidades na vida e no destino de algumas outras. Aprendizado que se dá através da recriação em cada nova circunstância, em um processo dialógico e dialético de construção política, em torno dos horizontes utópicos de solidariedade, reciprocidade e bem comum. Uma rede sendo tecida, em aberturas e permanências, vínculos e controvérsias – entrelaçamento de diferenças com vistas à produção de sentidos, que não se encerra.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS. (Org.). Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000. P. 9-30.
2. SESC/ DN. Diretrizes Gerais de Ação do SESC. Rio de Janeiro: Departamento Nacional do SESC, 2004.
3. CNC. Sesc, Senac; natureza jurídica e a natureza jurídica das contribuições. Rio de Janeiro: Confederação Nacional do Comércio, 2005.
4. SESC/ DN. Modelo de Atividade Educação em Saúde. Rio de Janeiro: Departamento Nacional do SESC, 2005.
5. Nutbeam D; Blakey V. El concepto de promoción de la salud y la prevención del SIDA. Una base integrada y general para la acción en los años noventa. In: OPS. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996. P. 339-351.
6. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 1996 1(1):104-121.
7. Paim JS. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S (org.) Saúde e Democracia: a luta do CEBES. Lemos Editorial, 1997. P. 11-24.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Declarações das Conferências de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Buss PM (org.). Promoción de la salud y la salud pública. Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro, 2000. Mimeo..
10. Paim JS. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
11. Buss P M; Ferreira Jr A. Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1998.
12. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.
14. Neves GH. & Marinho H.. Os rumos do debate sobre desenvolvimento municipal. Revista de Administração Municipal. Municípios 1999; 222: 22- 30.
15. CNDSS/ OMS. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Abril, 2008. Disponível em www.determinantes.fiocruz.br
16. Tesoriero F. An Examination of contemporary health promotion partnership and the factors which influence their formation and effective working. [Tese] Adelaide: Flinders University, 2002.
17. Rivera FJU. – Agir Comunicativo e Planejamento Social. Uma Crítica ao Enfoque Estratégico. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1995.
18. Buss P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D; Freitas CM de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P. 15-38.
19. Quivy R & Campenhoudt LV. Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva, 1998.
20. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
21. Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: OPS. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996. P. 339-351.
22. Restrepo HE. Antecedentes históricos de La Promoción de La Salud. In: Restrepo HE & Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Internacional, 2001. P. 15-23.
23. Andrade LOM de. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec, 2006.
24. Almeida-Filho N. O conceito de saúde e a vigilância sanitária: notas para a compreensão de um conjunto organizado de práticas de saúde. Documento comissionado pela ANVISA

para discussão no I Seminário Temático Permanente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2000. Disponível em:
www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/conceito.pdf

25. Rosen G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1994.
26. Kikcbush I. Promoción de la salud: una perspectiva mundial In: OPS. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996. P. 15-24.
27. Arouca AS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
28. Dever GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.
29. Rootman I, G Michael, D, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. In: Rootman I, G Michael, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J & Ziglio, E., editors. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional publications. European series nº 92, 2001
30. Lalonde M. El concepto de “campo de la salud”: una perspective canadiense. In: OPS. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996. P. 3-5.
31. Gentile M. Promoção da saúde e município saudável. São Paulo: Vivere, 2001.
32. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. (ISBN 0-662-50019-9).
33. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2007.
34. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Genebra: WHO, 2008.
35. Ferreira MS; Castiel LD; Cardoso MHC de A. Promoção da Saúde: entre o conservadorismo e a mudança. Disponível em: www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf [acesso em 19.12.08]

36. WHO. Concepts and principles of Health Promotion. Copenhagen: WHO, 1984.
37. Epp J. Lograr la salud para todos: um marco para la promoción de la salud. In: OPS. Promoción de la Salud: una antología. Washington: OPS, Publ. Cient. 557; 1996. P. 25-36.
38. Minayo MCS; Hartz ZM de A; Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):7-18.
39. Buss PM. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):163-177.
40. WHO. Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications (HPR); Health Education and Health Promotion Unit (HEP). WHO/HPR/HEP/98.1. Geneva: WHO, 1998.
41. McCubbin, M; Labonte R; Dallaire B. Advocacy for healthy public policy as a health promotion technology. Centre for Health Promotion (arquivos on-line), 2001. Disponível em <http://www.utoronto.ca/chp/symposium.htm> [acesso em 28.09.2008]
42. Andrade JA de. Redes de atores: uma nova forma de gestão das políticas públicas no Brasil? *Gestão & Regionalidade*. 2006; 64.
43. Santos M. A Natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1999.
44. Poland BD, Green LW, Rootman I (Eds.). *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks/Newbury Park, CA: Sage Publications, 2000.
45. WHO. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf [Acesso em 07.08.2007]
46. OPS. *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington, D.C.: OPS, 2002.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação e Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006.

48. Teixeira CF. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. *Saúde & Sociedade* 2004, 13 (1): 37-46.
49. Sen A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Cia. das Letras, 2000.
50. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: www.opas.org.br/serviços/arquivos. [Acesso em: 01.01.2008].
51. Buss PM; Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2007 Janeiro-Abril 17(1):77-93.
52. Morgan A; Ziglio E. Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education* 2007: suppl 2: 17-22.
53. Contandriopoulos, AP. *Cad. Saúde Públ.* 1998, Rio de Janeiro, 14(1):199-204.
54. CDSS. Rumo a um modelo conceitual para a análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde. Ensaio para apreciação da CDSS [Rascunho] 5 de maio de 2005. Disponível em <http://www.determinantes.fiocruz.br>
55. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. EUR/ICP/RPD 414, 7734r, Geneva: WHO, 2000.
56. Araújo MCSD'. *Capital Social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
57. Ruberman W; Weinblatt E; Goldberg JD & Chaudhary B S. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 1984, 311:552-559.
58. Castellanos PL. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. In: Martinez Navarro F. et al. *Salud Publica*. Madrid: Mcgraw-Hill-Interamericana, 1998. P. 81-102.
59. Wilkinson R & Marmot M. *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen: WHO, 2003.

60. Valla VV; Stotz EN. Refuerzo de la acción comunitaria. In: Buss PM (org.). Promoción de la salud y la salud pública. Rio de Janeiro: 2000. Mimeo.
61. Burlandy L. O comunidade solidária e os programas de alimentação e nutrição. Focalização e parcerias. [Tese] Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2003.
62. Solar O & Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health 180. Health Promotion Journal of Australia 2006 Dezembro; 17(3):180-185.
63. Santos, M. HC. Governabilidade, Governança e Democracia: criação de capacidade governativa e relações executivo- Legislativo no Brasil Pós – constituinte . DADOS – Revista de Ciências Sociais, 1997; 40 (3): 335-376.
64. Carvalho AI; Bodstein RC; Hartz Z; Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Ciência & Saúde Coletiva 2004, 9(3)521-529
65. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [Documento para discussão] Brasília, 2002.
66. Habermas J. A transformação estrutural da esfera pública. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
67. Habermas, J. Soberania popular como procedimento: um conceito normativo de espaço público. Novos Estudos CEBRAP 1990 Mar 26: 100-113.
68. Lima NT; Fonseca CMO; Hochman G. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: Lima NT; Gerschman S; Edler FC; Suárez JM (org). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. P. 27-58.
69. Grau NC. A rearticulação das relações Estado-sociedade: em busca de novos significados. Revista do Serviço Público – ENAP 1996; 120 (1): 113-140.
70. Martins AA. Relações estado-sociedade e políticas de saúde. Revista Saúde e Sociedade 1996; 5(1):55-79.

71. Junqueira LAP; Inojosa RM; Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. Caracas : Unesco/Clad., 1997. P. 63-124.
72. Caplan R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. Health Promotion International, Oxford University Press, v. 8, n.2, 1993.
73. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D; Freitas CM de (org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P. 39-53.
74. Burrell G e Morgan G. Part I: In search of a framework. In: G. Burrell & G. Morgan (Eds). Sociological paradigms and organizational analysis: Elements of sociology or corporate life. London: Heinemann, 1979.
75. Carvalho AI. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis – Saúde e Cidadania na Pós-Modernidade. Ciência e Saúde Coletiva, 1996; 1(1): 104-121.
76. Czeresnia. Risco epidemiológico e vigilância sanitária. Texto elaborado para seminário temático permanente da ANVISA: “As várias faces do conceito de risco em vigilância sanitária”. Agosto de 2001. [acessado em 06.10.08] Disponível em: www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs/coprh/seminario/risco_epide.pdf
77. Castel R. A Gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1987.
78. Castiel, LD. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas: Papirus, 1994.
79. Beck U. A Reinvenção da Política. In: Giddens A; Beck U & Lash S (orgs.). Modernização Reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna. São Paulo: UNESP, 1997. P 45-69.
80. Giddens A. As conseqüências da modernidade. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.
81. Spink MJP. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. Cad. Saúde Pública, 2001; 17(6):1277-1311.
82. Giddens A. A transformação da intimidade. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

83. Chevitarese L & Pedro R. Risco, poder e tecnologia: as virtualidades de uma subjetividade pós-humana. In: Anais do Seminário Internacional de Inclusão Social e as Perspectivas Pós-estruturalistas de Análise Social. Recife: CD-ROM, 2005, 27p. [Acesso em 06.10.08] Disponível em www.saude.inf.br/filosofia/riscopoder.pdf
84. Ortega F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. Cadernos de Saúde Coletiva, 2003; 11(1): 59-77.
85. Nogueira RP. Higiomania: obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: Vasconcelos EM (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. P. 63-72.
86. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2004; 20(2): 447-455.
87. Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. Rev. Saúde Pública 2004; 38(5): 615-22.
88. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública, 2004; 20(4): 1088-1095.
89. _____. Saúde coletiva e promoção da saúde. Sujeito e mudança. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.
90. Rissel C. Empowerment: The holy grail of health promotion? Health Promotion International, 1994; 9 (1): 39-47.
91. Labonte R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice Health Education & Behavior, 1994; 21 (2): 253-268.
92. Valla VV; Carvalho M de; Assis M de. Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício de cidadania, Rio de Janeiro: Pares, 1993
93. Marcondes WB. Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, 2007.
94. Giddens A. Sociologia. Porto Alegre: Artmed; 2005.

95. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006. P. 635-67.
96. Moysés S. A promoção da saúde na formação profissional. Palestra realizada em 2008. Disponível em www.universidadesaudavel.com.br [Acessado em 27.03.2009]
97. Stotz EN; Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade, 2004; 13(2): 5-19.
98. Camargo Jr. K. Epistemologia numa hora dessas? (Os limites do cuidado). In: R Pinheiro & RA Mattos (org.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004. P. 157-70.
99. Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. [Tese]Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, 2004.
100. OPS/ OMS. Lineamiento metodológico para la ejecución de un análisis sectorial en promoción de la salud. Washington, DC: OPS/OMS, 1995.
101. Lefèvre F & Lefèvre AMC. Promoção de Saúde. a negação da negação. Rio de Janeiro: Viera e Lent, 2004.
102. Ayres JRC.M.Uma concepção hermenêutica de saúde. Physis. 2007, 17(1): 43-62.
103. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. P. 117-39.
104. Meyer DEE; Mello DF de; Valadão MM; Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública. 2006, 22 (6): 1335-1342.
105. Castiel LD. Moléculas, Moléstias, Metáforas. O Senso dos Humores. São Paulo: I-Editora, 1996.

106. Chor D. Saúde pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. *Cad. Saúde Pública*. 1999, 15 (2): 423-425.
107. Rozemberg B & Minayo MC. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001, 6(1):115-23.
108. Gazzinelli MF; Gazzinelli A; Reis, DC; Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Caderno de Saúde Pública*. 2005, 21 (1): 200-206.
109. Ackerman M; Mendes R.; Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004, 9 (3): 605-615.
110. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*. 1992, 6 (3): 197-205.
111. Wallerstein N & Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education and health. *Community Health Education & Behavior*. 1994, 21 (2): 141-148.
112. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000, 15 (3): 259-267.
113. Habermas, J. O conceito de poder em Hannah Arendt. In : *Sociologia. Coleção Grandes Cientistas Sociais*. Rio de Janeiro : Ática, 1980.
114. _____. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.
115. Arendt H. *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; São Paulo: Salamandra - Edusp, 1987.
116. Foucault M. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
117. _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.
118. Potvin L; Haddad S & Frohlich KL. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In: Rootman I, G

Michael, Hyndman B, McQueen D, Potvin L, Springett J & Ziglio, E., editors. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. WHO Regional publications. European series n° 92, 2001. P. 45-62.

119. Wallack L; Dorfman L; Jernigan D; Themba M. Media advocacy and public health: Power for prevention. London: Sage, 1993.
120. Fleury S. Democracia com exclusão e desigualdade: a difícil equação. Rio de Janeiro: PNUD, 2004. Disponível em: www.pnud.org.br/democracia/documentos/TC.fleury.pdf [Acesso em 15.01.09]
121. Arendt H. A dignidade da política. Antônio Abranches (org.). Trad. Helena Martins et al. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
122. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 4ª edição. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1999.
123. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
124. Andrade JA de. O espaço público como uma rede de atores: a formação da política de erradicação do trabalho infantil no Brasil. [Tese] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.
125. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª edição. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 2006.
126. Marcondes D. Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006.
127. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública 1997; 13(1):103-107.
128. Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1980.
129. Yin RK. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.
130. Stake RE. Case studies. In: NK Denzin.; YS Lincoln (ed.) Handbook of qualitative research. London: Sage, 2000. P 435-454.

131. Alvez-Mazzoti AJ. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*. 2006, 36 (129): 637:651.
132. Bressan F. O método do estudo de caso. *Administração on line FECAP [revista eletrônica]* 2000 Jan-Mar [acesso em 20/09/2007]; 1(1):[15 páginas]. Disponível em http://www.fecap.br/adm_online/
133. Giddens A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.
134. Latour B. *A esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos*. Bauru: EDUSC, 2001.
135. Bourdieu P. Campo do poder, campo intelectual e habitus de classe. In Sérgio Miceli (org.). *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1998. P. 183-202.
136. Montagner M A. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(2):515-526.
137. Ferreira VSC. *A intersetorialidade em saúde: um estudo de caso [dissertação]* Salvador: Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva; 2000.
138. Galindo EF. *A intersetorialidade como requisito para construção de uma cidade saudável: política de saneamento e de saúde no Recife (gestão 2001/2004): estudo de caso [dissertação]* Recife: Universidade Federal de Pernambuco. CAC. Desenvolvimento Urbano; 2004.
139. Santos DS. *Ações intersetoriais de educação e saúde: entre teoria e prática [dissertação]* Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2005.
140. Brandão CR. Reflexões sobre como fazer trabalho de campo. *Sociedade e Cultura*, 2007; 10(1): 11-27.
141. Ludke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
142. Carvalho AI; Bodstein RC; Hartz Z; Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004, 9(3)521-529.

143. Potvin L; Gendron S; Bilodeau A. Três Posturas Ontológicas Concernentes à Natureza dos Programas de Saúde: implicações para a avaliação. In: Bosi MLM; Mercado FJ, (orgs.) A Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques Emergentes; Petrópolis, RJ: Vozes Editorial, 2006.
144. Assis M. Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. [Tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, 2004.
145. Touraine A. Crítica da modernidade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
146. Giddens A. Modernidade e identidade. Rio de Janeiro, Zahar, 2002.
147. _____. A constituição da sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 2003
148. Dubar C. Agente, ator, sujeito, autor: do semelhante ao mesmo. Artigo apresentado no Primeiro Congresso da Associação Francesa de Sociologia, em fevereiro de 2004. Disponível em http://publique.rdc.puc-rio.br/desigualdadediversidade/media/Dubar_desdiv_n3.pdf [acesso em 22.02.09]
149. Hamlin CL. Ontologia e gênero: realismo crítico e o método das explicações contrastivas. Rev. Bras. Ciências Sociais 2008, 23 (67): 71-81.
150. Weiss C. Nothing as Practical as good theory-based evaluation for comprehensive community initiatives for children & families. In: Connell et al. New approaches to evaluating community initiatives (concepts, methods and context).
151. Chen HT. Theory-Driven Evaluations. Newbury Park: Sage, 1990.
152. Law J. Notes on theory of the actor-network: ordering, strategy and heterogeneity. Paper published by the Center for Science Studies, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN. Tradução disponível em www.necso.ufrj.br
153. Latour B. Ciência em ação – como seguir cientistas e engenheiros mundo afora. São Paulo: Edusp, 2000.
154. Freire L de L. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. Comum, 2006; Rio de Janeiro, 11(26): 46-65.

155. Latour B. Se falássemos um pouco de política? *Política e Sociedade* 2004, 1(4): 11-40.
156. Pedro R. Redes e controvérsias: ferramentas para uma cartografia da dinâmica psicossocial. Disponível em www.necso.ufrj.br/esocite2008/trabalhos/36356.doc [acesso em 05/12/08).
157. Oliveira MA; Santos EM dos; Mello JMC. AIDS, ativismo e regulação de ensaios clínicos no Brasil: o Protocolo 028. *Cad. Saúde Pública*. 2001, 17(4): 863-875.
158. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1994
159. Brasil-Ministério da Saúde. Plano estratégico: prevenção, controle e assistência às DST/Aids no local de trabalho – 1996/ 1998. Brasília: MS/CN-DST/AIDS [s/d.] Mimeo.
160. Brasil-Ministério da Saúde – Coordenação Nacional de DST e Aids – Assessoria de Comunicação. Agência de Notícias – 25.06.2001. Brasília: MS, jun. 2001. (mimeogr.).
161. Pimenta MC. HIV/Aids no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira. In: Pimenta MC ; Terto Jr V; Valentim J H ; Prado M (Org.) ; Cunha MB (Coord.) ; Organização Internacional do Trabalho. Brasília: OIT, 2002.
162. SESC/ DN. Projeto Transando Saúde – Manual de Orientação Técnica. Rio de Janeiro: Departamento Nacional do SESC, 2002.
163. Poland BD; Green L; Rootman I. *Settings for health promotion: linking theory and practice*. London: Sage, 2000.
164. Brasil-Ministério da Saúde. Manual de diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência da DST/Aids no local de trabalho. Coordenação nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
165. Grunau, E., Harrigan, M. *Healthy Settings: Canadian Case Studies*. Ottawa: Health Canadá, 1999. [Acessado em 24.10.2008]
Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/ahi/workplace/healthy_settings.htm

166. Chu C; Breucker G; Harris N; Stitzel A; Gan X; Gu X; Dwyer S. Health-promoting workplaces—international settings development. *Health Promotion International*. 2000, 15 (2): 155-167.
167. Feliciano KVO, Ayres CMJ. Prevenção da AIDS entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. In: V Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2002; p. 297.
168. Parker R; Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Abia, 2006. (Coleção Abia, Cidadania e direitos, n. 1).
169. Rocha AD; Okabe I; Martins MEB; Mello TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1):63-81.
170. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
171. Dejours, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de saúde Ocupacional*, 1986. 54(14), 7-11.
172. Parker R e Camargo JR., K R de. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*. 2000, vol.16 supl.1, p.89-102.
173. Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 1990.
174. Oliveira, RM de. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspectivas em Ciência da Informação*. 2003 8 (1): 22-45.
175. Marteleto RM & Andalécio AML . Jovens e violência: construção de informações nos processos de mediação e apropriação de conhecimentos. In: VII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2006, Marília. Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, 2006.
176. VallaVV & Stotz EN (org.). Participação popular, educação e saúde: Teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.
177. Valla VV. Educação popular. Saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de organização. *Cadernos de Saúde Pública*, 1999, 15(2): 7-14.

178. Carvalho MAP; Acioli S; Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In Eymar Mourão Vasconcelos (org). A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. P 101-114.
179. Schall VT & Struchiner M. Educação no contexto da epidemia de HIV/Aids: Teorias e tendências pedagógicas. In: Czeresnia D; Santos EM; Simões Barbosa RH; Monteiro S (org.). Aids: pesquisa social e educação. São Paulo / Rio de Janeiro: ABRASCO-HUCITEC; 1995. P. 84-105.
180. Suárez J. Contribución al marco teórico para el desarrollo de la acción intersectorial en salud. In: Educación Medica y Salud 1991; 26 (2): 225-241.
181. Suárez J. Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud. Educación Medica y Salud 1993; 27(1): 61-81.
182. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. RAP. 2000, 34 (6): 35-45.
183. Tavares MFL. Saúde da Criança e Formação no Trabalho: A Prática como e com Saber. [Tese] Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 1998.
184. Cecílio LC de O e Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R; Ferla AA; Mattos RA de (org.). Gestão em redes: tecendo fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. P. 37-50.
185. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. P.113-126.
186. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública. 2004, Rio de Janeiro, 20 (5): 1411-16.
187. Gupta MO & Dickinson D. Workplace HIV/AIDS Peer Educators in South African Companies. Johannesburg: Wits Business School. 2006.
188. Laperrière H. Evaluation of STD/HIV/AIDS peer-education and danger: a local perspective. Ciência & Saúde Coletiva. 2008, 13 (6):1817-1824.

189. Campos, GW de S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do sus em questão?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007, 12 (2): 301-306.
190. Santos BS. Para um novo senso comum: a ciência, o direito e a política na transição paradigmática. Volume 1. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2002.
191. Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulina, 2005.
192. ONUSIDA. Manual sobre el VIH/SIDA para empleadores: guía para La acción. Ginebra: ONUSIDA, 2003.
193. OIT. Repertório de recomendações práticas da OIT sobre o HIV/Aids e o mundo do trabalho. Brasília: OIT: 2004.
194. OPAS/ OMS. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe, 2000.
195. Lacaz FAC. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997, 13 (supl. 2): 7-19.
196. Minayo-Gomez C & Thedim-Costa SMF. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*. 1997, 13(supl. 2):21-32.
197. Minayo MCS; Machado JMH, Matos LBF de; Oda LM; Vieira VM; Monteiro TC do N. Fiocruz Saudável: uma experiência institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1998, 3 (2): 151-161.
198. Minayo MCS. De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
199. Minayo-Gomez & Lacaz FAC. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005, 10 (4): 797-806.
200. Luz MT. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: R Pinheiro & RA Mattos (org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004. P. 9-20.

201. Whitelaw S; Baxendele A; Bryce C; Machardy L; Young I; Witney E. 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*. 2001, 16 (4): 339-353.
202. Polanyi MFD, Frank JW, Shannon HS, et al. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I (Eds.). *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks/Newbury Park, CA: Sage Publications, 2000. P. 138-174.
203. Bourdieu P. *Razões práticas. Sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.
204. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE; Onocko R (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. P. 229-266.
205. Bourdieu P (1998). As categorias do juízo professoral. In: NOGUEIRA, Maria Alice; CATANI, Afrânio. (Org.) *Escritos sobre a educação*. Petrópolis: Vozes, 2001, pp 185-216.
206. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001, 6(1):183-195.
207. Belloni ML. Infância, Mídias e Educação: revisitando o conceito de socialização. *Perspectiva*, 2007 , 25 (1): 57-82.
208. Rivera FJU & Artmann E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999, 4:355-365.
209. Putnam R D. *Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1993.
210. Bourdieu P. (1980) O capital social: notas provisórias. In: Nogueira MA.; Catani A (orgs.) *Escritos de Educação*, 3ª ed., 2001. Petrópolis: Vozes. P. 65-69.
211. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. São Paulo: Hucitec; 2000.
212. _____ (org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2007.

213. Mattos RA de. Em busca de novos projetos coletivos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999, 4(2): 250-252.
214. _____. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada pela integralidade. In: Pinheiro R; Mattos RA de; Barros de Barros ME (org.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. P. 129-144.
215. L'Abbate S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: Merhy EE; Onocko R (org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. P. 267-292.

ANEXOS

ANEXO A – QUADROS DEMONSTRATIVOS DO PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Código	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Instituição	Departamento Regional do SESC	Departamento Regional do SESC	Mercado atacadista	Empresa de Consultoria	Empresa de hotelaria	Secretaria Municipal de Saúde (capital)
Cargo	Direção de Programas Sociais	Coordenação de Saúde	Chefe Administrativa	Chefe Administrativa	Gerente Geral	Coordenação do Programa de Prevenção e Controle às DST/Aids
Tempo no Cargo	2 anos e 1/2	14 anos e 1/2	7 anos e 1/2	4 anos	12 anos	1 ano e 1/2
Tempo de trabalho na Instituição	14 anos	15 anos	8 anos	4 anos	12 anos	7 anos (há 3 no Programa)
Graduação	Especialização em Gestão de Organizações Sociais	Especialização em Serviço Social e Política Social/ Especialização em Saúde Pública	Especialização em Gestão Empresarial	Especialização em Gestão de Pessoas	Ensino Médio	Especialização em Docência do Ensino Superior / MBA em Gestão de Pessoas (em curso)
Formação profissional	Biblioteconomia	Serviço Social	Contabilidade	Administração	_	Psicologia

Quadro A1: Caracterização do Grupo de Gestores quanto à formação profissional, cargo e instituição de procedência

Código	T1	T2
Instituição	Departamento Regional do SESC	Secretaria Municipal de Saúde (município de médio porte)
Cargo	Técnica Especializada	Assistente Social – Vigilância Epidemiológica e Programa de Prevenção às DST/Aids
Tempo no Cargo	4 anos e 1/2	2 anos
Tempo de trabalho na instituição	4 anos e 1/2	15 anos
Graduação	Especialização em Gestão e Controle Social das Políticas Públicas	Especialização em Gestão e Controle Social das Políticas Públicas
Formação profissional	Serviço Social	Serviço Social

Quadro A2: Caracterização do Grupo de Técnicos quanto à formação profissional, cargo e instituição de procedência

Código	AM1	AM2	AM3	AM4
Instituição	Empresa de limpeza urbana	Mercado Atacadista	Empresa de hotelaria	Empresa de hotelaria
Cargo	Analista de Gestão de Pessoas	Analista de Recursos Humanos	Recepcionista	Segurança
Tempo no Cargo	3 anos	8 anos	3 anos e 2 meses	11 anos
Tempo de trabalho na Instituição	5 anos	8 anos	4 anos e 7 meses	11anos
Graduação	MBA em Gestão de Pessoas	Ensino Médio	Superior incompleto (Serviço Social)	Ensino Médio
Formação profissional	Tecnólogo em Gestão de Pessoas	Contabilidade	Técnico Agrícola	-
Tempo como AM	3 anos	4 anos	3 anos	4 anos

Quadro A3: Caracterização do Grupo de Agentes Multiplicadores quanto à formação profissional, cargo e instituição de procedência

ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Comitê de Ética em Pesquisa



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Ação intersetorial para a criação de ambientes saudáveis – percepções, dinâmicas e configurações: a mediação para a promoção da saúde a partir da educação em saúde no SESC**, que tem como objetivo central analisar as estratégias de mediação e articulação intersetorial do projeto *Transando Saúde* da Atividade Educação em Saúde do SESC, explorando os fatores implicados na sustentabilidade de iniciativas de promoção da saúde.

Esse convite é para que você participe como entrevistado, concedendo-nos um depoimento relativo à sua atuação no referido projeto, a ser gravado a fim de facilitar sua posterior análise, segundo os objetivos da pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Fundação Oswaldo Cruz, nem comprometerá os vínculos já estabelecidos com as instituições participantes do projeto

Não existem riscos relacionados com sua participação, pois, como pesquisadora responsável, asseguro o sigilo tanto em relação à sua identidade quanto em relação a toda informação e/ou opinião expressa durante os encontros realizados. A confidencialidade das informações obtidas através dessa pesquisa e o sigilo sobre sua participação estão assegurados em qualquer ocasião ou forma de divulgação dos dados, empregando-se nomes fictícios quando necessário descrever falas e/ou opiniões das pessoas participantes ou descrever características do local onde a pesquisa se realiza. Após a transcrição dos depoimentos gravados as fitas serão destruídas.

Firmo o compromisso de uso dos dados e informações unicamente para a pesquisa e divulgação de trabalhos técnico-científicos e coloco à disposição os resultados do estudo no endereço institucional indicado neste documento.

O benefício relacionado com a sua participação é auxiliar profissionais de saúde pública para a construção de um conhecimento que possibilite intervenções intersetoriais mais eficazes para a criação de ambientes saudáveis.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do Conselho de Ética em Pesquisa (CEP/ ENSP) podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Cláudia Márcia Santos Barros
End.: Av. Leopoldo Bulhões, 1480 sala 707
Manguinhos – Rio de Janeiro
Tel.: 2598-2700

Conselho de Ética em Pesquisa
End.: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 sala 314
Manguinhos – Rio de Janeiro
Tel.: 2598-2863

Se você concorda em participar, preencha os espaços abaixo:

Eu _____, declaro que li o texto acima e que fui orientado(a) de forma a entender os objetivos, condições, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa, estando ciente da liberdade de recusar ou interromper minha colaboração durante a investigação, sem que isso represente ônus de qualquer espécie, e concordo em participar.

Local e data: _____

Sujeito da pesquisa

Pesquisador

ANEXO C – ROTEIROS DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL PARA A CRIAÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS – PERCEPÇÕES, DINÂMICAS E CONFIGURAÇÕES: Estudo de caso sobre a mediação intersetorial para a Promoção da Saúde a partir da Educação em Saúde no SESC

Mestranda: Cláudia Márcia Santos Barros
Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTORES E TÉCNICOS)

Dados de identificação do entrevistado:

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade:

Graduação:

Formação profissional:

Instituição:

Cargo:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo no cargo:

1. Gostaria de começar esta entrevista conhecendo um pouco a respeito do que você pensa com relação a alguns conceitos relacionados ao Projeto *Transando Saúde*: na sua opinião, o que é saúde?
2. Para você, o que é promoção da saúde e qual a sua importância?
3. Na sua forma de pensar, o que é educação em saúde e qual a sua importância?
4. Na sua opinião, o que é trabalho intersetorial e qual a sua importância?
5. Fale um pouco sobre a decisão de implantar o Projeto *Transando Saúde*. Como foi?
6. De quem foi a iniciativa de realização do projeto?
7. A concordância com a proposta foi imediata? Houve resistência? Quais? De quem? Por quais motivos?
8. Como você analisa essa situação?
9. Por que você aceitou essa proposta? Quais as vantagens e desvantagens dessa aceitação?
10. Qual o objetivo da adoção do enfoque intersetorial? Comente um pouco sobre isto.

11. Quais os aspectos que considera de fundamental importância para a implantação do trabalho intersetorial?
12. O que orientou a decisão sobre os espaços de atuação? Quem participou dessa decisão?
13. Foram definidos objetivos e metas? Como foram definidas as estratégias?
14. Como se dá a participação de outras instituições e setores municipais no planejamento e acompanhamento das ações do projeto?
15. Você acha que a articulação intersetorial está funcionando? Por quê?
16. O que você percebe de positivo e de negativo nesse processo de articulação intersetorial que vem sendo concretizado?
17. Quais são as ações interssetoriais desenvolvidas pelo projeto *Transando Saúde*? Conte um pouco sobre isso.
18. De que forma outras instituições e setores municipais participam do projeto?
19. Como você analisa o atual estágio de implementação das ações? Caminhou? Por quê?
20. Quais os resultados até o momento?
21. Quais os fatores que facilitam ou dificultam o desenvolvimento dessas ações?
22. Como você acha que as dificuldades podem ser enfrentadas?
23. Na sua opinião, o trabalho contribui para a criação de ambientes saudáveis? De que maneira?
24. Como você entende o papel da educação em saúde no projeto *Transando Saúde*?
25. Como são organizadas as ações de capacitação? Quem participa do desenho da programação?
26. Como se dá a participação dos agentes multiplicadores?
27. Qual é a sua avaliação sobre a sustentabilidade das ações?
28. Na sua opinião, quais são os requisitos necessários para o desenvolvimento do projeto *Transando Saúde*?
29. Você teve alguma experiência ou formação anterior relacionada à educação em saúde e/ou promoção da saúde? Qual(is)?

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Título do Projeto: AÇÃO INTERSETORIAL PARA A CRIAÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS – PERCEPÇÕES, DINÂMICAS E CONFIGURAÇÕES: Estudo de caso sobre a mediação intersetorial para a Promoção da Saúde a partir da Educação em Saúde no SESC

Mestranda: Cláudia Márcia Santos Barros
Orientadora: Maria de Fátima Lobato Tavares

ROTEIRO DE ENTREVISTA (AGENTES MULTIPLICADORES)

Dados de identificação do entrevistado:

Nome:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade:

Graduação:

Formação profissional ou Centro de formação:

Instituição:

Cargo:

Tempo de trabalho na instituição:

Tempo no cargo:

Tempo de atuação como multiplicador do projeto *Transando Saúde*:

1. Gostaria de começar esta entrevista conhecendo um pouco a respeito do que você pensa com relação a alguns conceitos relacionados ao Projeto *Transando Saúde*: na sua opinião, o que é saúde?
2. Para você, o que é promoção da saúde e qual a sua importância?
3. Na sua forma de pensar, o que é educação em saúde e qual a sua importância?
4. Na sua opinião, o que é trabalho intersetorial e qual a sua importância?
5. Como se deu o processo de implantação do projeto *Transando Saúde* nesta empresa? Conte um pouco sobre isso.
6. Por que você se interessou em se capacitar para implantar o projeto na sua empresa? O que contribuiu para você tomar essa decisão?
7. Quais as vantagens e desvantagens dessa decisão?
8. Quem participou da elaboração da proposta inicial a partir da capacitação?
9. A concordância com a proposta foi imediata? Houve resistência? Quais? De quem? Por quais motivos?

10. Como você analisa essa situação?
11. Qual o objetivo da adoção do enfoque intersetorial? Comente um pouco sobre isto.
12. Quais os aspectos que considera de fundamental importância para a implantação do trabalho intersetorial?
13. Foram definidos objetivos e metas? Como foram definidas as estratégias?
14. Você acha que a articulação com o SESC e demais instituições participantes está funcionando? Por quê?
15. Quais os resultados até o momento?
16. Quais são os limites e as possibilidades dessa articulação intersetorial?
17. Como você acha que as dificuldades podem ser enfrentadas?
18. Conte um pouco a respeito das práticas desenvolvidas nesta empresa relacionadas ao projeto *Transando Saúde*.
19. De que forma outras instituições e setores municipais participam do projeto?
20. O que você percebe de positivo e de negativo nesse processo de trabalho?
21. Como você analisa o atual estágio de implementação das ações? Está funcionando? Caminhou? Por quê?
22. Quais os fatores que facilitam ou dificultam a operacionalização do projeto?
23. Na sua opinião, o projeto *Transando Saúde* contribui para a criação de um ambiente saudável? De que maneira?
24. Como você entende o papel da educação em saúde no projeto *Transando Saúde*?
25. Como é a sua atuação no projeto?
26. Como são organizadas as ações de capacitação? Quem participa do desenho da programação?
27. Qual é a sua avaliação sobre a sustentabilidade das ações?
28. Na sua opinião, quais são os requisitos necessários para o desenvolvimento do projeto *Transando Saúde*?
29. Você teve alguma experiência ou formação anterior relacionada à educação em saúde e/ou promoção da saúde? Qual(is)?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)