

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

*Misia Trindade Lima*

Vice-Presidente de Educação,  
Informação e Comunicação

*Manoel Barbal Neto*

EDITORA FIOCRUZ

Director

*Manoel Barbal Neto*

Editor Executivo

*Júlio Carlos Canossa Mendes*

Editores Científicos

*Carlos Machado de Freitas*

*Gilberto Hochman*

Conselho Editorial

*Denise Valle*

*Joel Roberto Lapa e Silva*

*Kenneth Rachel de Camargo Jr*

*Ligia Maria Vieira da Silva*

*Marcos Curo*

*Maria Cecília de Sousa Minguço*

*Martila Santini de Oliveira*

*Moisés Galbaum*

*Rafael Linden*

*Ricardo Ventura Santos*

Organização do Cuidado  
e Práticas em Saúde  
abordagens, pesquisas e experiências de ensino

Marilene de Castilho Sá  
Maria de Fátima Lobo Tavares  
Marismary Horsth De Seta  
Organizadoras

Copyright © 2018 dos autores  
Todos os direitos desta edição reservados à  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ / EDITORA

Revisão

*Augusta Assille*

*M. Cecilia G. B. Moreira*

*Mylène Pinna*

Normalização de referências

*Clarissa Braso*

Capa e projeto gráfico

*Carlota Rios*

Edição

*Paulo Vernebo*

Produção editorial

*Phelype Gasquet*

Imagem de capa

*a partir de Gustavo Klimt, 'Luz e Vida' (Árvore da vida), óleo sobre tela, 1909*

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S1110

Sá, Marlene de Carvalho (Org.)

Organização do cuidado e práticas em saúde: abordagens, pesquisas e experiências de  
casos / organizado por Marlene de Carvalho Sá, et al. — Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.  
406 p. : il. color. ; graf. ; tab.

ISBN: 978-85-7541-624-2

1. Assistência à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4.  
Sistema Único de Saúde. 5. Gestão em Saúde. 6. Medicalização. 7. Atenção Primária à Saúde.  
8. Serviços Terceirizados. 9. Eficiência. 10. Enfermagem. 11. Brasil. I. Tavares, Márcia de  
Fátima Lourenço (Org.). II. De Seta, Maristany Horvath (Org.). III. Título.

CDD - 72 ed. - 362.10425

2018

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036 - 1º andar - sala 112 - Marquinhos

21040-361 - Rio de Janeiro - RJ

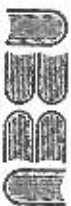
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br

Editora filiada



ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA  
DE EDITORES DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

A Walter Mendes, querido colega, cuja trajetória acadêmica e na  
gestão nos inspira a seguir lutando, com docura e determinação,  
pela qualidade do cuidado nos serviços públicos de saúde

- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1995.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: FOUCAULT, M. *Ética, Sexualidade e Política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.
- FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006b.
- HECKERT, A. L. C. Escola como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de ensino? In: PINHEIRO, R. & MAJITOS, R. A. (Orgs.). *Razões Políticas para a Integridade em Saúde: o cuidado como saber*. 1. ed. v. 1. Rio de Janeiro: Abrisco, Capes, 2007.
- LUZ, M. T. *Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva: estado sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- MANGROTI, P.; GRELET, S. & POTTJE-BONNEVILLE, M. Um político de (hé)risie (entrevista avec Isabelle Stengers). *Vacance*, 19, 2002. Disponível em: <http://vacance.eu.org>. Acesso em: 2002.
- MATURANA, H. Ontologia do conversar. In: MATURANA, H. et al. (Orgs.). *A Ontologia da Realidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2001.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Textos do Projeto-Piloto VERTUS Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- TEIXEIRA, R. R. *As Redes de Trabalho Afetivo e a Contribuição da Saúde para a Emergência de uma outra Concepção de Público*. Disponível em: <http://www.corposcm.org/jornal/redesatvial.htm>. Acesso em: 20 out. 2003.
- VEYNE, P. M. *Como se Escreve a História*. Brasília: Editora UNB, 1998.

## Produção do Cuidado: há espaços para a promoção da saúde?

Marco Akerman  
Dais Gonçalves Rocha

### Falta e Esperança

Certa vez, em um painel onde estavam secretários municipais de saúde de dois municípios paulistas e um mineiro, os gestores se depararam com a seguinte pergunta vinda do público que assistia ao debate: "quanto do seu tempo você se dedica à assistência e quanto à promoção?".

A resposta foi unânime: em torno de 95% do tempo era dedicado a questões relacionadas com a assistência direta aos usuários e quase nada à promoção da saúde. Havia muitas queixas de falta de medicamentos, falta de profissionais, falta de exames, dificuldades de acesso a serviços especializados etc. que lhes tomavam o tempo de maneira quase integral. Nunca haviam ouvido a queixa de que faltava "promoção da saúde" nos serviços que estavam sob suas responsabilidades.

Para Lacan (apud Dutra, 2005), a falta é central para o trabalho na psicanálise em seu empenho de desvelar objetos de desejos. Há um desejo secreto e talvez uma necessidade contemporânea de que a prática clínica seja mais permeável às práticas promocionais.

A promoção não é um objeto pleno. Objetos plenos não existem. Pretendamos chamar a atenção para o fato de que a falta pode desencadear desejos. F, com isso, nos permitiremos empreender um trabalho necessário à associação da falta com

um concreto de objeto inéduo. É muita pretensão a nossa, pois objeto inéduo não existe, apenas se anuncia como esperanças.

Diante do nosso tempo, brasileiro e mundial, esperanças são dispositivos que precisam constar de nosso arsenal. José Saranago, nosso Nobel português, nos legitima ao dizer que: "há esperanças que é loucura ter. Pois eu digo-te que se não fossem essas já eu teria desistido da vida" (Saranago, 1995).

Não temos a ilusão de que esgotaremos o tema da promoção da saúde na atenção ao usuário, que pretendemos aqui discutir. Vamos, apenas, indicar possibilidades. Para isso, sinalizaremos sucintamente disputas de conceitos, métodos, recursos, instrumentais e práticas.

### Primeira esperança: clínica e promoção não estão em oposição

Há dez anos Onocko Campos (2005: 62), inspirada nas reflexões do "dilema preventivista de Arouca" e nas lições de Luz sobre o "abandono da clínica" na "razão médica e a racionalidade científica", perguntava: "Qual é a razão para mantermos separadas até hoje a promoção e a clínica?".

Em consonância com Buss e Carvalho (2009: 64), a referida autora considerava que, nos anos de 1990, "em todo o Brasil, a expansão do Programa Saúde da Família trouxe um sopro de ar novo para o tema da promoção, pois as equíparas têm seus objetivos básicos declarados promover a saúde".

Contudo, a despeito do avanço do marco legal e instrumental da promoção da saúde no Brasil nos últimos 11 anos, o grau de incipiência da realização das ações de promoção da saúde a partir da Atenção Básica tem-se evidenciado em diversos estudos (Teixeira *et al.*, 2014; Medina *et al.*, 2014; Carril, Dias & Frora, 2012; Silva, 2008).

Retornamos o convite de Onocko Campos (2006: 72) para "saír da dicotomia clínica-promoção, e colocar-nos no intermediário, no entre, que é a posição que nos estimula a estar em contato". Transitando por diferentes territórios da Atenção Básica/Primária à Saúde (AB/APS), em diferentes contextos nacionais e internacionais, temos nos perguntado: como disputar a agenda técnico-política desses serviços tradicionalmente estruturados e voltados para o modelo queixa-conduca?

Nesse caminho, nos ajuda Machado de Assis (1881), com um trecho de seu livro *Memórias Póstumas de Brás Cubas*:

A segunda pessoa era um parente de Virgília, o Viegas, um carregalho de setenta invernos, chupado e amarelado, que padecia de um reumatismo teimoso, de uma asma não menos teimosa e de uma lesão de coração: era um hospital concentrado. *Os olhos, porém, faziam de muita vida e saúde.* (Machado de Assis, [1881]1994: 74, destaques nossos)

Aqui, como nos convidou Onocko Campos a refletir, não há dicotomia entre clínica e promoção, há um *entre*, que seria a potência e o desejo do sujeito, neste aparente paradoxo indicado por Machado de Assis.

Nessa perspectiva, a aplicabilidade do olhar e do instrumental da promoção da saúde "dentro" dos serviços de saúde e "no plano da clínica" implicaria, necessariamente, a "ampliação das estratégias do cuidado a partir do entendimento que o sujeito e o adocimento se produzem no entrecruzamento dos planos biológico, social e subjetivo" (Pusche & Hennington, 2005: 37).

Abre-se então nossa primeira esperança, ao não mais dialogarmos com o falso dilema entre clínica e promoção no encontro singular entre cuidador e usuário. A promoção não está em oposição à clínica e representa a potência da vida e a singularidade das distintas manifestações de luz nos olhos de cada um.

### Segunda esperança: VIII CNS e Ottawa anunciaram possibilidades

Em 1986, respectivamente, em março e novembro, aconteceram duas conferências importantes para o debate que aqui estamos travando: a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em Brasília, promovida pelo Ministério da Saúde do Brasil, e a 1ª Conferência Global de Promoção da Saúde, em Ottawa, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Ambas cúpulas de governo tinham como objetivo propor mudanças para as políticas públicas em geral, e, em particular, para o setor Saúde (Brasil, 1986; WTIO, 1986). Muitas foram essas propostas, e aqui nos interessam aquelas que encontraram nos serviços de saúde oportunidades para se promover saúde.

No Relatório Final da VIII CNS afirma-se que "Direito à saúde significa a garantia (...) a serviços de promoção (...) a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade" (Brasil, 1986: 4). Nessa afirmação, anuncia-se a segunda esperança, qual seja, abrir espaços para a promoção na produção do cuidado. Mas isso não se

dá automaticamente ou apenas por deliberação de uma conferência. Há que se operar essa possibilidade sob outras bases de reorganização dos serviços. Na Carta de Ottawa há algumas pistas:

O papel do setor Saúde deve mover-se, gradualmente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos e de urgência. Os serviços de saúde precisam adotar uma *postura abrangente*, que perceba e respeite as peculiaridades culturais. Esta postura deve apoiar as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor Saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. A reorientação dos serviços de saúde também requer um esforço maior de pesquisa em saúde, bem como mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área da saúde. Isto precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. (WHO, 1986: 3, destaques nossos)

Essas outras bases, novo conjunto de esperanças, não se restringem à atuação endógena aos serviços e pressupõem: (1) implementar mudanças gradualmente; (2) escutar e respeitar singularidades dos usuários e dos territórios; (3) enfocar muito mais necessidades do que demandas, ampliando ofertas; (4) criar porosidades com outros setores; (5) indagar continuamente sobre o que se faz, incluindo perspectivas para o exercício de pesquisas; (6) repensar que profissionais da saúde são necessários e demonstrar para as instituições de ensino a importância desses profissionais.

Essa reorientação pode, também, ampliação do olhar clínico, uma vez que tanto a VIII CNS quanto a Carta de Ottawa instaram países, populações e profissionais a operarem, em suas práticas, com dimensões mais ampliadas do conceito de saúde. Nesse sentido, sugerem-se movimentos que transitam do polo biomédico, ancorado em modelos de fatores de risco, passando pelo modelo baseado em comportamento de risco, chegando até o polo ecossistêmico/socioambiental, inspirado no modelo de condições de risco.

No Quadro 1, mostramos esses três modelos e como o trânsito entre eles indicaria um possível processo de ampliação do olhar clínico, tomando como exemplo as doenças cardíacas.

Quadro 1 – Três perspectivas possíveis de cuidado sendo como base comum as doenças cardíacas

Perspectivas/ Etapas DIAGNÓSTICAS	MODELO DE FATORES DE RISCO (BIOMÉDICO)	MODELO DE COMPORTAMENTO DE RISCO (COMPORTAMENTAL)	MODELO DE CONDIÇÕES DE RISCO (SOCIOAMBIENTAL OU ECOSISTÊMICO)
Causas	Hipertensão, história familiar, hipercolesterolemia	Estilo de vida, tabagismo, dieta, estresse, falta de atividade física	Condições de vida, isolamento social, falta de suporte social, condições de trabalho
Dados	Pressão sanguínea, níveis de colesterol	Taxas de fumantes, gordura na dieta, níveis de atividade física	Rede de suporte social, níveis de estresse no trabalho e no lar
Tratamento	Drogas, dietas pobres em sal e gorduras	Abandono do fumo, exercícios dieta, técnicas de relaxamento	Mudanças em políticas, desenvolvimento comunitário, suporte social

As causas, dados e formas de tratamento variam entre os três modelos, denotando uma mudança de perspectiva que evolui das causas das doenças (fatores de risco) para a causa da distribuição das doenças ante distintas condições de risco (determinação social).

O terceiro modo de olhar clínico (baseado em condições de risco) abre mais uma esperança de a produção do cuidado ter um lugar para a promoção da saúde, que se identificaria mais com a determinação social do que com a prevenção de danos e comportamentos de risco (modelos biomédico e comportamental), dialogando de maneira complementar com a definição de promoção da saúde inserida na Política Nacional de Promoção Saúde (PNPS) brasileira:

um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasectorial e intersectorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de

vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Brasil, 2015: 7)

### Terceira esperança: promoção na integralidade como apreensão ampliada e prudente das necessidades

Martos (2004: 1.414) refere sobre os sentidos da integralidade. Aponta três conjuntos de sentidos: (1) acesso universal a todos os níveis de cuidado; (2) articulação entre assistência e prevenção; e (3) "apreensão ampliada e prudente das necessidades de ações e serviços de saúde".

Promoção é diálogo, é encontro intersubjetivo, é captação sensível das necessidades singulares dos sujeitos. Nas palavras de Martos (2004: 1.414):

Defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos. Práticas intersubjetivas envolvem necessariamente uma dimensão dialógica. Isso confere às práticas de saúde um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nossos conhecimentos para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos por em prática (incluindo ações como o aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apresentamos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sincronizada com o contexto específico de cada encontro.

No primeiro sentido, garante-se o direito à atenção à saúde, no segundo, evita-se que assistência e prevenção se fragmentem, aconteçam em momentos distintos. Mas seria no terceiro sentido que talvez a promoção encontraria o seu espaço, quando Martos (2004: 1.414) "caracteriza a integralidade como a apreensão ampliada das necessidades e a habilidade de reconhecer a adequação da oferta ao contexto específico da situação no qual se dá o encontro do sujeito com a equipe de saúde". Promover saúde é, também, uma apreensão ampliada, prudente e singular das necessidades em saúde: "medidas certas", receitas não funcionam.

Rozenberg e Minayo (2001: 115) reforçam a ideia segundo a qual uma apreensão prudente de uma necessidade singular de uma usuário amplia a possibilidade de cuidado para além do biomédico, removendo obstáculos que a impediçam de usufruir a potência de sua vida:

a expectativa inicial de diagnóstico e intervenção puramente biológicos foi modificada através de um único atendimento que teve a função terapêutica de ampliar a compreensão da experiência para fora dos limites de uma "objetivação científica", e o processo de cura acabou tendo seu ponto de resolução no nível jurídico. O fato de o reconhecimento de outras ordens de determinação na doença deste paciente ter ocorrido no espaço do atendimento médico pode ter concorrido para sua mudança de atitude frente a si mesma e à comunidade, e consequente cura, com base no respaldo oferecido pela grande força simbólica da consulta médica na legitimação de um novo papel social que ela passou a exercer.

Assim, abre-se outra esperança: a promoção se firma com a integralidade, não como forma de governo sobre a vida dos outros (Foucault, 2008), mas como ampliação da nossa capacidade coletiva de cuidar, na liberação criativa de matizes promocionais e na singularização radical da nossa ação promocional.

### Quarta esperança: a PNPS brasileira abre passagem

Ao analisarmos a trajetória da institucionalização da promoção da saúde no SUS (Malra *et al.*, 2016; Rocha *et al.*, 2014; Silva & Baptista, 2014; Buss & Carvalho, 2009), é possível identificar os marcos dos avanços e recuos de dispositivos indutores, a partir do gestor federal do SUS, para implementação da promoção da saúde no cotidiano dos serviços.

Para refletir sobre a caminhada da PNPS, que completou 10 anos em 2016, foi organizado um número temático da *Revista Ciência e Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Minayo e Gualhano (2016, destaque nosso) pontuam na apresentação dessa publicação que

A leitura dos textos aqui publicados ajuda a *regular a ideia* de que a proposta de promoção da saúde, dada sua amplitude e complexidade, não tem como ser operacionalizada nos espaços micropolíticos das unidades de saúde, das escolas e dos territórios. Ao contrário, os autores reforçam a potencialidade das práticas que constroem respostas para o perfil epidemiológico das sociedades contemporâneas, em que a maioria das doenças e agravos estão associados a processos sociais e culturais que exigem, para sua superação, o envolvimento das comunidades e das pessoas.

Na PNPS de 2014 estavam previstos o tema transversal *rede de atenção à saúde (RAS)* e os eixos operacionais *produção de saúde e cuidado*. Propôs-se, ainda, entre os seus objetivos específicos: “estimular a promoção a saúde como parte da integralidade do cuidado da Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais redes de proteção social” (Brasil, 2014: 11). Para alcançar esse objetivo apresentaram-se as diretrizes II e VII:

II - O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social;

VII - A incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais (...).

Em uma publicação sobre os 20 anos da Estratégia Saúde da Família no Brasil, sinalizamos que a

“diversidade do cuidado” mostra a necessidade de compreender o lugar da promoção da saúde na formação de redes integradas de atenção à saúde e de compartilhar possibilidades de diálogo com fases do ciclo de vida escutando vozes femininas no climatério e analisando redes sociais de idosos. E até se tocam quando olham para doenças como o câncer do colo do útero e a hipertensão arterial. (Rocha & Akerman, 2014: 722)

A visão sobre a RAS que predomina na atualidade foi oficializada na portaria do Ministério da Saúde n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Nessa portaria, define-se que as “Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

As RAS, ainda, têm sido apresentadas de forma temática (Redes Cegonha; de Atenção Psicossocial; de Atenção às Urgências e Emergências; de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas; de Cuidado à Pessoa com Deficiências), e o modelo de atenção às condições crônicas (MACC) (Opas & CNS, 2013; Mendes, 2011) tem orientado a estruturação e organização das RAS no território brasileiro. Com a aplicação do MACC à AB/APs, propõe-se a “estruturação de

cinco níveis de intervenções de saúde sobre seus determinantes e suas populações a partir da qual se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato” (Brasil, 2013: 12).

A promoção da saúde é situada no nível I de intervenção, abrangendo a população geral e focando os “determinantes sociais intermediários”. Define-se que esses determinantes são “os macrodeterminantes, condições de vida e de trabalho, o acesso nos moldes dos serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias. Nesse nível se propõem as intervenções de promoção da saúde para a população total, realizadas por meio de ações intersetoriais” (Brasil, 2013: 14).

No âmbito da AB/APs, que tem a atribuição de ser ordenadora da rede e coordenadora do cuidado para a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas, a promoção da saúde foi considerada “ação estratégica”. Para isso, está previsto que

A articulação intersetorial com os demais equipamentos sociais do território (escolas, associações de moradores, igrejas) e as lideranças comunitárias é essencial para o desenvolvimento de estratégias conjuntas que impactem positivamente nas condições determinantes da saúde da população. (Brasil, 2013: 15)

Destacamos como aspecto favorável desse referencial do MACC aplicado à AB/APs a distinção clara entre as ações de prevenção e as de promoção. Essa distinção nem sempre é observada nas publicações sobre a caracterização da visão e ações de promoção da saúde nas equipes Saúde da Família no território brasileiro. No entanto, com base nas definições anteriormente apresentadas, constatamos que, nesta concepção das RAS, uma vez mais, exclui-se a promoção da saúde do escopo das atribuições clínicas das equipes de saúde.

Oliveira (2016) alerta sobre as implicações de esse modelo RAS fortalecer a “clássica dicotomização entre crônico versus agudo, que tem incidido fortemente sobre a dicotomização entre demanda não programada e programada na organização do processo de trabalho das equipes de saúde”.

O autor também identifica alguns obstáculos para a coordenação do cuidado em rede: desresponsabilização pela construção e segurança do itinerário de cuidado dos usuários pelos serviços e equipes; descontinuidade de vínculo; insegurança das práticas assistenciais; ausência ou inconsistência na sequência de cuidados.

A partir dessas reflexões compartilhadas, indicamos “janelas de oportunidades para a PNPS” constituir nossa quarta esperança de se estabelecer um compromisso ético de responsabilização pelo itinerário de cuidado integral de sujeitos e coletivos. Para tal, retomamos a diretiz III da portaria das RAS (Brasil, 2010) e as estratégias previstas:

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde – Estratégias: organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo rede de compromisso e corresponsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais; incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações; implantar apoio matricial na dimensão regional.

### Quinta esperança: a lente da equidade mostra alguns caminhos na produção do cuidado

Na nova PNPS, a promoção da equidade em saúde, além de ser o primeiro princípio intencionado, aparece como primeira missão da política. Esse fato se destaca, por exemplo, quando se comparam os objetivos gerais das duas políticas:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. (Brasil, 2006)

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a *potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.* (Brasil, 2014: 11, destaques nossos)

A partir do reconhecimento da centralidade da equidade nas proposições da PNPS de 2014, destacamos algumas iniciativas que aplicam a lente da equidade na interface promoção da saúde e clínica. Algumas experiências brasileiras, citadas

a seguir, indicam possibilidades do mapeamento da vulnerabilidade para além dos riscos de morrer ou de agravamento do adoecer.

Coimbra (2011), com base no pressuposto de que adoção de instrumentos de avaliação de risco é estratégica na organização do acesso equânime dos usuários, descreve a experiência de implementação de uma ficha de equidade para garantir a manutenção da saúde bucal dos indivíduos, com ênfase nos mais vulneráveis:

nós resolvemos transformar essa experiência, que foi reunião desse livro, em equipe, para os agentes comunitários falarem, trazer esse livro de espera e começar a pensar em critérios para transformar em algo com equidade, colocando ele por ordem de necessidade e não por ordem de chegada. E colocamos isso no papel e isso virou um artigo e a gente conseguiu a premiação [Mostra Nacional de Saúde da Família]. (Souza *et al.*, 2012: 7)

a primeira pessoa que estava no livro preto, ela foi classificada em 151 na hora que a gente aplicou o instrumento, ou seja, nem sempre quem procura é a [pessoa] que mais precisa. E outros detalhes: aquele que mais precisa, muitas vezes, ele não sabe que precisa, ou as necessidades dele são tão primárias, são tão básicas, que ele corre atrás do leite do filho e não das condições para tratar do dente. Então a ideia foi essa. (Souza *et al.*, 2012: 7)

Médicos e enfermeiros das unidades de saúde familiar em Portugal (Souza *et al.*, 2012) incluíram no seu protocolo de atenção o estímulo à leitura nas consultas voltadas para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Eles consultam com pais e/ou responsáveis um material impresso bastante atrativo que demonstra que tipo de material de leitura a criança já está apta a usufruir em cada fase do desenvolvimento. Essa iniciativa resulta de uma parceria intersetorial entre os ministérios da Saúde e da Cultura de Portugal a partir das evidências do quanto a leitura contribui para o desenvolvimento pleno da criança, seja na sua trajetória de vida e no sucesso do processo de escolarização.

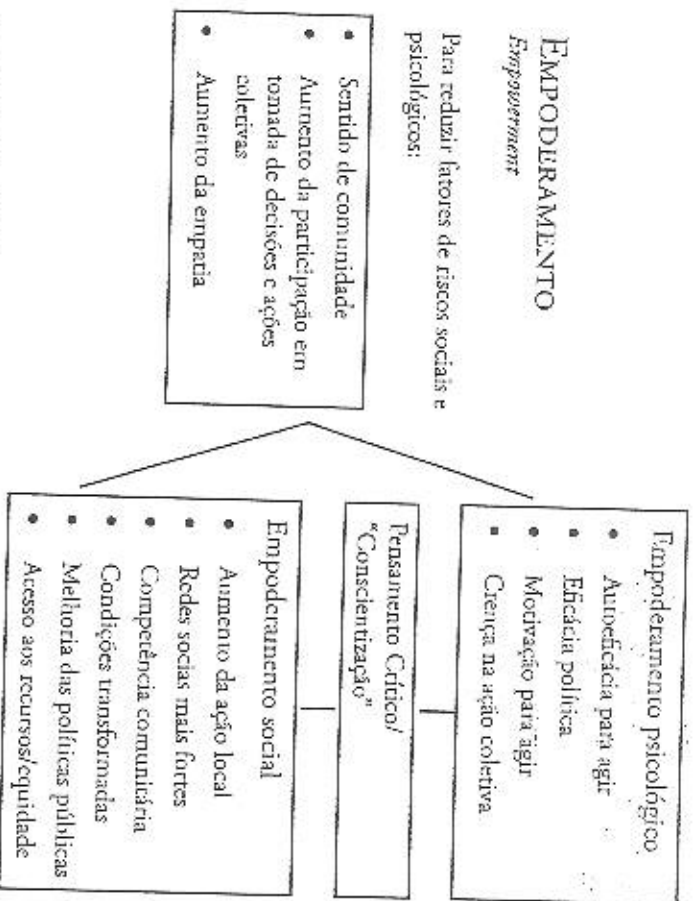
Essas experiências diferem enormemente das iniciativas que investem tão somente no autocuidado (Opat & Conass, 2013) ou empoderamento individual (Mulla & Mehy, 2010) por meio dos serviços da AB/APS. Resgatamos aqui o conceito de empoderamento como um dos eixos estruturantes da promoção da saúde. Carrvalho e Gasuldo (2008) ratificam essa visão e reconhecem os avanços trazidos pela abordagem socioambiental de promoção da saúde e pela determinação social do processo saúde-doença. Os promotores de saúde que



actuam com essa visão ampliada da promoção, e, não centrados na abordagem comportamental ou promoção de estilos de vida saudável, têm liderado as iniciativas de concretização do princípio do empoderamento.

Na Figura 1, evidenciamos os avanços do conceito de empoderamento observados desde os anos 1990.

Figura 1 – Empoderamento



Fonte: Wallerstein, 1992: 201.

O empoderamento social, sob grande influência de Paulo Freire, seria uma abordagem mais potente (e não excluyente do empoderamento psicológico) para enfrentar as estruturas de poder e desigualdades por meio da legitimação de grupos marginalizados de rompimento de barreiras que impediam a construção plena de uma vida saudável. Essa abordagem propõe superar as estratégias de culpabilização dos indivíduos e a construção hierárquica de conhecimento e avançar para a co-gestão do conhecimento e, por consequência, também da saúde e da produção do cuidado. A partir do momento que o empoderamento social

reconhece as iniquidades da distribuição dos serviços e do poder na sociedade, serve à politização do debate sobre saúde e abre espaço para a promoção da saúde como dispositivo para o questionamento da ordem vigente da produção do cuidado.

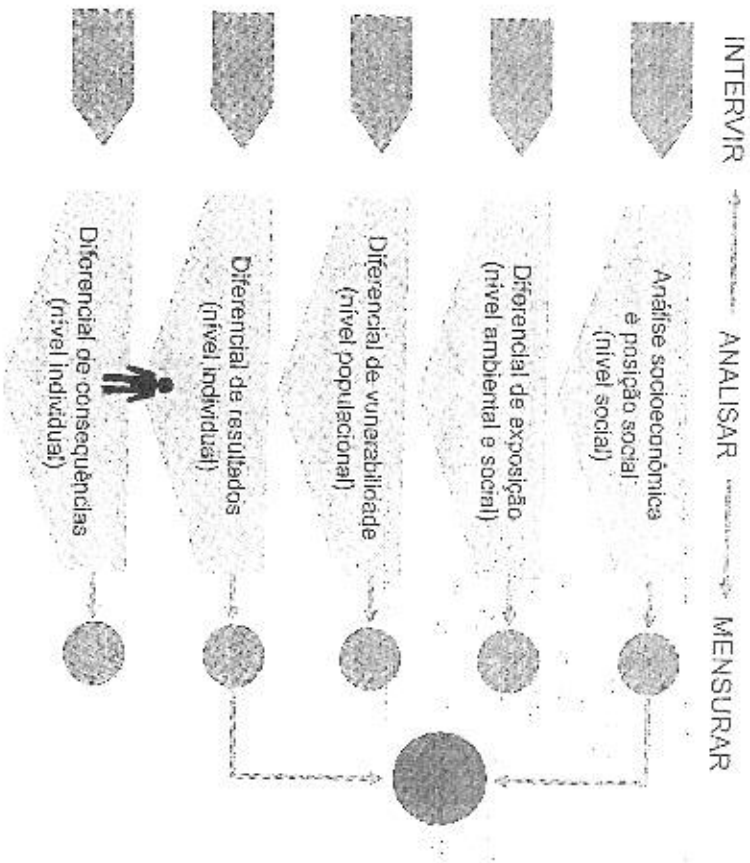
**Sexta esperança: os projetos terapêuticos singulares baseados na abordagem dos determinantes sociais da saúde**

Oliveira (2010: 94) define projeto terapêutico singular (PTS) como “um movimento de coprodução e de co-gestão dos processos terapêuticos de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidades”. Atrair sobre vulnerabilidades implica colocar em foco determinações sociais que serão expressas pelas pessoas e pelos coletivos nas suas relações com o mundo e nos seus contextos e posições sociais (Oliveira, 2010). Nesse sentido, enfrentar vulnerabilidades implica analisar diferenciais dos contextos singulares dos indivíduos e dos coletivos envolvidos.

Abre-se, então, outra esperança, a de se conectar a promoção com o cuidado, ao se trazer para o encontro entre usuários e equipes de saúde o modelo de Blas e Kurup (2010), que aplica projetos terapêuticos singulares baseados na abordagem dos determinantes sociais da saúde (DSS).

Na lógica desse modelo (Figura 2), os projetos terapêuticos são construídos a partir da (1) análise socioeconômica e da posição social dos usuários em questão (nível social); (2) diferencial de exposição (nível ambiental e social); (3) diferencial de vulnerabilidade (nível populacional); (4) diferencial de resultados (nível individual I); e (5) diferencial de consequências (nível individual II).

Figura 2 – Modelo de intervenção baseado nos determinantes sociais da saúde para a produção de projetos terapêuticos singulares



Fonte: Blas e Kurup, 2010: 7.

Para cada nível, a análise deve como objetivo estabelecer e documentar:

- determinantes sociais em jogo e sua contribuição para a desigualdade;
- potenciais pontos de entrada para a intervenção;
- possíveis efeitos adversos de mudanças eventuais;
- possíveis fontes de resistência à mudança;
- as tentativas e as lições aprendidas.

Blas e Kurup (2010) sugerem a aplicação do modelo em 12 condições de saúde: (1) uso abusivo do álcool; (2) doenças cardiovasculares; (3) saúde e nutrição das crianças; (4) diabetes; (5) segurança alimentar; (6) doenças mentais; (7) doenças tropicais negligenciadas; (8) saúde oral; (9) gravidez indesejada e resultados de gravidez; (10) tabagismo; (11) tuberculose; (12) violência e lesões não intencionais.

A análise para cada uma dessas condições de saúde pública toma como ponto de partida o nível dos diferenciais dos resultados de tratamento (Figura 2) para investigar onde essas diferenças se originam. Depois de mapear as principais vias de origem das diferenças, propõem-se intervenções a cada um desses pontos de entrada. A análise e propostas a cada uma das condições têm valor em si. O processo de síntese, entretanto, envolve: a) estabelecer um terreno convergente; b) identificar as lições análogas que poderiam servir de base para uma ação comum. Desta forma, em vez de se focar apenas a resolução de cada uma das condições individuais, se buscava uma clínica comum que permitia uma ação promocional mais geral. Uma estratégia de determinantes sociais mais abrangente deve considerar a dimensão política em todos os níveis e as relações de poder e de controle de recursos.

A tentativa de reduzir as desigualdades em saúde significa, inevitavelmente, enfrentar interesses de poderosos para beneficiar os menos poderosos, seja no nível da sociedade ou no nível dos serviços de saúde. Por conseguinte, estratégias de intervenção mais abrangentes precisam prever ações para lidar com resistência e oposição.

Esta sexta esperança se consubstancia em um espaço privilegiado de diálogo entre clínica, saúde pública e determinantes sociais da saúde.

## Esperança

Ao mencionar as seis esperanças, desejamos indicar que nem sempre quem espera faz acontecer. Esperança é uma ação deliberada, não passiva diante do mundo. Com a pergunta do subtítulo deste capítulo, queremos indicar que o espaço da promoção da saúde na produção do cuidado precisa ser conquistado e reconquistado duramente.

As seis esperanças, mais que representantes dos objetos de desejo, são expectativas de quem age deliberadamente por um propósito.

Ao longo do capítulo, não quisemos abandonar ingenuamente a disputa entre clínica e promoção, ela existe, mas optamos por tentar tirar de cena falsos dilemas, até para tentar explorar daqui para a frente os novos problemas.

Anunciamos a necessidade imperiosa da entrada de dispositivos promocionais na produção do cuidado porque nos deparamos com a ampliação do conceito de saúde em movimentos nacionais e internacionais.

Resumamos que immanam promoção e cuidado no leiro comum da integridade e que as necessidades em saúde devem ser aprendidas de forma prudente e ampliada, para além das *medidas certas* e *reccitas genéricas*, que não levam em consideração as singularidades de sujeitos e territórios.

Expressamos nossa esperança na PNPS brasileira, que trufira a impossibilidade de a promoção da saúde anar em espaços micropolíticos de cuidados, não como controle e governo dos corpos, mas como dispositivo de empoderamento de sujeitos e coletivos.

A quinta esperança iusta todos nós a olhar mais pela lenie da equidade e, se não fôrmos caolhos, iremos nos deparar com diferenciais de vulnerabilidade, de exposição, de consequências de tratamentos e de resultados, explicitando, desoculando, visibilizando iniquidades espetaculares.

E aí vem a sexta esperança, indicando que, se por meio de projetos terapêuticos singulares não cuidarmos destas diferenças iníquas e sistemáticas, estaremos falhando em bradar que toda vida vale a pena e que todos merecem viver uma vida que valha a pena.

Esperando, motivando este caminho delineado por essas esperanças, a promoção da saúde pede e exige passagem e ocupa espaço *sem* na produção do cuidado!

## Referências

- BLAŞ, J. & KURUJ, A. S. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final de VII CNS, 1986. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf)>. Acesso em: set. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde: Portaria MS/GM n. 687, de 30 mar. 2006. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema*. Portaria MS/GM n. 4279, de 30 de dezembro de 2010, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/mar/18/2-B--Documento-de-Diretrizes-para-Organiza-o-das-Redes-de-Aten-o-Sa-de-do-SUS.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes para a Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nos Linhas de Cuidado Prioritárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BUSS, P. M. & CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6): 2.305-2.316, 2009.
- CARVALHO, S. R. & GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, supl. 2: 2.029-2.040, 2008.
- CATRIB, A. M. F.; DIAS, M. A. S. & FROTA, M. A. (Orgs.). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia de Saúde da Família*. Campinas: Saberes, 2012.
- COIMBRA, M. R. *Análise de Risco à Cária Dentária e sua Relação com Variáveis Socioeconômicas e Demográficas em Adultos e Idosos Usuários da Estratégia da Saúde da Família no Município de Anjano – SP: estudo longitudinal*, 2011. Dissertação de Mestrado, Piracicaba: Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
- DARRIBA, V. A fábula concernada por Lacan: da coisa ao objeto a. *Ágora*, 8(1): 63-76, 2005.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da Biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Trad. Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- MACHADO DE ASSIS, J. M. *Memórias Póstumas de Brás Cubas*, 1881. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. (Obra Completa). Disponível em: <[www.dominiopublico.gov.br](http://www.dominiopublico.gov.br/)>. Acesso em: set. 2016.
- MALTA, D. C. & MERRY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34): 593-605, 2010.
- MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6): 1.683-1.694, 2016.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1.411-1.416, 2004.
- MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debat* Rio de Janeiro, 38(n. especial): 69-82, 2014.
- MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. S. & GUALHANO, L. 10 Anos da Política Nacional de Promoção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6): Press Release, 2016.
- OLIVEIRA, G. N. O projeto terapêutico singular. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Atenção Básica, v. 2.)
- OLIVEIRA, G. N. Notas de reuniões de pesquisa e de aulas da disciplina de Gestão de Sistemas e Serviços do Curso de Graduação em Saúde Coletiva do Campus Darcy Ribeiro da Universidade de Brasília. Brasília, 2016. (Mimeo.)

- ONOCKO CAMPOS, R. A promoção à saúde e o dilema "promocionista". In: CASTRO, A. & MALO, M. *SUS Resignificando a Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec, Opas, 2005.
- ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE (OPAS) & CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE (CONASS). *A Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas na Atenção Primária em saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2013.
- PASCHE, D. F. & HENNINGTON, E. A. O Sistema Único da Saúde e a promoção da saúde. In: CASTRO, A. & MALO, M. *SUS Resignificando a Promoção da Saúde*. São Paulo: Hucitec, Opas, 2005.
- ROCHA, D. & AKERMAN, M. Determinação social da saúde e promoção da saúde. Isto faz algum sentido para a estratégia de Saúde da Família. Em que sentido podemos seguir. In: SOUZA, M.; FRANCO, M. & MENDONÇA, A. *Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes, 2014.
- ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4.313-4.322, 2014.
- ROZEMBERG, B. & MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 115-123, 2001.
- SARAMAGO, J. *Ensaio sobre a Cegueira*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SILVA, C. M. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: desafios a serem enfrentados. *Revista APS*, 11(4): 451-458, 2008
- SILVA, P. F. A. & BAPTISTA, T. W. H. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 24(2): 411-465, 2014.
- SOUSA, M. F. et al. *Relatório do Projeto da Política Institucional aos Processos do Cidadão: estudos comparados sobre as práticas de promoção da saúde nas Equipes do PSF no Brasil e seu similares em Canadá, Chile, Colômbia, Cuba, Peru, Portugal e Venezuela*. Brasília: NESP/UnB, 2012.
- TEIXEIRA, M. B. et al. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate Rio de Janeiro*, 38(n. especial): 52-68, 2014.
- WALLERSTEIN, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6(3): 197-205, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Ottawa Charter, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/\_data/assets/pdf\_file/0004/1129532/Ottawa\_Charter.pdf>. Acesso em: set. 2016