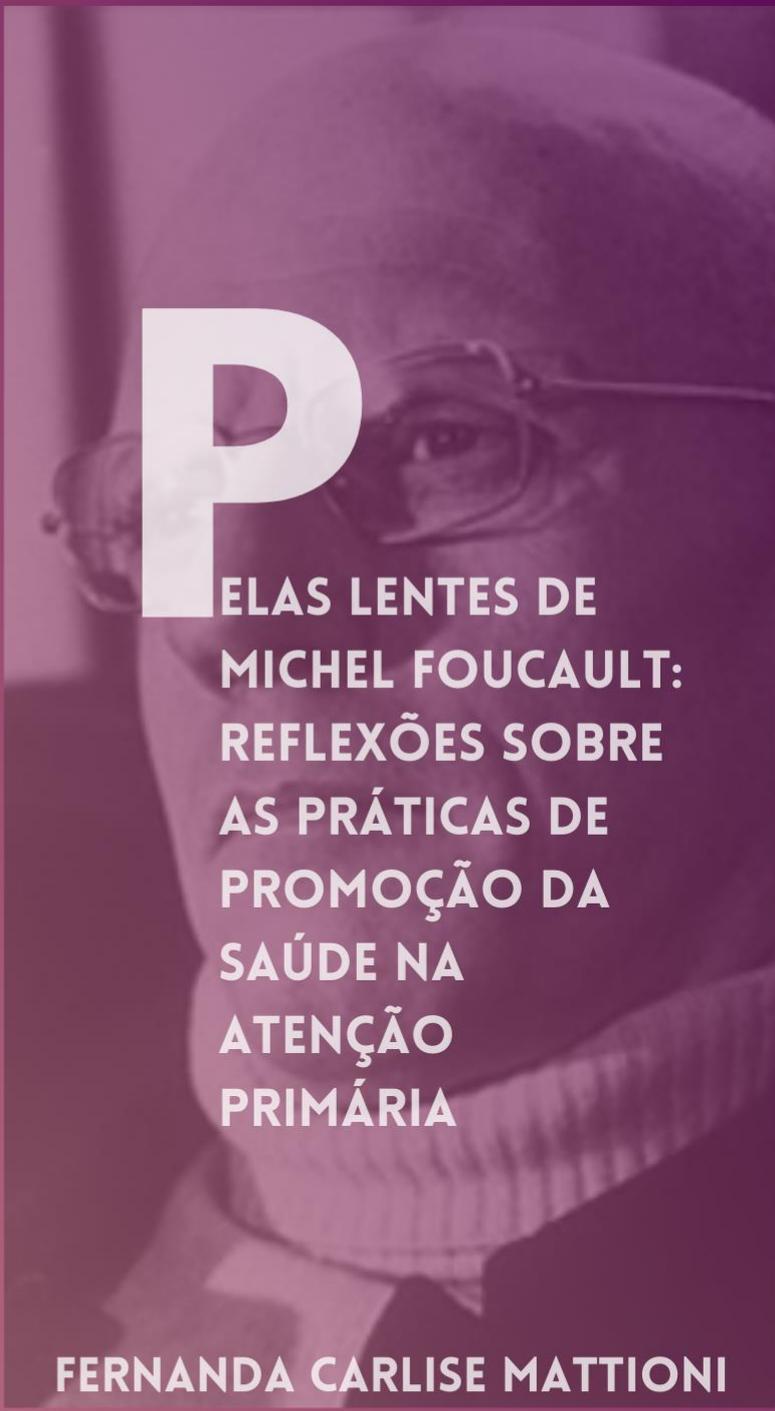




P

ELAS LENTES DE  
MICHEL FOUCAULT:  
REFLEXÕES SOBRE  
AS PRÁTICAS DE  
PROMOÇÃO DA  
SAÚDE NA  
ATENÇÃO  
PRIMÁRIA

FERNANDA CARLISE MATTIONI



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PELAS LENTES DE MICHEL FOUCAULT:  
REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO  
DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Fernanda Carlise Mattioni**

**PORTO ALEGRE  
2021**

**FERNANDA CARLISE MATTIONI**

**PELAS LENTES DE MICHEL FOUCAULT:  
REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO  
DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Linha de Pesquisa:**  
Enfermagem e Saúde Coletiva.

**Orientadora:**  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristianne Maria Famer Rocha

**Porto Alegre  
2021**

### CIP - Catalogação na Publicação

Mattioni, Fernanda Carlise  
Pelos lentes de Michel Foucault: reflexões sobre as  
práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária /  
Fernanda Carlise Mattioni. -- 2021.  
187 f.  
Orientador: Cristianne Maria Famer Rocha.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Promoção da Saúde. 2. Enfermagem. 3. Atenção  
Primária em Saúde. 4. Michel Foucault. I. Famer Rocha,  
Cristianne Maria, orient. II. Título.

**Fernanda Carlise Mattioni**

**Pelas lentes de Michel Foucault:  
reflexões sobre as práticas de Promoção da Saúde na Atenção  
Primária**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Aprovada em Porto Alegre, em 01 de setembro de 2021.**

**Banca examinadora:**



Profa. Dra. Cristianne Maria Famer Rocha  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Deise Lisboa Riquinho  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Sônia Maria Ferreira Dias  
Membro da banca  
Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa



Profa. Dra. Dais Gonçalves Rocha  
Membro da banca  
Universidade de Brasília - UnB



Prof. Dr. Luiz Felipe Zago  
Membro da banca  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP

A todas (os) as trabalhadoras (es) da saúde,  
artistas criativas (os) e sensíveis na arte de produzir saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

É difícil e muito necessário agradecer. Seria impossível chegar a este momento sem a participação de pessoas e instituições, que com o apoio e a oferta de oportunidades, o tornaram possível. Tenho um receio imenso de esquecer alguém importante, considerando meu raciocínio atual, de uma mulher com 30 semanas de gestação. Farei todos os esforços para que isso não aconteça. De qualquer forma, mesmo que o nome não seja aqui citado, saibam que sou imensamente grata a cada pessoa que compartilhou esse percurso comigo e contribuiu para que ele fosse possível.

Quero agradecer inicialmente aos meus pais, Delci e Nestor. Além de cuidado, amor e proteção, recebi outro bem maior de vocês: o gosto por estudar. Cresci escutando que estudar seria o melhor caminho e que o conhecimento é um bem que não se perde. Sou grata também por oferecerem oportunidades iguais, para mim e para meu irmão, estando a frente do seu tempo ao estimular que me tornasse uma mulher independente e capaz de buscar a realização dos meus sonhos. O caminho para chegar até aqui não foi fácil, mas as oportunidades que vocês me ofereceram, foram imprescindíveis para que fosse possível!

A minha madrinha, Marlene, mulher corajosa que sempre me inspirou com sua inteligência, independência e dedicação aos estudos.

Sou grata também ao meu irmão, Cristiano, minha cunhada-irmã Luciana e à minha querida afilhada, Diully. Vocês são especialistas em cuidar e alimentar sonhos à distância! Obrigada por serem tão presentes em minha vida e por estarem sempre perto quando preciso!

Ao meu amor, meu parceiro e meu contraponto. Obrigada Mateus, por sermos espaço para ser. Ao mesmo tempo em que as leituras desconstruíam certezas e verdades, a convivência contigo me ensinou a ser ainda mais crítica e a aprender a dialogar com as diferenças. Teu espírito sempre desconfiado, inteligente e sagaz me apaixonou. Me trouxeste o melhor da vida: a possibilidade de ser quem eu quisesse e a nossa filhota Luiza. Te amo.

Aos meus sogros, Lísia e Lúcio. Pessoas inteligentes, afetuosas e muito corretas. O cuidado que recebi de vocês, especialmente nos momentos mais difíceis, foram fundamentais para essa conquista. Ela também é de vocês.

A todas as minhas amigas e amigos, pela partilha da vida e de sonhos. Obrigada por acreditarem em mim, por entenderem minhas ausências e por vibrarem com minhas conquistas.

Ana Celina, Tiana, Thaís e Mariana: muito do que está escrito nessa Tese é fruto de nossas partilhas, reflexões e desejos por um mundo melhor. Obrigada por me ensinarem que o afeto e a alegria podem ser resistências, para quem tem um “Coração Fênix”.

Simone, obrigada por também ser minha família em Porto Alegre. Tua determinação em buscar a realização dos teus sonhos me inspiram sempre.

Larissa, Cristiano, Mariana e Eduardo, obrigada pelos tantos momentos de descontração que tornaram o percurso mais leve.

À Sabrina e à Lucilene, minhas amigas, enfermeiras, colegas de faculdade, doutoras que me inspiram em suas trajetórias de vida e acadêmicas. Mesmo longe, sempre perto, ajudando e apoiando no percurso.

A todas as instituições públicas de ensino que me acolheram, desde a escola infantil até o Doutorado. Não fosse a educação pública e de qualidade, não teria tido a oportunidade de chegar até aqui. À Escola Estadual Comendador Soares de Barros, de Ajuricaba -RS, onde concluí o ensino fundamental. Ao Colégio Técnico Estadual 25 de Julho, de Ijuí-RS, onde cursei o ensino médio e o técnico em informática. A minha querida Universidade Federal de Santa Maria, onde me tornei Enfermeira. À Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, que me fez mestre em Saúde Pública e, agora, a tão respeitada Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faço questão de nominar essas instituições de ensino que resistem bravamente as investidas que pretendem o seu desmonte. Sou imensamente grata a tudo que me foi oportunizado por meio destas instituições.

Agradeço a todos os colegas de pós-graduação do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS) e do Grupo Ampliado de Orientação (GAO) da UFRGS, sob coordenação da minha orientadora Cristianne. Com vocês aprendi a potência da construção coletiva do conhecimento. Em contraponto ao que impera no meio acadêmico, encontrei um espaço de acolhimento, solidariedade, sinceridade e produção coletiva. Priscila, Liciane, Roberta, Rosane, Michele e Luciana: obrigada por tantas partilhas e parcerias nesse percurso. Espero que não terminem por aqui!

Às Marias, cientistas, de minha vida acadêmica. À Maria de Lourdes Denardin Budó, que me acompanhou na Iniciação Científica lá na UFSM. Me fez “pegar gosto” pela pesquisa! À Maria de Fátima Lobato Tavares, minha orientadora de mestrado, que ajudou a construir as bases para discutir a Promoção da Saúde.

Especialmente, à Cristianne Maria Famer Rocha, minha orientadora de Doutorado. Mulher inteligente, corajosa, alegre, sagaz, exigente e extremamente sensível. É impossível mensurar a generosidade e amor que colocas no processo de construção coletiva do conhecimento. A relação que estabelece com teus orientandos é algo que jamais vou esquecer e pretendo reproduzir sempre! Muito obrigada por criticar o meu trabalho, me desafiando para ampliar o olhar. Obrigada, por demonstrar na prática, que é possível ensinar com afeto respeito e compromisso. Foste presença constante e com muita segurança teórica para me guiar no processo. Enfim, obrigada por me ver como ser humano: enfermeira, trabalhadora do SUS, de perna quebrada, mulher, gestante... e também por enxergar minhas potencialidades, me ajudando a crescer. Espero que sigamos com nossa parceria!

À professora Sônia, que aceitou ser minha orientadora no que seria uma breve passagem pela Escola de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Infelizmente não foi possível em virtude da fratura na perna. Mesmo assim, agradeço imensamente a grande disponibilidade em me acolher sempre.

À professora Maria Henriqueta, grande mestra dos estudos foucaultianos. Foste muito importante neste percurso e és inspiração como enfermeira pesquisadora, pela coragem e competência em utilizar os referenciais pós-estruturalistas.

Às professoras Deise, Dais, Sônia e ao professor Luiz Felipe, por aceitarem compor a banca avaliadora, se dispondo a contribuir com o fechamento desse ciclo.

À Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, pelo incentivo formal à realização do Doutorado. Sem a Licença para Qualificação Profissional, teria sido impossível realizá-lo. Aos colegas da equipe da Residência Integrada em Saúde – RIS/ESP, obrigada pelo incentivo e pela parceria.

Ao Grupo Hospitalar Conceição, pela liberação de Carga Horária para cursar as disciplinas que coincidiam com a minha jornada de trabalho.

À equipe da Unidade de Saúde Vila Floresta, pelo apoio e incentivo. Especialmente, muito, muito obrigada às enfermeiras (o) Inez, Adriane, Janaína, Daniela e André, minha “mãe” e meus “irmãos”. Não existe parceria como a nossa. Sem o apoio incondicional de vocês, inclusive quando isso significou sobrecarga de trabalho, eu não teria conseguido. Essa conquista é nossa!

A todos (as) residentes do Serviço de Saúde Comunitária do GHC e da Escola de Saúde Pública do RS. A convivência, partilhas e construção do conhecimento por meio de momentos de reflexão com vocês, contribuíram com as inquietações que originaram essa Tese.

Agradeço ainda, aos trabalhadores que gentilmente se disponibilizaram a participar da pesquisa. Em meio a seus afazeres, encontraram tempo para compartilhar as suas práticas, dificuldades e inquietações. Muito obrigada!

Por fim, sou grata aos usuários dos serviços de APS, especialmente aos usuários do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, que nos ensinam resistências com as suas existências.

Mucha gente pequeña,  
en lugares pequeños,  
haciendo cosas pequeñas,  
pueden cambiar el mundo.

(GALEANO, 1999)

## RESUMO

MATTIONI, Fernanda Carlise. **Pelas lentes de Michel Foucault: reflexões sobre as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária.** 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2021.

A Promoção da Saúde é um dos pilares de sustentação e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por estarem inseridos nos territórios de vida das pessoas, os serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde (APS) se constituem como espaços privilegiados para a realização de práticas de Promoção da Saúde. A Enfermagem é uma das categorias profissionais que integra a equipe mínima da Estratégia Saúde da Família, que tem sido fundamental para a organização da APS no Brasil. Assim, em parceria com outros núcleos profissionais, a Enfermagem é responsável por protagonizar práticas de Promoção da Saúde nos territórios de atuação da APS. O objetivo desta Tese foi o de analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, a partir das teorizações foucaultianas. Para atingir o pretendido, realizei uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, com inspiração genealógica. A coleta de dados empíricos foi realizada por meio de 23 entrevistas semiestruturadas, realizadas com trabalhadores da APS. A análise dos dados deu origem a quatro artigos, que sistematizam os resultados da pesquisa que, em linhas gerais, podem ser descritos assim: foi identificado um campo heterogêneo de práticas de Promoção da Saúde, que se constitui por meio da circulação de diferentes saberes e poderes; as práticas são permeadas por discursividades que se alinham à governamentalidade neoliberal e práticas que se colocam como contraconduta a tais discursividades; a análise das emergências e proveniências das práticas de Promoção da Saúde na APS apresenta como se constituíram e se modificaram as práticas de Promoção da Saúde, de acordo com as possibilidades históricas. O principal efeito das práticas de Promoção da Saúde na APS está associado à diminuição da medicalização e à adoção de elementos da Clínica Ampliada. Já as principais dificuldades decorrem da precarização das políticas públicas, oriundas das medidas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos. São descritas, como possibilidades a serem exploradas para potencializar a Promoção da Saúde na APS: o fortalecimento das atividades formativas no âmbito das unidades de saúde; a problematização dos Determinantes Sociais da Saúde e os métodos de fomento à participação; a coletivização das demandas em saúde; a valorização e reforço das conquistas e das ações coletivas; o resgate da cultura e de hábitos comunitários locais; e, o *advocacy* pela Promoção da Saúde. Aponta-se a possibilidade de construção de subjetividades, capazes de se constituírem como resistências e contracondutas à governamentalidade neoliberal, na micropolítica do trabalho realizado pelas equipes. A partir dos resultados apresentados, sustento a seguinte tese: a Promoção da Saúde é polissêmica, influenciada por diferentes vertentes epistemológicas e construída a partir de condições de possibilidades históricas. Os diferentes saberes que a constituem se colocam em uma arena de relações de poder, que se traduzem e, ao mesmo tempo, produzem práticas de saúde. Embora existam práticas hegemônicas, que representam os regimes de verdade da contemporaneidade, resistências e contracondutas à governamentalidade neoliberal também podem ser identificadas e têm potência para produzir outras práticas e diferentes modos de (re)existência na APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde. Enfermagem. Atenção Primária em Saúde. Michel Foucault.

## ABSTRACT

MATTIONI, Fernanda Carlise. **Through the lens of Michel Foucault: reflections on Health Promotion practices in Primary Care.** 2021. Thesis (Doctorate in Nursing) – UFRGS School of Nursing, Porto Alegre, 2021.

Health Promotion is one of the pillars of support and operation of the Unified Health System (SUS). As they are inserted in people's life territories, the services that make up Primary Health Care (PHC) are privileged spaces for carrying out Health Promotion practices. Nursing is one of the professional categories that integrate the team of Family Health Strategy, which has been fundamental for the organization of PHC in Brazil. Thus, in partnership with other professional centers, Nursing is responsible for taking the lead in Health Promotion practices in the areas where the PHC operates. The objective of this Thesis was to analyze the practices of Health Promotion in Primary Health Care, based on Foucault's theories. To achieve the intended purpose, I carried out a field research, descriptive, qualitative, with genealogical inspiration. The collection of empirical data was carried out through 23 semi-structured interviews, carried out with PHC workers. The data analysis gave rise to four articles, which systematize the research results that, in general terms, can be described as follows: a heterogeneous field of Health Promotion practices was identified, which is constituted through the circulation of different knowledge and powers; practices are permeated by discursivities that align with neoliberal governmentality and practices that stand as a counter-conduct to such discursivities; the analysis of the emergencies and provenances of Health Promotion practices in PHC presents how Health Promotion practices were constituted and modified, according to historical possibilities. The main effect of Health Promotion practices in PHC is associated with the decrease in medicalization and the adoption of elements from the Extended Clinic. The main difficulties stem from the precariousness of public policies, arising from the fiscal austerity measures adopted in recent years. The following are described as possibilities to be explored to enhance Health Promotion in PHC: the strengthening of training activities within the health units; the problematization of the Social Determinants of Health and the methods to encourage participation; the collectivization of health demands; the appreciation and reinforcement of achievements and collective actions; the recovery of local community culture and habits; and advocacy for Health Promotion. It points to the possibility of building subjectivities, capable of constituting resistance and counter-conducts to neoliberal governmentality, in the micropolitics of the work carried out by the teams. Based on the results presented, I support the following thesis: Health Promotion is polysemic, influenced by different epistemological strands and built from conditions of historical possibilities. The different types of knowledge that constitute it are placed in an arena of power relations, which translate and, at the same time, produce health practices. Although there are hegemonic practices that represent contemporary truth regimes, resistances and counter-conducts to neoliberal governmentality can also be identified and have the power to produce other practices and different modes of (re)existence in PHC.

**KEYWORDS:** Health Promotion. Nursing. Primary Health Care. Michel Foucault.

## RESÚMEN

MATTIONI, Fernanda Carlise. **Pelas lentes de Michel Foucault: reflexões sobre as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária.** 2021. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2021.

La Promoción de la Salud es uno de los pilares de apoyo y funcionamiento del Sistema Único de Salud (SUS). Inseridos en los territorios de vida de las personas, los servicios que integran la Atención Primaria de Salud (APS) son espacios privilegiados para la realización de prácticas de Promoción de la Salud. La Enfermería es una de las categorías profesionales que integran el equipo mínimo de la Estrategia Salud de la Familia, que ha sido fundamental para la organización de la APS en Brasil. Así, en alianza con otros centros profesionales, la Enfermería es responsable de liderar las prácticas de Promoción de la Salud en las áreas donde opera la APS. El objetivo de esta Tesis fue analizar las prácticas de Promoción de la Salud en la Atención Primaria de Salud, a partir de las teorías de Foucault. Para lograr lo que se pretendía, realicé una investigación de campo, descriptiva, cualitativa, con inspiración genealógica. La recolección de datos empíricos se realizó a través de 23 entrevistas semiestructuradas, realizadas con trabajadores de la APS. El análisis de datos dio lugar a cuatro artículos, que sistematizan los resultados de la investigación que, en términos generales, se pueden describir de la siguiente manera: se identificó un campo heterogéneo de prácticas de Promoción de la Salud, que se constituye a través de la circulación de diferentes saberes y competencias; las prácticas están permeadas por discursividades que se alinean con la gubernamentalidad neoliberal y prácticas que se erigen como una contraconducta a tales discursividades; el análisis de las emergencias y procedencias de las prácticas de Promoción de la Salud en la APS presenta cómo se constituyeron y modificaron las prácticas de Promoción de la Salud, de acuerdo con las posibilidades históricas. El principal efecto de las prácticas de Promoción de la Salud en la APS está asociado con la disminución de la medicalización y la adopción de elementos de la Clínica Ampliada. Las principales dificultades se derivan de la precariedad de las políticas públicas, derivada de las medidas de austeridad fiscal adoptadas en los últimos años. Se describen como posibilidades a explorar para potenciar la Promoción de la Salud en la APS: el fortalecimiento de las actividades de capacitación dentro de las unidades de salud; la problematización de los Determinantes Sociales de la Salud y los métodos para fomentar la participación; la colectivización de las demandas de salud; la valoración y refuerzo de logros y acciones colectivas; la recuperación de la cultura y los hábitos de la comunidad local; y abogacía por la Promoción de la Salud, apunta la posibilidad de construir subjetividades, capaces de constituir resistencias y contraconductas a la gubernamentalidad neoliberal, en la micropolítica del trabajo de los equipos. Con base en los resultados presentados, apoyo la siguiente tesis: La Promoción de la Salud es polisémica, influenciada por diferentes vertientes epistemológicas y construida a partir de condiciones de posibilidades históricas. Los diferentes tipos de conocimiento que lo constituyen se ubican en un escenario de relaciones de poder, que traducen y, al mismo tiempo, producen prácticas de salud. Si bien existen prácticas hegemónicas que representan los regímenes de verdad contemporáneos, las resistencias y contraconductas a la gubernamentalidad neoliberal también pueden identificarse y tienen el poder de producir otras prácticas y diferentes modos de (re) existencia en la APS.

**PALABRAS CLAVE:** Promoción de la salud, Enfermería, Atención Primaria de la Salud. Michel Foucault.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Artigo:</b> A Atenção Primária em Saúde no Brasil como cenário de práticas de Promoção da Saúde                                   |    |
| <b>Figura 1.</b> Modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde de <i>Dahlgren e Whitehead</i> .....                          | 39 |
| <b>Figura 2.</b> PRISMA das etapas de identificação, seleção e elegibilidade dos artigos .....                                       | 42 |
| <b>Quadro 1.</b> Temáticas identificadas nos estudos e abordagens da Promoção da Saúde .....   | 44 |
| <br>   |    |
| <b>Artigo:</b> Práticas de Promoção da Saúde e Michel Foucault: uma revisão de escopo  |    |
| <b>Figura 1</b> Combinações de descritores/MESH com operadores booleanos “AND” e “OR” .....  | 61 |
| <b>Figura 2.</b> PRISMA: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos ...  | 62 |
| <b>Quadro 1.</b> Síntese dos principais resultados .....   | 64 |
| <b>Quadro 2.</b> Promoção da Saúde como estratégia biopolítica no contexto neoliberal .....  | 66 |
| <b>Quadro 3.</b> Promoção da Saúde, resistência e contraconduta: tensões, lutas e jogos de poder .....                               | 67 |
| <br>   |    |
| <b>Capítulo de livro:</b> Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária: uma pesquisa inspirada na genealogia de Michel Foucault |    |
| <b>Quadro 1.</b> Participantes da pesquisa .....   | 87 |
| <br>   |    |
| <b>Artigo:</b> Promoção da Saúde na Atenção Primária: sobre discursividades e tensões em um cenário de práticas                      |    |
| <b>Quadro 1.</b> Práticas de Promoção da Saúde identificadas no cenário da pesquisa .....  | 99 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AB – Atenção Básica  
APS – Atenção Primária em Saúde  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CEPAPS - Centro de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde  
COMPESQ - Comissão de Pesquisa  
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social  
DCNTs – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DSS – Determinantes Sociais da Saúde  
EC – Emenda Constitucional  
EPS – Educação Popular em Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família  
GEPS – Grupo de Estudos em Promoção da Saúde  
GHC – Grupo Hospitalar Conceição  
HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição  
MS – Ministério da Saúde  
PEC – Projeto de Emenda Constitucional  
PICS – Práticas Integrativas e Complementares  
PNAB – Política Nacional da Atenção Básica  
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde  
PS – Promoção da Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
SSC – Serviço de Saúde Comunitária  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
US – Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b> .....   | 18  |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | 20  |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....  | 35  |
| 2.1 Objetivo Geral .....  | 35  |
| 2.2 Objetivos Específicos .....   | 35  |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....  | 36  |
| 3.1 ARTIGO: A Atenção Primária em Saúde no Brasil como cenário de práticas de Promoção da Saúde: revisão integrativa.....               | 37  |
| 3.2 ARTIGO: Práticas de Promoção da Saúde e Michel Foucault: uma revisão de escopo.....   | 57  |
| <b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....  | 74  |
| 4.1 CAPÍTULO DE LIVRO: Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária: uma pesquisa inspirada na genealogia de Michel Foucault ..... | 75  |
| <b>5 RESULTADOS</b> .....   | 93  |
| 5.1 ARTIGO: Promoção da Saúde na Atenção Primária: sobre discursividades e tensões em um cenário de práticas .....                      | 95  |
| 5.2 ARTIGO: Emergências e proveniências de discursos que constituem as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde ..... | 112 |
| 5.3 ARTIGO: Promoção da Saúde na Atenção Primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador .....                   | 131 |
| 5.4 ARTIGO: Práticas de Promoção da Saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal .....                        | 149 |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | 165 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | 170 |
| <b>APÊNDICE A</b> .....   | 173 |
| <b>APÊNDICE B</b> .....   | 174 |
| <b>ANEXO A</b> .....  | 176 |
| <b>ANEXO B</b> .....  | 181 |

## **APRESENTAÇÃO** **(ou uma Carta de Intenções)**

“eu vim de lá eu vim de lá pequenininho,  
alguém me avisou pra pisar nesse chão devagarinho...”  
(Dona Ivone Lara, 1982)

### **Desejos para essa Tese...<sup>1</sup>**

Que ela tenha uma escrita simples e que as ideias possam ser facilmente entendidas. Mesmo utilizando um referencial teórico (aparentemente) difícil (ou complexo), desejo que minha escrita possa ser compreendida pelos meus colegas, trabalhadores da saúde.

Que os capítulos possam ser lidos de maneira independente. Que eles sejam objetivos, mas com boa sustentação teórica. Que o argumento de cada capítulo esteja bem definido e que eu possa percorrê-lo, me afastando e me aproximando, sem perder o foco. Que exista um fio condutor, um argumento que perpassasse os artigos que compõem a Tese.

Que eu não tenha pressa para terminar. O texto, para ficar bom, precisa ser produzido aos poucos. Que cada palavra tenha o tempo suficiente de maturação, para produzir os efeitos desejados.

Que eu não queira fazer um texto perfeito. Não vai ser. Que eu consiga colocar todos os passos que percorri como enfermeira da APS em cada palavra, dando o sentido que a escrita acadêmica pede, mas sem perder o sentido e o afeto que esse percurso gerou.

Que os colegas, que gentilmente responderam as entrevistas, consigam enxergar o seu trabalho. E que as análises que farei sobre as palavras ditas sejam generosas, cuidadosas, sensíveis e produtivas.

Que eu saiba que não vou agradar a muitos com a minha Tese. Inclusive, acredito que alguns valorosos companheiros ficarão desapontados. Mas não posso fazer diferente. Nesse processo, encontrei o sentido das minhas aspirações acadêmicas e não seria

<sup>1</sup> São meus próprios desejos, escritos em 24 de maio de 2020, quando estava iniciando a escrita da Tese.

demais falar que, também, de vida. Já não posso mais crer cegamente em qualquer verdade que me seja apresentada. Minha vida é feita de perguntas inquietantes. Me encanta e seduz a atitude filosófica que propõe a crítica da crítica. Algo permanente, sem fim, inacabado. Olhar com curiosidade e desconfiando daquilo que se apresenta como único e verdadeiro já não é mais uma opção, é uma prática que está em mim.

Que eu possa aceitar serenamente que essa Tese não vai mudar o mundo. Tampouco o sistema de saúde, nem mesmo os serviços em que ela foi desenvolvida. Poderá, quem sabe, algum dia, ser lida por algum residente ou um colega da APS que a encontrou na internet. De repente, ela poderá gerar alguma inquietação. Algumas perguntas nessas pessoas. Se isso acontecer, estará cumprida a sua razão de existir.

Além disso, essa Tese já cumpriu a sua outra função. A de me modificar. Já não sou mais a mesma. Os tantos momentos de leitura, de encontros e de diálogos me fizeram menos afoita pela verdade e mais aberta às tantas possibilidades teóricas e práticas que podem, criativamente, serem colocadas em ação. Não se trata de estar paralisada. Pelo contrário. Se trata de reconhecer que a abertura, a indefinição e a inquietação são caminhos mais arriscados, mas, ao mesmo tempo, muito mais desafiadores e alegres.

## 1 INTRODUÇÃO

Em um determinado momento de minha vida, realizei uma viagem para a Cordilheira dos Andes chilena. Em meio à degustação de vinhos e encontro com bons amigos, a palavra *desfrutar* passou a ter novo sentido para mim. Deixar-se ficar para aproveitar o momento e as coisas boas que a vida tem a oferecer. Bem, qual a relação disso com a Promoção da Saúde? Gostaria de utilizar o poema *Janela do Medo* de Eduardo Galeano (1994, p. 154), para iniciar as reflexões desta Tese:

A fome come o medo. O medo do silêncio atordoa as ruas. O medo ameaça: Se você amar, vai pegar aids. Se fumar, vai ter câncer. Se respirar, vai se contaminar. Se beber, vai ter acidentes. Se comer, vai ter colesterol. Se falar, vai perder o emprego. Se caminhar, vai ter violência. Se pensar, vai ter angústia. Se duvidar, vai ter loucura. Se sentir, vai ter solidão.

Em alguma anedota da cultura popular, conta-se que, ao consultar um médico e obter uma série de proibições relacionadas aos prazeres da vida (alimentação, uso de álcool e sexo), o paciente pergunta ao médico para quê mesmo deveria seguir vivendo.

Duas inquietações iniciais nos são apresentadas. Em relação ao poema de Galeano, somos diretamente remetidos à perspectiva do risco que impera atualmente na sociedade contemporânea. De acordo com Débora Lupton (1999), o risco é um conceito complexo, difundido amplamente nas sociedades modernas. Suas abordagens tendencialmente passaram a se referir a situações negativas, associando determinados comportamentos a possíveis desfechos nocivos para a vida. A autora aponta, ainda, que os métodos calculistas, ancorados em vertentes epistemológicas cartesianas, não levam em consideração outros fatores que interferem no comportamento adotado pelas pessoas, tais como a cultura, as experiências pessoais, as condições e regras socioeconômicas, entre outros. Assim, vivemos cercados por prescrições que ditam normas de vida e de comportamentos, especialmente relativos à saúde, que, geralmente, não contemplam o contexto e a história de vida das pessoas.

Por outro lado, a anedota popular relatada apresenta um questionamento que, se feito com atitude crítica, poderia representar resistências diante do modo de vida ditado pelo sistema capitalista atual. Duas perguntas se mostram como chaves diante do campo da Promoção da Saúde. A primeira se refere a: *o que é ter saúde*. A segunda: *para quê ter saúde*.

A maior contradição da Promoção da Saúde (PS) é pretender moldar comportamentos incompatíveis com o ritmo e modos de vida da sociedade. O capitalismo neoliberal oferece uma gama de produtos a serem consumidos em larga escala. Entre eles, alimentos industrializados, *fast foods*, refrigerantes, bebidas alcoólicas, entre outros. Pierre Dardot e Christian Laval (2016) apontam que o estilo de vida imposto na contemporaneidade leva as pessoas à busca de realização e felicidade por meio do consumo e de padrões individuais de desempenho. Ao mesmo tempo que o sistema constrói sujeitos desejanter da máxima felicidade e desempenho, os contextos gerados não possibilitam isso a todos, produzindo enormes frustrações. Não é absurdo dizer que o mundo em que vivemos é de um cinismo sem fim. Na mesma medida em que oferece e nos convence do que seria prazeroso na vida, nos é dito que devemos evitar os excessos. Em vez de repensar os modelos de desenvolvimento e consumo e os modos de vida presentes na racionalidade neoliberal, com vistas à produção de vidas mais saudáveis e, principalmente, prazerosas, refinados mecanismos de psicologização e medicalização são utilizados para – manter tudo como está (ou até piorar) e - enfrentar os problemas da vida (DARDOT e LAVAL, 2016).

Assim, se constrói um nicho de mercado capaz de fornecer soluções milagrosas e fáceis a quem quiser (e puder!) comprá-las. Cirurgias bariátrica e plástica para emagrecer e ter o corpo dos sonhos. Medicamentos para a tristeza e a ansiedade. Psicofármacos para a concentração e maior produtividade intelectual (inclusive das crianças). Esses são apenas alguns exemplos das muitas possibilidades (algumas impensáveis!) que os avanços tecnológicos na área biomédica oferecem na atualidade. Tudo em nome de uma alta produtividade – na lógica do “trabalhe o máximo possível”, o maior número de horas por dia, todos os dias por semana, em todos os lugares que estiveres (inclusive na cama, enquanto estiver dormindo) – tão bem descrita por Jonathan Crary (2016).

A questão que emerge, de acordo com Paulo Buss (2007), é que, nestas circunstâncias, seguimos com profundas iniquidades sociais entre os países e nos próprios países. Tais iniquidades se traduzem em problemas de saúde distintos. Boa parcela da população mundial sofre com quadros de desnutrição gerada pela fome, sem contar nas doenças infectocontagiosas, que seguem dizimando populações por falta de condições mínimas de saneamento. Nos países considerados “ricos”, em que tais problemas de saúde foram superados, emergem questões relacionadas ao sofrimento

psíquico. Jovens invadindo escolas, cometendo homicídios, seguidos de suicídio. Taxas de suicídio cada vez maiores nas diferentes faixas etárias da população. Consumo desenfreado de opioides e suas consequências, entre outras tantas mazelas relacionadas ao também ao ambiente físico (clima, inundações, etc). Parece que o modo de vida contemporâneo, moldado pela racionalidade neoliberal, produz muito mais sofrimento do que felicidade, qualquer que seja o cenário, de pobreza ou de riqueza.

Frente a tais questões que perpassam a sociedade contemporânea, o que esperar da Promoção da Saúde? Qual o seu alcance e suas possibilidades diante de cenários tão complexos e desiguais? De que estratégias estamos falando quando acionamos essa noção: Promoção da Saúde? Existe uma homogeneidade nesse campo? Ou poderíamos falar de múltiplas abordagens e de um conceito permeado por diferentes discursos, construídos historicamente, cuja correlação de forças faz com que seja utilizado para diferentes finalidades?

As inquietações referentes à Promoção da Saúde têm origem em minha prática profissional como enfermeira de uma equipe de Atenção Primária em Saúde (APS). Diante da investida dos processos educativos promovidos sistematicamente pelas instituições de saúde, cujo objetivo é produzir/construir sujeitos trabalhadores capazes de induzir mudanças de comportamento na população e a adoção de hábitos saudáveis, um intenso processo de questionamentos me afeta. O cotidiano dos trabalhadores da APS é permeado pelas contradições entre o que ditam os protocolos de saúde, sobre as normas de uma vida saudável, e o contexto de vida das pessoas de quem cuidamos, muitas vezes totalmente incompatíveis com as regras protocolares. Realizar certas orientações de adoção de hábitos saudáveis seria da ordem do cinismo em contextos tão adversos. Porém, o que fazer, como trabalhador da saúde, diante disso? Foi essa inquietação, originada na prática profissional e em suas contradições, que me levaram a pensar na Promoção da Saúde como problema de pesquisa. Assim, me propus a olhar criticamente para as práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS.

Marco Akerman e Ana Germani (2020) apresentam o problema histórico da disputa que envolve o conceito de saúde. A questão se relaciona diretamente com a Promoção da Saúde, pois o conceito de saúde adotado irá definir o quê procuramos promover. Na atual conjuntura, os autores defendem que problematizar e disputar o conceito de saúde não se trata apenas de um capricho acadêmico, mas de uma

necessidade política. As narrativas construídas em torno do conceito de saúde visam disputar mentes e corações, de acordo com seus interesses de origem. Nesse sentido, práticas de saúde, inscritas em uma racionalidade neoliberal, buscarão construir sujeitos com desempenho e resultados unicamente de acordo com protocolos de saúde estabelecidos. Práticas que escapam a esta racionalidade tendem a incluir outros elementos da vida para considerar um sujeito saudável.

Diante do exposto, é possível pressupor que a Promoção da Saúde não é um conceito acabado, único e estático. Quando posta em prática, a PS pode se utilizar de diferentes métodos e buscar distintos resultados. Esse é um dos primeiros argumentos que pretendo desenvolver na Tese. Para que isso seja possível, proponho um deslocamento epistemológico, que significa sustentar as análises aqui realizadas no referencial teórico pós-estruturalista, principalmente a partir das teorizações de Michel Foucault. O deslocamento na área de conhecimento ocorre na medida em que a vasta produção acadêmica, referente ao tema pretendido, apresenta um número restrito de estudos que utilizam o referencial pós-estruturalista. Em uma revisão de escopo (que integra essa Tese), no intervalo entre 2006 a 2019, apenas 34 artigos abordavam a temática sob análises pós-estruturalistas, direta ou indiretamente (MATTIONI et al, 2021).

Entendo que a potência das teorizações foucaultianas, para analisar as práticas de Promoção da Saúde na APS, reside na possibilidade de abordar uma política pública como prática de saúde, construída por meio de discursos que se inscrevem em diferentes vertentes epistemológicas, condicionadas ao curso da história, que compõem um campo de saber e de relações de poder, conforme se apresenta na atualidade.

Deste modo, assumo que a Promoção da Saúde não possui uma verdade absoluta ou ainda um jeito certo de operar suas práticas. Conforme será desenvolvido ao longo da Tese, sustento que não existe “a” Promoção da Saúde, mas “as” Promoções da Saúde. Ou seja, discursividades que coexistem, se traduzem em práticas, que ora se colocam em oposição, ora podem se potencializar, em um campo de relações de poder e saberes.

Michel Foucault (2009a) sustenta que os discursos, construídos a partir de condições históricas, influenciados e produtores de relações de poder, quando postos em circulação, são capazes de construir o que é considerado o verdadeiro e o falso em

determinada sociedade, em dado momento histórico. Mais do que traduzir as lutas de uma época, os discursos são capazes de, ao serem assimilados e legitimados, produzirem regimes de verdade. Ou seja, um conjunto de regras de funcionamento aceitas e consideradas corretas por uma sociedade.

Seguindo essa perspectiva, o campo da Promoção da Saúde é passível de análise por meio deste raciocínio. Ao longo da sua trajetória, as práticas de Promoção da Saúde, operadas nos diferentes cenários, traduziram os discursos do que pode ser considerado certo ou errado em relação ao modo de se viver e de se relacionar com a própria saúde, bem como a abordagem da saúde das populações na sociedade. Este é o segundo argumento que pretendo desenvolver na Tese.

De modo sucinto, posso adiantar que as noções de biopolítica e governamentalidade (FOUCAULT, 2008) serão importantes para as análises que virão<sup>2</sup>. Isso porque elas representam as principais estratégias nas quais as práticas de Promoção da Saúde se inscrevem na contemporaneidade, argumento desenvolvido na revisão de literatura realizada para a Tese (MATTIONI et al, 2021).

Desde o surgimento dos Estados-Nação, no século XV, existiu uma preocupação em providenciar medidas sanitárias capazes de possibilitar o funcionamento econômico e social. Inicialmente, as medidas adotadas compreendiam um minucioso processo de classificação e esquadramento dos corpos, com vistas à produção de comportamentos dóceis e obedientes, a fim de se evitar a disseminação de doenças contagiosas, nocivas às relações comerciais estabelecidas naquela época (FOUCAULT, 2014). A produção de corpos dóceis e obedientes, por meio de técnicas de adestramento dos comportamentos individuais, foi chamada de poder disciplinar (FOUCAULT, 2009b), desenvolvido e aplicado em (e por) diferentes instituições, das quais destacam-se as prisões, os hospitais (psiquiátricos e gerais) e as escolas. Embora tenha dado espaço a outras estratégias de governo<sup>3</sup>, o poder disciplinar não desapareceu e pode ser ainda identificado na contemporaneidade e, em alguns estudos, foram descritas práticas de Promoção da Saúde que envolvem o poder disciplinar (MATTIONI et al, 2021).

<sup>2</sup>Tais conceitos serão retomados e explicados ao longo do texto da Tese.

<sup>3</sup>Para a diferença, na Língua Portuguesa, entre governo e governoamento, sugiro a leitura de Veiga-Neto (2002).

Com o avanço dos séculos e as mudanças socioeconômicas, os mecanismos para a modulação de comportamentos deixam de ser algo individual, ou como chamou Foucault (2008), o anátomo-poder, e passa se constituir por um conjunto de estratégias voltadas ao corpo da população, ou o corpo-espécie. Esse é o contexto em que emerge a biopolítica, constituída por uma série de estratégias, articuladas entre si, que pretendem modular os comportamentos de maneira mais ou menos homogênea, em uma população. As técnicas utilizadas para viabilizar que o corpo-espécie, ou a população como um todo, adote comportamentos homogêneos, sem precisar ser vigiada ou coagida a tal, tem suas origens em uma tecnologia de poder vinculada ao cristianismo no mundo ocidental. Por meio de rituais e técnicas de confissão, autovigilância de pensamentos e ações, e da autopunição, o cristianismo construiu as bases que possibilitaram o governo de uns pelos outros e os métodos utilizados para ensinar as pessoas a se deixarem governar. Essa maneira de operar o poder - chamado poder pastoral - está diretamente relacionada às técnicas de subjetivação utilizadas para o controle e regulação dos corpos na modernidade (FOUCAULT, 2008).

Sustentadas nas tecnologias cristãs de condução de condutas, a partir do século XVIII, as técnicas de governo se aprimoraram no sentido da constituição de complexas tramas de dispositivos, que envolveu a construção de uma economia de saberes, vinculada a diferentes áreas do conhecimento, capazes de fazer com que as pessoas adotassem determinados comportamentos, sem que, para isso, fosse necessária uma intervenção direta e individual. Essa tecnologia de governo foi denominada de governamentalidade (FOUCAULT, 2008). Nessa racionalidade, os comportamentos são condicionados aos saberes legítimos, ou regimes de verdade, construídos a partir de discursos postos em circulação e aceitos, que definirão o que é correto e deve ser seguido e o que é errado e, portanto, deve ser refutado (FOUCAULT, 2009a).

Retomar, de maneira sucinta as teorizações descritas (poder disciplinar, poder pastoral, biopolítica e governamentalidade), tem por objetivo situar historicamente as tramas de poder exercidas ao longo dos séculos, por dois motivos. Primeiro, para demonstrar que a modulação dos modos de viver das pessoas, incluindo e tendo destaque o modo como pessoas e populações se relacionam e cuidam da própria saúde, é algo que acompanha o desenvolvimento das sociedades ocidentais e os sistemas econômicos (em sua maioria, capitalistas), políticos, culturais por elas adotados. Ou

seja, a Promoção da Saúde (embora não com essa denominação), entendida como uma estratégia biopolítica de controle e regulação das populações, tem suas raízes em tempos longínquos e acompanha o desenvolvimento socioeconômico ocidental.

O segundo objetivo dessa breve contextualização, histórica e conceitual, se justifica pela necessidade de descrição de como se constituiu a racionalidade de governo presente na atualidade, cujos métodos influenciam sobremaneira os sistemas de saúde como um todo e, suas práticas correspondentes, como, por exemplo, as práticas de Promoção da Saúde. Na atualidade, a tecnologia de governo que prevalece pode ser descrita como uma governamentalidade neoliberal<sup>4</sup>. Construída a partir das condições históricas colocadas ao mundo a partir do término da Primeira Guerra Mundial, a racionalidade neoliberal foi atualizando suas roupagens até adquirir as características atuais (DARDOT e LAVAL, 2016).

Os imperativos da governamentalidade, descritos por Foucault (2008), são adaptados às condições históricas atuais e se valem de mecanismos de modulação do desejo individual, para extrair o máximo desempenho dos sujeitos, em diferentes dimensões da vida, por meio de mecanismos da responsabilização individual, autogestão e autocobrança. Junto a isso, a racionalidade neoliberal prevê a desconstrução de políticas de proteção social, consideradas onerosas ao Estado, por meio de medidas de austeridade fiscal (DARDOT e LAVAL, 2016; CHAMAYOU, 2020).

O termo *austeridade* não está necessariamente incluído em alguma teoria econômica. Ganha expressão, no entanto, especialmente a partir da crise econômica mundial, deflagrada a partir de 2008, como um atributo intimamente ligado a um julgamento moral referente à postura a ser adotada diante da crise. Ou seja, sugerir que o Estado mantivesse sua postura protetora seria demasiadamente infantil por parte de governantes e população. Diante da crise, os sacrifícios, impostos pela diminuição de recursos públicos destinados para a proteção social, deveriam ser entendidos pela população como uma atitude adulta a ser adotada pelos cidadãos, mesmo que isso significasse viver em condições de extrema pobreza para muitas pessoas (SAFATLE, SILVA JUNIOR e DUNKER, 2021).

<sup>4</sup> Alguns autores indicam que já estamos vivendo sob a égide de uma governamentalidade algorítmica (ROUVROY e BERNS, 2015). Nessa Tese, considerando os objetivos e procedimentos metodológicos utilizados, não desenvolverei argumentações a este respeito.

Essa racionalidade alcança os sistemas nacionais de saúde na medida em que as políticas de saúde ocupam lugar de destaque no conjunto de ações de proteção social, bem como representam parcela importante nos gastos públicos com políticas sociais. A década de 1990 foi marcada pela elaboração e ampla divulgação de documentos técnicos, por parte de organismos financeiros internacionais (especialmente do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional), cuja finalidade era influenciar a estruturação de sistemas nacionais de saúde mais enxutos, delegando maiores responsabilidades a indivíduos e comunidades acerca dos cuidados de saúde (CARREIRO e DIAS, 2015).

Segundo contextualiza Paulo Buss et al. (2020), a expressão Promoção da Saúde foi utilizada pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1946. Seu marco teórico-metodológico e técnico-político passa a ser efetivamente construído, em nível mundial, a partir da realização da *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, realizada em Ottawa no Canadá (BUSS, 2020). A *Carta de Ottawa*, originada nesta Conferência, conceitua a Promoção da Saúde como o processo capaz de proporcionar às pessoas maior controle de diferentes aspectos para a melhoria da saúde. Assim um amplo espectro de práticas de saúde deve ser desencadeado, sobre diferentes dimensões da vida, para favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis (OMS, 1986). As oito Conferências Internacionais de Promoção da Saúde subsequentes (Adelaide-1988; Sundsvall-1991; Jacarta-1997; Cidade do México-2000; Bangkok-2005; Nairobi-2009; Helsinque-2013; e, Xangai-2016), procuraram construir as diretrizes internacionais para a sua operacionalização (BUSS et al., 2020).

Em paralelo ao movimento da Promoção da Saúde, as discussões acerca da necessidade de construção de serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), na estrutura dos sistemas nacionais de saúde, também tiveram centralidade. A realização da *I Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde*, em Alma Ata, no ano de 1978, foi o marco para disparar discussões sobre a necessidade de serviços de APS, nos diferentes países.

Ao longo dos anos, tanto a Promoção da Saúde quanto a Atenção Primária em Saúde foram construídas e atualizadas de acordo com as condições de possibilidade de cada país, em determinado período da história. No Brasil, o Movimento Sanitário, constituído na década de 1970, em pleno regime da ditadura militar, foi determinante para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio de intensa mobilização

social, construída a partir do trabalho de base com as comunidades, o Movimento Sanitário Brasileiro legitimou a saúde como um direito social na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A década de 1990 foi fundamental para a construção e implementação de políticas públicas no país, em um processo marcado por disputas de projeto de sociedade, sendo notória a influência da racionalidade neoliberal nesse processo. Silvio Gallo (2017) sustenta que, nesse período e na década seguinte, prevaleceu no país uma razão de Estado ancorada na governamentalidade neoliberal democrática, que aliava a agenda econômica neoliberal a uma participação representativa da sociedade, capaz de legitimar as políticas sociais construídas. Na área da saúde, na avaliação de Sônia Fleury (2009), o contexto no qual o projeto neoliberal exerceu amplo controle da sociedade brasileira, dificultou a construção do SUS em convergência com as propostas formuladas pelo Movimento da Reforma Sanitária, apontando um paradoxo na história do Movimento: ao se instituir como política pública, em condições adversas e parciais, perdeu sua força transformadora e seu caráter libertário de movimento instituinte. Nesse contexto, ainda de acordo com a autora, nossas chances de reaver a luta pela superação da iniquidade estrutural que caracteriza a sociedade brasileira, passa pela construção permanente do sujeito, para que possamos novamente colocar o instituinte no lugar do instituído.

As tensões entre racionalidades e projetos de sociedade influenciaram sobremaneira a estruturação do SUS, da APS e da Promoção da Saúde no Brasil. Essa pluralidade de racionalidades, presentes no campo das políticas de saúde, representa uma arena na qual os diferentes saberes constituem tensões e relações de poder que serão traduzidas em práticas de saúde. Isso pode ser identificado nos documentos técnico-legais que se referem às políticas de saúde e também nas práticas efetivamente realizadas no contexto dos serviços de saúde do SUS.

Os primeiros serviços de APS foram estruturados no Brasil ainda no final da década de 1970 e início da década de 1980. No entanto, seguindo a tendência histórica das políticas sociais, a ampliação dos serviços - e a construção de políticas públicas específicas para tal - aconteceu apenas nos anos 2000. A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>5</sup> foi publicada no país no ano de 2006 (BRASIL, 2006a),

<sup>5</sup> Neste estudo, partimos do entendimento de que, no Brasil, a APS está organizada com o nome de Atenção Básica (AB), tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária. Portanto, APS e AB

convergindo com a publicação da primeira Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006b). Isso demonstra que o cenário da APS, ao menos nos documentos técnico-legais, ocupa lugar privilegiado para a realização de práticas de Promoção da Saúde.

De acordo com Luiz David Castiel e Carlos Álvarez-Dardet Diaz (2007), as práticas de Promoção da Saúde se alinham a três vertentes principais: uma conservadora, centrada em induzir mudanças comportamentais para a diminuição da exposição a fatores de risco; outra reformista, na qual é prevista a produção de cidadãos de direitos; e, a terceira vertente se refere a uma Promoção da Saúde libertária ou radical, comprometida com mudanças mais profundas na estrutura social. O terceiro argumento a ser desenvolvido nessa Tese se refere à heterogeneidade de conceitos e práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS. A primeira vertente descrita, comportamental, parece ser hegemônica nas práticas de Promoção da Saúde realizadas nesse cenário. No entanto, cabe questionar se não existem outras práticas que escapem à racionalidade neoliberal.

Foucault (2019) afirmou que, onde há poder, existem resistências e contracondutas. Para o autor, o poder não é algo absoluto e centralizado, mas sim um conjunto de forças operadas em uma rede difusa e capilarizada, em um campo de saberes em que são produzidas resistências e contracondutas. As resistências seriam a ruptura com determinada investida das práticas de governamentalidade e as contracondutas seriam a adoção de condutas diferentes das ditadas pela governamentalidade (FOUCAULT, 2008). Assim, cabe questionar também se no cenário da APS, além das práticas de Promoção da Saúde inscritas na racionalidade neoliberal, também seria possível encontrar expressões de resistência e contraconduta.

A Tese, portanto, aqui desenvolvida, de acordo com a síntese dos três argumentos já apresentados, busca demonstrar que a Promoção da Saúde é polissêmica, influenciada por diferentes vertentes epistemológicas e construída a partir de condições de possibilidades históricas. Os diferentes saberes que a constituem se colocam em uma arena de relações de poder, que se traduzem e, ao mesmo tempo, produzem práticas de saúde. Embora existam práticas hegemônicas, que representam os regimes de verdade da contemporaneidade, resistências e contracondutas à

serão usadas como sinônimos, mantendo o termo Atenção Básica somente na nomenclatura da estrutura e regulamentações do Ministério da Saúde.

governamentalidade neoliberal também podem ser identificadas e têm potência para produzir outras práticas e diferentes modos de (re)existência na APS.

A **pergunta** (ou o **problema de pesquisa**) que guiou a pesquisa foi: *Quais são, como se constituíram e como são operacionalizadas as práticas de Promoção da Saúde na APS, atualmente?*

Para responder a esta pergunta, a Tese tem como **objetivo** analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, a partir das teorizações foucaultianas. Para atingir o pretendido, realizei uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, com inspiração genealógica, em que foram entrevistados/as 23 participantes, trabalhadores de serviços de APS. A análise dos dados deu origem a quatro artigos, que sistematizam os resultados da pesquisa e que explicarei mais sobre eles, a seguir.

Além da motivação pessoal, já apresentada, esta Tese se justifica por contribuir com o campo teórico-metodológico da Promoção da Saúde, na medida que seus resultados apresentam análises sustentadas em uma vertente epistemológica pouco utilizada para a discussão do tema. Nesse sentido, produzir tais discussões significa ampliar as possibilidades de análise nesse campo de saber. Destaca-se a relevância da presente pesquisa para a Enfermagem, profissão com atuação expressiva na APS, cujas atribuições abrangem as práticas de Promoção da Saúde. Na arena dos serviços e políticas públicas de saúde, as análises produzidas por meio da pesquisa podem subsidiar a tomada de decisão em relação à construção e condução de práticas de saúde. Em nível local, a exposição e discussão dos resultados podem vir a orientar mudanças no processo de trabalho das equipes, de acordo com entendimentos em relação ao efeito das práticas adotadas. A respeito da orientação de construção de políticas públicas de saúde, a presente pesquisa integra o rol de subsídios ofertados pela comunidade científica aos gestores, que podem, ou não, ser considerados em tais processos. Em qualquer uma das circunstâncias, tomando emprestadas as palavras de Foucault (2014), serão as condições de possibilidade ofertadas pela história que determinarão os desfechos.

Esta Tese será apresentada de maneira heterogênea em seu formato e estilo. Tal qual identifico as características da ciência na atualidade, será possível encontrar certa mistura de estilos de escrita ao longo do texto. Não se trata de desorganização ou crise de identidade, mas sim, de encontrar espaços, ou brechas, dentro das exigências da

produção científica contemporânea, para apresentar uma escrita mais fluída e com a presença (ainda que pequena!) para a arte. A capa da Tese foi elaborada pelo colega do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), Delisson Pereira da Luz. As imagens que compõe o mosaico representam cada participante da pesquisa. Conforme será detalhado no capítulo destinado a descrever o percurso metodológico, ao responder a entrevista, o/a participante era convidado a escolher uma expressão artística para substituir o seu nome e garantir o anonimato. A opção por substituir os nomes dos participantes por expressões artísticas se deve ao caráter artesanal e criativo que acredito serem características das práticas de Promoção da Saúde na APS. Desse modo, cada imagem selecionada representa um participante da pesquisa, de acordo com a expressão artística que ele/a mesmo/a escolheu. Apresentá-las no formato de mosaico também teve por objetivo representar a multiplicidade de saberes e práticas presentes no campo da Promoção da Saúde na APS. Colocadas lado a lado, podem parecer harmônicas ou contrastantes, tal qual as práticas de Promoção da Saúde identificadas pela pesquisa.

Em relação ao texto, a Tese foi construída a partir das exigências formais da escrita científica e foi preparada de modo a ser compartilhada com a comunidade científica, a fim de ampliar seu acesso e leitura. Mesmo que disponível na íntegra nos repositórios e bases de dados, uma Tese com mais de cem páginas dificilmente é lida em todo seu conteúdo. Por isso, acompanhando as tendências (e exigências) de publicações (e produtividade científica<sup>6</sup>), as partes integrantes da Tese foram preparadas de maneira que podem ser lidas isoladamente, em formato de artigo ou capítulo de livro, sem prejudicar o entendimento do leitor. Isso, no entanto, não excluiu a preocupação em criar um nexos entre os textos construídos, cujo objetivo foi desenvolver, com coerência e coesão, os argumentos apresentados. O leitor perceberá que o “eu lírico” utilizado na Tese oscila entre a primeira pessoa do singular e a primeira pessoa do plural. O primeiro caso ocorre quando o texto apresentado se refere

<sup>6</sup> Ainda que discorde da (e critique a) produtividade acadêmico-científica atual – que vai na mesma direção da racionalidade neoliberal – me submeti e me sujeitei a esta lógica, transformando a Tese no máximo possível de produtos acadêmicos publicáveis. Sobre as contradições desse modelo “imposto” (ou desejado) pelos nossos pares, sugiro a leitura dos artigos do número especial do *Cadernos de Pesquisa* (v. 45, n. 158, publicado em 2015, disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/i/2015.v45n158/>), assim como do artigo de Carla Bottega, Rosane Machado Rollo, Adriana Roese Ramos e Cristianne Maria Famer Rocha (2020) sobre a possibilidade de se participar de atividades coletivas “abertas”, em que é possível produzir (muito), a partir de leituras compartilhadas e escritas solidárias, e valorização da diversidade e pluralidade de ideias.

a minha produção individual. Aparece, principalmente nos elementos que não integram os artigos preparados para a publicação. Nesse caso, o eu lírico muda para o plural, para contemplar as produções coletivas, realizadas em parceria com a orientadora da pesquisa e, em alguns casos, com outros integrantes do Grupo de Pesquisa<sup>7</sup>.

Deste modo, a introdução, objetivos e considerações finais seguem a estrutura tradicional de uma Tese, utilizando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Nos outros elementos: fundamentação teórica, procedimentos metodológicos e resultados, o leitor encontrará textos que correspondem a artigos ou capítulo de livro (publicados, enviados para a publicação ou ainda não enviados para publicação<sup>8</sup>). Cada um destes textos foi escrito e formatado de acordo com as normas das revistas científicas para os quais foram preparados. Sendo assim, diferentes estilos (de formatação e referenciamento bibliográfico, principalmente) serão encontrados. Além disso, as referências bibliográficas utilizadas em cada um dos textos/artigos são apresentadas ao final de cada um. Por outro lado, as referências utilizadas na introdução, epígrafes e considerações finais aparecem ao final da Tese. Destaco, ainda, que foi inevitável que alguns constructos tenham se repetido nos textos, especialmente aqueles que se referem a aspectos introdutórios e metodológicos, além de conceitos-chave, que precisaram ser retomados para que os textos pudessem ser entendidos quando lidos separadamente. Em função dessa inevitável repetição, peço desculpas desde já pelos incômodos que uma escrita/leitura assim representam aos leitores que vierem a ler a Tese na íntegra, inclusive às professoras e ao professor avaliadores que compõem a banca de exame dessa Tese.

Assim, apresento a seguir como está organizado o texto da Tese, após este texto introdutório. No Capítulo 2, apresento os objetivos (geral e específicos) da Tese. No Capítulo 3, encontramos a fundamentação teórica, organizada em dois artigos destinados a apresentar o estado da arte referente à Promoção da Saúde na APS. O primeiro, *A Atenção Primária em Saúde no Brasil como cenário de práticas de*

<sup>7</sup> Faço referência ao Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), coordenado desde 2018, pela minha orientadora, e que está cadastrado, desde 2005, no Diretório dos Grupos de Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação do Brasil. Maiores informações em: <http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/1505224790037948> ou <https://www.ufrgs.br/geps/>

<sup>8</sup> No início de cada texto, informamos em nota de rodapé, se o texto já foi publicado (onde e quando), submetido (onde e quando) ou para qual periódico pretendemos submeter.

*Promoção da Saúde: revisão integrativa*, consiste em uma revisão integrativa, como o próprio título indica, cujo objetivo foi identificar e analisar as práticas de Promoção da Saúde, destinadas a grupos e coletivos, realizadas por equipes de Atenção Primária em Saúde, no Brasil, nos últimos cinco anos. O segundo, intitulado *Práticas de Promoção da Saúde e Michel Foucault: uma revisão de escopo*, buscou analisar as práticas de Promoção da Saúde em diferentes contextos mundiais, apresentadas em estudos que utilizaram o referencial foucaultiano, publicados nos últimos quinze anos.

O percurso metodológico apresenta os pressupostos e técnicas de pesquisa utilizadas. Seu formato corresponde a um capítulo de livro, cujo título é *Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária: uma pesquisa inspirada na genealogia de Michel Foucault*. O mesmo foi submetido ao edital promovido pela *International Union for Health Promotion and Education (IUHPE)*<sup>9</sup>, a fim de compor o *Handbook of Health Promotion Research*<sup>10</sup>.

Os resultados também são apresentados no formato de artigos. O primeiro, *Promoção da Saúde na Atenção Primária: sobre discursividades e tensões em um cenário de práticas*, teve como objetivo descrever e analisar as práticas de Promoção da Saúde realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde. O segundo, *Emergências e proveniências de discursos que constituem as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde*, buscou analisar como se constituíram as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, no Brasil. O terceiro artigo, *Promoção da Saúde na Atenção Primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador*, teve por objetivo conhecer e analisar os efeitos e as limitações da Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde. Por fim, o quarto artigo, *Práticas de Promoção da Saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal*, pretendeu analisar os discursos presentes nas práticas de Promoção da Saúde, realizadas na Atenção Primária em Saúde, capazes de se constituírem como resistências e contracondutas às práticas inscritas na governamentalidade neoliberal.

Por fim, apresento as considerações finais da Tese, em que busco responder, com as análises realizadas, a questão de pesquisa, assim como indicar quais os principais resultados da investigação realizada, em relação aos objetivos pretendidos.

<sup>9</sup> Em tradução livre: União Internacional para a Promoção e a Educação em Saúde.

<sup>10</sup> Em tradução livre: Manual de Pesquisa em Promoção da Saúde.

A partir desta construção textual, espero ofertar análises consistentes e produtivas para o campo da Promoção da Saúde e, principalmente, suscitar inquietações capazes de gerar novas perguntas e outros estudos sobre a temática, pois o recorte de uma única pesquisa é limitado e o andar da história exige a manutenção de um olhar atento e crítico sobre os seus acontecimentos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, a partir das teorizações foucaultianas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Conhecer as narrativas de trabalhadores da APS, relativas às práticas de Promoção da Saúde que protagonizam.
- Caracterizar as práticas de Promoção da Saúde que são realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde.
- Descrever as relações de saber-poder no campo da Promoção da Saúde na APS, bem como as emergências e proveniências destas práticas.
- Conhecer as dificuldades e potencialidades para a realização de práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sem documento, visto ou mapa astral  
 Chegava ao mundo uma pessoa normal  
 Nasci assim, pobre de mim  
 Sentindo o gosto ruim da vida real  
 Eu me limito à saudação trivial  
 Muito prazer em conhecer, tchau  
 Tanta gente buzinando esqueceu de andar  
 Veio ao mundo por engano, eu vim passear  
 Disseram que a vida nesse lugar  
 Depende da temperatura do ar  
 Televisão, teto solar para ver  
 Cerveja e cama para sobreviver  
 Não me preocupa a quantidade de sal  
 Um dia salva e no outro dia faz mal  
 Que gosto tem o que faz bem?  
 Que gosto tem é o que me importa  
 Tanta gente buzinando esqueceu de andar  
 Veio ao mundo por engano, eu vim passear  
 Eu vim passear  
 (DINGO BELLS, 2015)

A canção do conjunto musical *Dingo Bells* ilustra a heterogeneidade e a fugacidade em relação ao que se considera um comportamento saudável ou não. Além disso, nos lembra que, diante de todas as orientações do bem viver, existe um indivíduo, com história, vontades e contexto de vida. Busquei olhar para todos esses elementos ao analisar o que diz a literatura científica sobre as práticas de Promoção da Saúde, na atualidade.

Assim, a fundamentação teórica da Tese buscou apresentar um estado da arte, capaz de mostrar uma fotografia das práticas de Promoção da Saúde realizadas no Brasil e no mundo, na atualidade. Para garantir o rigor metodológico, optei por realizar revisões sistemáticas de literatura. A primeira, uma revisão integrativa, apresenta as práticas de Promoção da Saúde realizadas da APS do Brasil, nos últimos cinco anos. A segunda, uma revisão de escopo, apresenta práticas de Promoção da Saúde, realizadas em diferentes cenários do mundo, em estudos que utilizaram o referencial foucaultiano em suas análises.

Destaco ainda a opção que fiz em delimitar os conceitos-chave utilizados - Promoção da Saúde, Atenção Primária em Saúde, genealogia, biopolítica, governamentalidade, resistência, contraconduta - entre outros acionados ao longo da Tese -, no contexto das análises, sem dedicar um espaço de escrita mais descritiva para os mesmos. Fazê-lo desta maneira, tem a finalidade de evitar cansativas repetições.

### 3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL COMO CENÁRIO DE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA<sup>11</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar e analisar as práticas de Promoção da Saúde, destinadas a grupos e coletivos, realizadas por equipes de Atenção Primária em Saúde, no Brasil, nos últimos cinco anos. **Métodos:** Revisão integrativa, com estudos selecionados a partir de diferentes repositórios e bases de dados científicos. Foram incluídos artigos originais, elaborados a partir de pesquisa científica, publicados entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2021. **Resultados:** Os dados foram agrupados em uma síntese numérica e uma síntese temática. As práticas de Promoção da Saúde descritas pelos estudos se inscrevem majoritariamente na abordagem comportamental. Alguns estudos apresentaram práticas que remetem à abordagem reformista participativa. **Considerações Finais:** Identificamos a necessidade de ampliação do escopo das práticas de Promoção da Saúde, realizadas na Atenção Primária em Saúde, para possibilitar um maior impacto destas sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Descritores:** Atenção Primária em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde Coletiva.

#### INTRODUÇÃO

A saúde tem passado por marcantes transformações em seus conceitos e práticas. Ao longo do tempo, assistimos a uma ampliação dos limites evocados pelo significado do termo. O modelo médico-hospitalocêntrico, focado na cura da doença, apesar de ter alcançado certa hegemonia, conviveu com críticas. Disputou espaços com propostas alternativas, como o modelo da Atenção Primária à Saúde (APS), pensada, internacionalmente, desde o início do século XX.

O Relatório Dawson de 1920 é um dos primeiros documentos a difundir a noção de APS em uma perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e com uma base geográfica definida. Sob este enfoque, a intervenção médica deveria ser praticada também nas comunidades, a partir de abordagens generalistas. As concepções desse documento influenciaram a criação do sistema de saúde britânico, em 1948, e esse, por sua vez, influenciou a reorganização dos sistemas de saúde de vários países, como em Cuba,

<sup>11</sup> Artigo formatado de acordo com as normas de publicação da *Revista Brasileira de Enfermagem*. Submetido para avaliação em 30 de julho de 2021.

após a Revolução Socialista de 1959, e no Canadá, no final dos anos 1960. Estes países podem ser considerados berços de experiências da Medicina de Família no mundo. Entretanto, somente na década de 1970, quando as críticas ao modelo médico-hospitalocêntrico crescem e se refinam, é que a proposta da APS ganha força internacionalmente. Tais reflexões afirmam que o modelo médico-hospitalocêntrico, mesmo sem nunca ter deixado de estar presente na maioria dos países, inclusive no Brasil, seria demasiadamente dispendioso, excludente e pouco eficiente no melhoramento global dos níveis de saúde da população<sup>1</sup>.

Os modelos universais de proteção à saúde são mais eficazes e equânimes e, por consequência, impactam positivamente nas condições de saúde da população. Assim, foi caracterizada uma APS abrangente, a partir de quatro atributos essenciais: primeiro contato; continuidade e longitudinalidade; integralidade em todos os âmbitos da saúde e coordenação das diversas ações de serviço. São apontados, ainda, três atributos derivados: abordagem familiar; abordagem comunitária e competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais<sup>2</sup>.

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregadas outras perspectivas, concepções e diretrizes; assim, a APS foi (e ainda é) também chamada de Atenção Básica (AB), “como significante de resistência à APS seletiva”<sup>3:40</sup>. Ou seja, buscou-se desenvolver um arcabouço teórico e legal capaz de ampliar o escopo da APS no país, em oposição à perspectiva proposta pelo Banco Mundial, inscrita na racionalidade neoliberal, que previa um pacote restrito de serviços de saúde que deveria ser direcionado às populações mais pobres. Assim, buscou-se garantir, pelo menos na base legal da APS brasileira (chamada, desde então, de Atenção Básica), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que preveem a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade<sup>3</sup>.

A partir da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006<sup>4</sup>, e de sua atualização em 2011<sup>5</sup>, a rede de serviços que integram a APS foi ampliada no país, incluindo equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF); Estratégia de Saúde Bucal (ESB); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa Academia da Saúde; Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras iniciativas que visavam ampliar e qualificar a APS no país. Já a versão da PNAB, publicada em 2017<sup>7</sup>, representou um recrudescimento desta rede de serviços,

acompanhando a tendência de menores investimentos em políticas sociais, que ocorreu no Brasil a partir de 2016<sup>3</sup>.

De acordo com a PNAB<sup>6</sup>, o processo de trabalho das equipes da ESF prevê ações de Promoção da Saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Considerando que os núcleos profissionais que integram a equipe mínima de ESF são Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e Medicina, destacamos o protagonismo da Enfermagem, em parceria com outras profissões da área da saúde, na condução de práticas de Promoção da Saúde na APS.

A Promoção da Saúde (PS), em sua apresentação brasileira, se constituiu como uma síntese das vertentes conceituais do movimento da PS, originado no Canadá, e da Saúde Coletiva, estruturado no Brasil, desde a década de 1970. Assim, incorpora em seus documentos técnico legais, bem como em suas práticas, tanto a racionalidade neoliberal adotada pelos organismos financeiros internacionais, quanto as perspectivas participativas e de cidadania, presentes no Movimento Sanitário Brasileiro<sup>7</sup>.

Desta forma, a Promoção da Saúde pode caracterizar-se tanto por abordagens focadas unicamente em mudanças de comportamentos individuais, quanto por abordagens que contemplem estratégias ampliadas, envolvendo diferentes setores para a melhoria dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Estes, são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O *Modelo de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead* inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes<sup>8</sup>.



**Figura 1.** Modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead<sup>8</sup>.

Diante do exposto, o objetivo deste artigo é identificar e analisar as práticas de Promoção da Saúde, destinadas a grupos e coletivos, realizadas por equipes de APS (incluindo ESF, ESB, NASF), no Brasil, nos últimos cinco anos. Buscaremos sustentar nossas análises nos referenciais teóricos da APS, da Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais da Saúde.

## MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa, cujo método se sustenta na Prática Baseada em Evidências e tem por objetivo identificar estudos que apontem para evidências científicas relacionadas às práticas em saúde. Foram seguidos os seis passos metodológicos da revisão integrativa: (1) formulação do problema ou questão; (2) definição dos critérios para inclusão; (3) definição das informações a serem extraídas; aplicação de um instrumento; (4) análise das informações registradas; (5) interpretação e discussão dos resultados; e, (6) apresentação da revisão<sup>9</sup>.

A questão que orienta esta revisão foi elaborada da seguinte forma: quais as práticas de Promoção da Saúde foram/estão sendo realizadas pelas equipes de Atenção Primária em Saúde, no Brasil, nos últimos cinco anos?

Os estudos foram selecionados em diferentes repositórios e bases de dados. Através da: Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), foram acessadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); e, *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL); e, através do *PubMed: a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Embase*; *Web of Science*; e, *Scopus*.

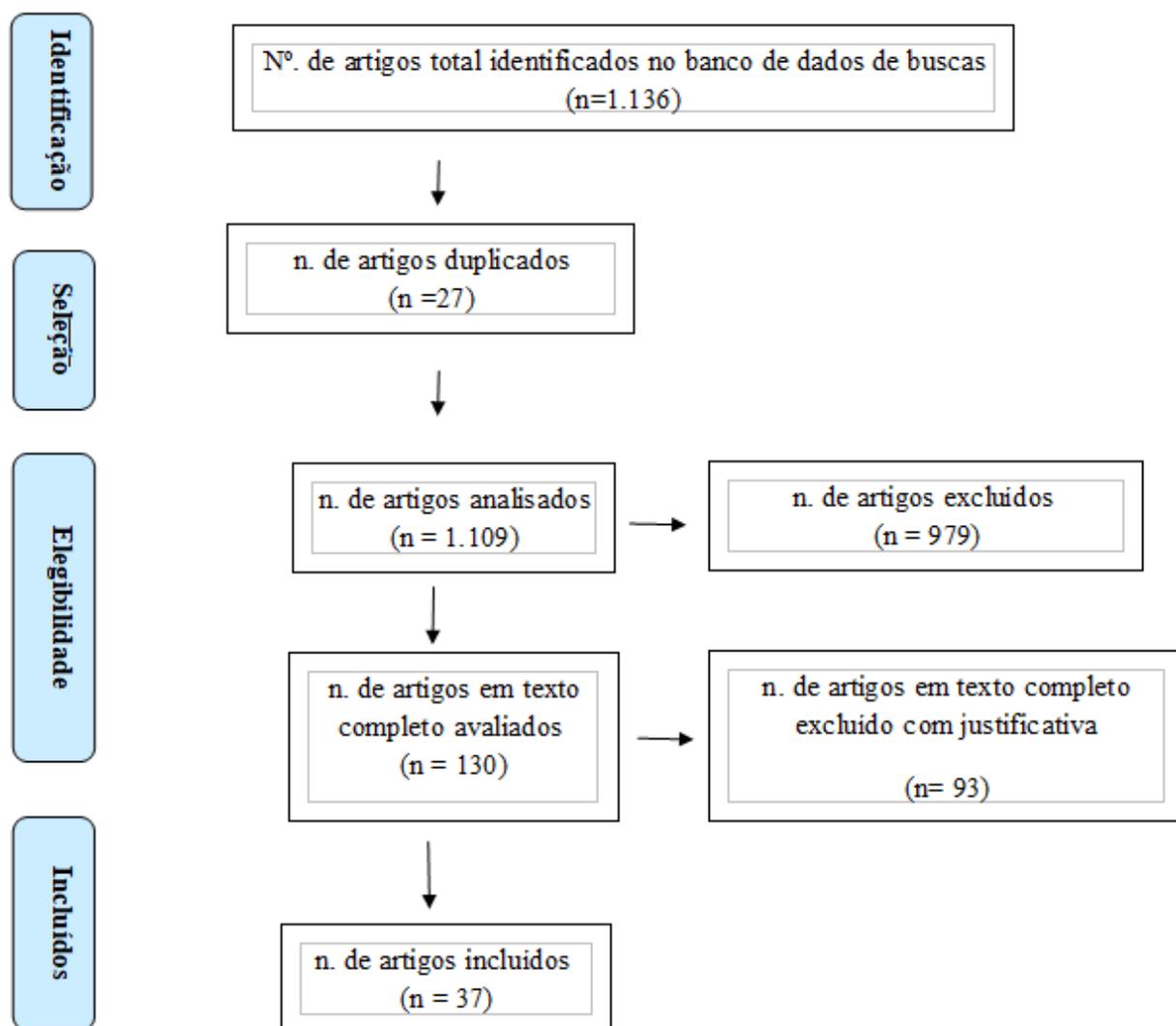
Os critérios de inclusão foram: artigos originais, elaborados a partir de pesquisa científica, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, cujo objeto abordasse práticas de Promoção da Saúde, voltadas a grupos e coletivos, realizadas no contexto da Atenção Primária em Saúde, no Brasil. Foram incluídos estudos que, em sua estrutura, analisam práticas de Promoção da Saúde, em suas diferentes dimensões e heterogeneidade. Artigos de revisão de literatura e relatos de experiência, bem como dissertações e Teses, foram descartados. Quanto aos participantes (sujeitos de pesquisa) dos estudos incluídos, foram os profissionais da saúde e usuários dos serviços de APS. Para a busca na literatura, foi estabelecido o limite temporal de

estudos publicados de janeiro de 2016 a fevereiro de 2021. Esse recorte temporal foi estabelecido para contemplar o cenário de práticas ilustrados pelas publicações mais atuais, dos últimos cinco anos, considerando também a publicação da segunda versão da Política Nacional de Promoção da Saúde, atualizada em 2014<sup>10</sup>.

A busca dos artigos foi realizada no mês de fevereiro de 2021, cruzando o descritor e/ou MeSH (*Medical Subject Headings*) “Promoção da Saúde” com as palavras-chave “Atenção Primária em Saúde” e/ou “Atenção Básica em Saúde”, por meio dos operadores booleanos AND e OR. Os correspondentes descritores em inglês foram: *Health Promotion* e *Primary Health Care*. E no idioma espanhol foram: *Promoción de la Salud* e *Atención Primaria de la Salud* (não existe descritor específico correspondente à “Atenção Básica” em inglês e espanhol).

A opção por incluir apenas artigos que relatem pesquisas destinadas a ilustrar práticas de Promoção da Saúde no cenário brasileiro se deve à pretensão de vincular as análises às construções e operacionalização de políticas públicas de saúde no contexto do SUS. Essa escolha limita a exposição de práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS, no cenário internacional, mas possibilita o aprofundamento das análises referentes ao sistema de saúde brasileiro. Ainda com estas limitações geográfica e temporal, encontramos uma vasta produção científica na área, no período pesquisado.

A seleção dos estudos se deu em etapas consecutivas, incluindo a leitura do título, do resumo e do artigo na íntegra. Discordâncias dos achados entre os revisores foram resolvidos com a mediação de um terceiro pesquisador. A Figura 2 exibe o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados de acordo com as recomendações do PRISMA<sup>11</sup>.



**Figura 2.** PRISMA das etapas de identificação, seleção e elegibilidade dos artigos

Após a realização das buscas, identificamos artigos duplicados (27). Em seguida, realizamos a leitura do título e do resumo dos 1.109 artigos encontrados. Nessa primeira etapa, foram eliminados 979 artigos por não corresponderem ao objetivo desta revisão integrativa, conforme segue: identificar e analisar as práticas de Promoção da Saúde, destinadas a grupos e coletivos, realizadas por equipes de APS, no Brasil, nos últimos cinco anos.

Em um segundo momento, realizamos a leitura na íntegra dos 130 artigos restantes, sendo excluídos outros 93 estudos por não responderem ao objetivo da revisão e aos critérios de inclusão, acima descritos. Ao final, 37 artigos apresentaram correlação aos objetivos e foram incluídos nessa revisão.

Os dados foram mapeados com um instrumento estruturado que permitiu a síntese dos principais resultados: ano de publicação, periódico, local de estudo, tipo de

serviço, participantes da pesquisa, coleta de dados, método usado, tipo de análise, temática abordada, resultados, principais abordagens da Promoção da Saúde apresentadas.

Por fim, foi realizada a etapa de compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral de todo o material. Esses resultados são apresentados por meio de uma síntese numérica e temática. Na síntese numérica, foram descritas as características dos estudos incluídos, tais como número total de estudos, tipos de método, anos de publicação, características da população em estudo, periódicos nos quais os estudos foram publicados e as práticas de Promoção da Saúde abordadas nos artigos. Já a síntese temática foi organizada de acordo com as características das práticas e das diferentes abordagens da Promoção da Saúde identificadas nos resultados dos estudos.

## **RESULTADOS**

Dos 1.109 artigos identificados, 37 foram incluídos nesta revisão. O período de publicações foi de janeiro de 2016 a fevereiro de 2021, sendo que em 2016 e 2020 foram publicados o maior número de artigos, nove em cada ano. Os 37 artigos relatam estudos desenvolvidos no Brasil, correspondendo aos critérios de inclusão.

Em relação à metodologia empregada, 21 estudos foram realizados por meio da metodologia qualitativa e 16 estudos utilizaram a metodologia quantitativa. Nenhum estudo utilizou métodos mistos. Os dados de pesquisa dos artigos incluídos foram obtidos através de dados secundários: sistemas de informação em saúde (dois estudos) e material publicado por serviços de saúde em mídias digitais (um estudo); e, através de dados primários: questionários (treze estudos); entrevistas (dezoito estudos); grupos focais (cinco estudos); e, observação (três estudos). Quatro pesquisas utilizaram mais de uma técnica de coleta de dados.

Quanto às revistas científicas, nas quais os artigos foram publicados, destaca-se que a maior parte são brasileiras, sendo apenas uma originária de outro país. A área de conhecimento dos periódicos é: Saúde Coletiva (vinte revistas); Enfermagem (treze revistas); e, Epidemiologia (quatro revistas).

Identificamos os principais resultados de cada estudo após a leitura dos textos na íntegra. O Quadro 1 mostra os temas de cada artigo e as abordagens da Promoção da Saúde. Para definirmos a caracterização da abordagem da PS utilizada, utilizamos a nomenclatura adaptada à proposta por Castiel e Diaz<sup>12</sup>: abordagem

*comportamental/adoção de hábitos saudáveis* inscritas na perspectiva conservadora, em que a PS seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência à saúde; e, abordagem *reformistas/participativa*, na qual a PS atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, através da ênfase em políticas públicas e ação intersetorial. A perspectiva *libertária* que, segundo os autores, caracteriza mudanças sociais mais profundas, não foi identificada nas práticas descritas pelos estudos incluídos.

**Quadro 1.** Temáticas identificadas nos estudos e abordagens da Promoção da Saúde

| <b>Temática Abordada</b>   | <b>Abordagem da PS utilizada*</b>                                    |
|--|--|
| Prática de atividade física <sup>13-19</sup>                             | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Promoção da Saúde para portadores de condições crônicas <sup>20-24</sup> | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Práticas Integrativas e Complementares – PICS <sup>14,25-27</sup>        | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Conjunto heterogêneo de práticas de Promoção da Saúde <sup>28-30</sup>   | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Alimentação saudável <sup>31-32</sup>                                    | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Práticas de educação em saúde para gestantes <sup>33-34</sup>            | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Educação em saúde para a mudança de estilos de vida <sup>35-36</sup>     | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Promoção da Saúde sexual e reprodutiva <sup>37-38</sup>                  | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Promoção da Saúde e a participação social <sup>39-40</sup>               | Reformista Participativa   |
| Promoção da Saúde por meio de grupos de saúde <sup>41-42</sup>           | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Promoção da Saúde do idoso <sup>43-44</sup>                              | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Promoção da Saúde Bucal <sup>45</sup>                                    | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Programa Saúde na Escola – PSE <sup>46</sup>                             | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |
| Promoção da Saúde na adolescência <sup>47</sup>                          | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Cessação do Tabagismo <sup>48</sup>                                      | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis                           |
| Educação em saúde nas m dias digitais <sup>49</sup>                      | Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa |

\*De acordo com os resultados dos artigos analisados<sup>13-49</sup>.

Fonte: Mattioni e Rocha (2021).

Após a identificação das temáticas, presentes nos artigos, e das abordagens da Promoção da Saúde, agrupamos os dados, de acordo com os resultados dos estudos, em seis sínteses temáticas. Os conjuntos de temas não foram previamente definidos, mas sim emergiram dos dados empíricos, apresentados nas pesquisas incluídas nesta revisão.

### ***Promoção da Saúde como sinônimo de educação em saúde para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis***

A Promoção da Saúde é abordada nos artigos como sinônimo de Educação em Saúde. Práticas educativas são utilizadas para induzir usuários do serviço de saúde a adotarem comportamentos e hábitos saudáveis<sup>13,20,22,32-38,44,48-49</sup>. Alguns estudos identificaram a insuficiência das práticas educativas para a mudança de hábitos<sup>13,22,49</sup>. Outros apontaram mudanças nos hábitos de vida a partir das práticas educativas, mas sugerindo a necessidade de expansão e qualificação de atividades com tais características<sup>13,20,32,34,37-38,48</sup>. A potencialidade das práticas educativas para a mudança de estilos de vida está na inclusão de metodologias dialógicas e que levem em consideração o contexto de vida dos usuários que participam das atividades<sup>22,33,48-49</sup>.

### ***Fatores associados à adesão/participação nas práticas ofertadas***

Os fatores que interferem na maior ou menor participação de práticas de Promoção da Saúde foram descritos em alguns dos estudos incluídos<sup>16-18,31,36,42</sup>. A condição atual de saúde se mostrou como fator que interfere na adesão das práticas de atividade física, de modo que uma autopercepção de estar mais saudável aumenta as chances de participar da atividade<sup>31</sup>. A falta de preparo dos profissionais para conduzir as práticas e a distância do serviço de saúde e a residência dos usuários foram fatores que dificultam a participação<sup>16</sup>. O vínculo<sup>17,36</sup>, o comprometimento da equipe de saúde com os usuários, a motivação individual para melhorar sua condição de saúde<sup>17</sup>, o espaço de escuta, o compartilhamento de momentos de descontração, a troca de experiências<sup>18</sup>, o adequado processo de trabalho das equipes de saúde, o apoio e o incentivo da gestão atual foram apontados como fatores que favorecem a participação dos usuários. O sentimento de pertença potencializa a permanência nas atividades pelo reconhecimento de seus saberes e necessidades afetivas, sociais e de saúde<sup>36</sup>.

### ***Descrição e análise de um conjunto de práticas de Promoção da Saúde***

Alguns artigos apresentaram como resultado uma análise do conjunto de práticas desenvolvidas no serviço de APS pesquisado<sup>14,21,28,30,37,45-46</sup>. Observou-se que as ações de Promoção da Saúde eram heterogêneas<sup>14,45</sup>, abrangentes, diversificadas e desenvolvidas em conjunto com a equipe e a comunidade. Atendiam a diferentes faixas etárias, grupos específicos e vulneráveis e eram desenvolvidas por meio de diversas abordagens, tais como trabalho com grupos, orientação aos usuários, atendimentos individuais, intervenções em escolas, formação de parcerias institucionais<sup>14</sup>. Outro estudo aponta que a ação mais relatada pelas equipes foi a avaliação e reabilitação de condições psicossociais<sup>21</sup>. O fortalecimento das ações de Promoção da Saúde, principalmente para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) pela APS, também foi relatada<sup>28,30</sup>. Foram identificadas discrepâncias entre as regiões do país no que se refere à qualidade e à quantidade de práticas de Promoção da Saúde, sendo as regiões Sul e Sudeste os locais em que mais se identificam ações de Promoção da Saúde<sup>45</sup>. Também foi descrito que as maiores ofertas de ações educativas e de Promoção da Saúde ocorreram nos municípios de menor porte e com maior cobertura de Saúde da Família<sup>30</sup>. Aponta-se a necessidade de qualificação das equipes de APS e da construção de práticas capazes de incidir sobre os Determinantes Sociais da Saúde<sup>45-46</sup>.

### ***Promoção da Saúde como resistência ao modelo biomédico e aumento da qualidade de vida***

Nessa síntese, estão agrupados os estudos que apontam práticas de Promoção da Saúde que são capazes de aumentar a qualidade de vida e diminuir a medicalização (no que se refere ao uso de medicamentos e procedimentos terapêuticos)<sup>24-27,41-43</sup>. As Práticas Integrativas e Complementares (PICS) são relatadas como ações potentes para o aumento do bem estar, da integralidade da atenção e diminuição da medicalização na APS<sup>25-27,43</sup>. Resultados de outro estudo demonstram que as abordagens de grupo podem contribuir com a transformação do modelo hegemônico biomédico das práticas de saúde<sup>41</sup>. Deslocamentos de espaços de grupo, destinados à prescrição de medicamentos e aferição de sinais vitais, para seu estabelecimento como espaço de encontro e convivência comunitária, focado em conversas acerca de conhecimentos, apoio social e estratégias para a qualidade de

vida e a realização de projetos de felicidade também podem ser entendidos como diminuição da medicalização em saúde<sup>24</sup>.

### ***Processos reflexivos e participação como práticas de Promoção da Saúde***

A oferta de espaços para a reflexão sobre as condições de saúde da comunidade, bem como do funcionamento e necessidades do serviço de APS, foram apontadas como expressões da Promoção da Saúde<sup>39-40</sup>. A Educação Popular em Saúde (EPS) é descrita como uma estratégia capaz de superar práticas tradicionais de Educação em Saúde, nas quais ocorre apenas a transmissão de informações. Já a EPS é capaz de, além de mediar a construção de novos saberes, promover o desenvolvimento de posturas responsáveis e autônomas, a transformação da realidade e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos<sup>39</sup>. A participação popular, por meio dos Conselhos Locais de Saúde, foi descrita como prática de Promoção da Saúde. Os conselheiros sentem-se importantes como colaboradores na elaboração de políticas públicas e no auxílio a outros órgãos no controle orçamentário e fiscalizatório<sup>40</sup>.

### ***Oferta de espaços para atividade física nas comunidades***

Por fim, estudos demonstram que oferecer espaços, estrutura, apoio e orientação para a realização de práticas de Promoção da Saúde é fundamental para que elas ocorram<sup>15,19</sup>. A presença de academias da saúde, montadas no território de atuação da equipe de APS/ESF, foi imprescindível para que os usuários passassem a realizar atividade física<sup>15</sup>. Outro estudo evidenciou maior chance de se atingir os níveis de atividade física diária suficientes nos locais em que o Programa Academia da Saúde estava presente<sup>19</sup>.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados apresentados apontam o predomínio de práticas de PS direcionadas a pessoas portadoras de condições crônicas, por meio de ações de Educação em Saúde, para a adoção de comportamentos e hábitos saudáveis<sup>13,20,22,32-38,44,48-49</sup>.

O incremento de tais práticas ocorreu a partir dos anos 2000 no Brasil, e acompanha a publicação de políticas públicas na área da saúde. Tais políticas visam a

reorganização do sistema de saúde brasileiro, no sentido de proporcionar a integralidade e a equidade, por meio de serviços de saúde articulados em rede. Além disso, busca a indução de modelos de atenção capazes de atender também as condições crônicas de saúde, que passam a ser prevalentes com o envelhecimento da população.

Observamos que as práticas de Promoção da Saúde, relatadas pelos estudos incluídos nesta revisão integrativa, demonstram um alinhamento às orientações destas políticas. Retomando o modelo explicativo dos DSS<sup>8</sup>, podemos inferir que tais práticas, que utilizam apenas a abordagem comportamental da PS, alcançam apenas a camada mais individual dos DSS, que se refere aos hábitos e estilos de vida. Embora tais práticas possam ter algum impacto para a melhoria das condições de saúde das pessoas, conforme apontaram estudos incluídos nesta revisão<sup>13,20,32,34,37-38,48</sup>, a ausência de políticas públicas capazes de alcançar os aspectos mais distais no *Modelo de Dahlgren e Whitehead*, dos DSS<sup>8</sup> (moradia, renda, saneamento, educação, meio ambiente, entre outros) significa delegar aos indivíduos e comunidades toda a responsabilidade por cuidarem de si mesmos.

Esta abordagem da Promoção da Saúde, denominada como comportamental, ao ser posta em ação isoladamente, acompanha a racionalidade neoliberal, que ganhou espaço nas políticas de saúde brasileiras, principalmente a partir dos anos 2000. O projeto neoliberal na área da saúde foi estruturado ainda na década de 1990, pelos organismos financeiros internacionais, que previam em seus modelos de atenção à saúde, a oferta de pacotes mínimos de serviços pelo Estado e a responsabilização máxima de indivíduos e comunidades pelos cuidados de saúde<sup>7</sup>.

No entanto, ainda que em menor número e ocupando um caráter marginal no campo da Promoção da Saúde, foram relatadas práticas que estimulam os processos de reflexão sobre as condições de saúde individuais e coletivas, na comunidade, buscando também apontar as responsabilidades do Estado em relação ao setor saúde<sup>39-40</sup>. O fato de poucos estudos ilustrarem práticas de PS com tais características, pode representar que elas ocupam lugar marginal no cenário da APS, ou então, que a comunidade científica não relata (ou não consegue encontrar espaço nos periódicos científicos para relatar) os processos participativos como exemplos de Promoção da Saúde.

Destacamos, ainda, a influência dos princípios e diretrizes da APS no Brasil, que sustentam as tecnologias de cuidado utilizadas e os pressupostos da relação das equipes com os usuários. Atributos como o vínculo, a longitudinalidade, a

integralidade, a atuação nos territórios e a construção compartilhada de saberes<sup>16-18,31,36,42</sup> denotam potencialidades, tanto para fomentar a participação nas práticas de Promoção da Saúde ofertadas, quanto para possibilitar a ampliação do escopo de tais práticas, estimulando a construção de espaços de reflexão e resistência à racionalidade neoliberal que tende a responsabilizar apenas os indivíduos pela sua saúde<sup>8</sup>.

Além disso, algumas práticas de Promoção da Saúde relatadas nos estudos incluídos<sup>24-27,41-43</sup> contribuem para abordagens mais integrais, que resultam em bem-estar individual e menor uso de medicamentos e procedimentos invasivos. Assim, o impacto de tais práticas significa a resistência ao processo de intensa medicalização, preconizado pelo modelo biomédico, presente em muitos serviços de saúde.

As práticas relatadas pelos estudos, que alcançam aspectos mais distais dos DSS<sup>8</sup>, são aquelas associadas a políticas públicas que ofertam serviços nos territórios<sup>15,19</sup>. Também em menor número, estes estudos demonstraram como a presença do Estado, por meio de serviços de saúde estruturados no território de vida das pessoas, são capazes de estimulá-las a se engajarem no seu cuidado de saúde. Destacamos, assim, a premissa da Promoção da Saúde, cujo escopo é ampliado, que pressupõe que a complexidade da Determinação Social da Saúde demanda respostas igualmente complexas e com o engajamento de diferentes atores no processo: indivíduo, comunidades e gestores<sup>50</sup>.

A partir destas reflexões, podemos apontar os retrocessos e limitações para as práticas de Promoção da Saúde no contexto da APS na contemporaneidade. Considerando a emergência e a ampliação de medidas de austeridade no campo das políticas de saúde, inscritas na racionalidade neoliberal, observamos o recrudescimento de tais políticas, por meio do congelamento dos gastos públicos em políticas sociais, as limitações no financiamento das equipes de APS e no credenciamento de novas equipes<sup>3</sup>.

Além dos impactos diretos das medidas de austeridade fiscal nos serviços de APS, observamos que tais medidas afetam a vida como um todo, impactando nas condições de saúde, bem como nas possibilidades que indivíduos têm para o cuidado de sua saúde. Portanto, a ampliação de políticas públicas intersetoriais, que favoreçam a construção de ambientes saudáveis, são necessárias para abrir possibilidades de cuidado para as comunidades.

Por fim, registramos que não foram identificadas, nos estudos incluídos, práticas de Promoção da Saúde capazes de alcançar os DSS mais distais do *Modelo de*

*Dahlgren e Whitehead*<sup>8</sup>. Apesar de sabermos que pessoas com menor carga horária de trabalho e maior disponibilidade de tempo tendam a conseguir cuidar melhor da sua saúde<sup>17</sup>, nem sempre as macrocondições de um país (nesse caso, a legislação trabalhista) são considerados quando se discutem políticas públicas que poderão interferir na saúde das pessoas. Mesmo que seja esperado que equipes de APS não tenham capacidade de incidir sobre as condições macroeconômicas, legislação ambiental, cultura de paz do país como um todo, entre outros aspectos que integram os DSS distais, também não foram identificadas práticas capazes de gerar processos reflexivos sobre tais aspectos. Assim, identificamos uma lacuna importante no que se refere às possibilidades de impulsionar a problematização destas questões, que interferem nas condições de vida e saúde, tal qual realizava o Movimento Sanitário Brasileiro, nas décadas de 1970 e 1980, com vistas à construção de um projeto de sociedade democrática e participativa, com um sistema universal de saúde e, quem sabe, agora, iniciar discussões de transformações sociais mais profundas<sup>7</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apresentamos nesta revisão integrativa uma síntese da produção científica que relata as práticas de Promoção da Saúde, realizadas por equipes de APS no Brasil, nos últimos cinco anos. Os resultados apontam para o predomínio de práticas de PS voltadas a mudanças de estilos de vida e adoção de hábitos saudáveis, por meio de ações de Educação em Saúde. Em menor número, aparecem práticas de Promoção da Saúde que estimulam a convivência, a reflexão sobre as condições de saúde e de vida, individuais e coletivas e a participação comunitária. Desta maneira, inferimos que as práticas registradas na produção acadêmica brasileira se inscrevem majoritariamente em abordagens comportamentais da Promoção da Saúde, alinhadas à racionalidade neoliberal, presente nos modelos de atenção à saúde prescritos por organismos financeiros internacionais, desde a década de 1990.

Embora em menor número, são identificadas práticas de Promoção da Saúde que se inscrevem na abordagem *Reformista/participativa*, cujas características ampliam seu escopo de atuação e alcançam algumas camadas dos DSS que envolvem as políticas públicas intersetoriais. No entanto, tais práticas sofrem com o recrudescimento do financiamento público, em tempos de austeridade fiscal.

Por fim, destacamos que não foram identificadas práticas de Promoção da Saúde capazes de gerar discussões nos territórios em que atuam as equipes de APS,

acerca das macrocondições do país, consideradas as “causas das causas”. Ou seja, as iniquidades sociais e as decisões, que definem os rumos do país e interferem nas condições de vida e saúde das pessoas, não estão sendo pautadas/discutidas/pensadas, de acordo com os resultados dos estudos incluídos, nas discussões possíveis, nos territórios de atuação das equipes de APS.

Como limitação do estudo, apresentamos o recorte de práticas realizadas apenas no cenário nacional. Além disso, destacamos a necessidade de novos estudos de revisão na área, cujo recorte possa contemplar atributos específicos da Promoção da Saúde, como por exemplo, a participação social.

Destacamos que a contribuição deste artigo, para a Enfermagem e para o campo da Saúde Coletiva, está na apresentação de uma fotografia das práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS brasileira, nos últimos cinco anos. Destacamos que a Enfermagem é profissão que integra a equipe mínima de ESF e ocupa cargos de gerenciamento destas equipes, bem como de gestão da APS nos municípios brasileiros. Esperamos, assim, que as análises apresentadas possam subsidiar a tomada de decisão em tais espaços, para a ampliação e qualificação das práticas de Promoção da Saúde, tornando-as mais efetivas e potencializando seu impacto.

## REFERÊNCIAS

1. Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2011 [cited 2021 Jun 25];20(4):867-874. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 25];42(1):38-51. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2006. [cited 2021 Abr 26]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2011. [cited 2021 Abr 26]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [cited 2021 Abr 12]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
7. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2007.
8. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 25];17(1):77-93. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
9. Roever L. Guia prático de revisão sistemática e metanálise. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)
11. David M, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. PLoS Med. 2009 [cited 2021 Jun 25];6(7):e1000097. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
12. Castiel LD, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
13. Silva CO, Freitas PP de, Santos LC dos, Lopes ACS. Consumo alimentar segundo o recebimento de orientação nutricional em participantes do Programa Academia da Saúde. Rev Bras Ativ Fís Saúde [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];25:1-8. Available from: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0137>.
14. Saporetti GM, Miranda PSC, Belisário SA. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio à saúde da família. Trabalho Educação e Saúde [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];14(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00113>.
15. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. Ciênc saúde colet [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];21(6). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>.
16. Lucetti MDL, Santana VVF, Vidal ECF, Filho JAS, Pinto AGA. Percepção de usuários sobre os polos comunitários de atividade física em duas cidades do Ceará, Brasil. Revista ABCS Health Sciences [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];45. Available from: <https://doi.org/10.7322/abcs.hs.45.2020.1266>.
17. Lemos EC, Bastos LLAG, Silva GB, Luna CF, Gouveia GC. Fatores associados à adesão ao Programa Academia da Cidade do Recife. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];21(5):470-482. Available from: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n5p470-482>.

18. Jesus JD, Sventnickas SP, Vieira A. Grupo de promoção à saúde: ampliando o cuidado em saúde de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas em serviços de atenção básica. *Revista movimento* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];25. Available from: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.91063>.
19. Faria TMTR, Brenner S, Deckert A, Florindo AA, Mielke GI. Health Academy Program and physical activity levels in Brazilian state capitals. *Revista brasileira de atividade física e saúde* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];25. Available from: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0133>.
20. Strehlow BR, Dahmer L, Oliveira TB, Fontana RT. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do PET - vigilância em saúde. *Cuidado é fundamental* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];8(2):4243-54. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4243-4254>.
21. Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];28(2). Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009>.
22. Negrão MLB, Silva PCS, Paraizo CMS, Gomes RG, Dázio EMR, Rezende EG, Resck ZMR, Fava SMCL. Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 25];71(6):2930–2937. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>.
23. Magri S; Amaral NW, Martini DN, Santos LZM, Siqueira LO. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação e Informação e Inovação em Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];14(2):386-400. Available from: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>.
24. Cruz PJSC, Virmes D, Leitão MH, Araújo RS. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. *Rev Atenção Primária à Saúde* [Internet] 2018 [cited 2021 Jun 25];28(3). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16423>.
25. Randow R, Mendes NC, Silva LTH, Abreu MNS, Campos KFC, Guerra VA. Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 25];30(4). Available from: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6365>.
26. Santos MS, Amarello MM, Vigeta SMG, Horta ALM, Tanaka LH, Souza KMJ. Práticas integrativas e complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *Rev Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 25];22:e-1125. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180048>.
27. Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. *Revista Latinoamericana de*

Enfermagem [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>.

28. Oliveira, JH, Souza, MR, Morais Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];29(5). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>.

29. Maceno PR, Heidemann ITSB. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];25(04). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002140015>.

30. Kessler M, Facchini LA. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 25];27(2). Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>.

31. Silva CRM, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG, Tassitan RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 25];36(4). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081019>.

32. Lindemann IL, Mendoza-Sassi RA. Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];29(1):34-42. Available from: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p34>.

33. Silva MAM, Marques FM, Brito MCC, Viana RS, Mesquita ALM, Silva ASR et al. Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 25];31(1):1-11. Available from: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6406>.

34. Matos GC; Demori CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves KD. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. *Rev Cuidado Fundam* [Internet] 2017 [cited 2021 Jun 25];9(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>.

35. Toledo MTT, Mendonça RD, Abreu MN, ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. *Mundo saúde* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 25];41(1):87-97. Available from: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201741018697>.

36. Figueiredo DS, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Arawaka AM, Oliveira LS, Magagnin AB. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];13(4):943-51. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019>.

37. Santos SC, Almeida DB, Oliveira WAS, Alexandre ACS, Lyra FMP, Barbosa VFB. A prevenção do vírus da imunodeficiência humana pela equipe de atenção primária

voltada aos adolescentes. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2017 [cited 2021 Jun 25];11(8). Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i8a110208p3050-3056-2017>.

38. Paiva CCN, Caetano R, Saldanha BL, Penna LCG, Lemos A. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. *Rev Atenção Primária à Saúde* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];22(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>.

39. Santos ARR, Santos RB, Santos RMM, Nascimento JC, Vilela ABA. Educação popular como ferramenta de participação e promoção da cidadania na estratégia saúde da família. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];10(9):3259-3264. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i9a11405p3259-3264-2016>.

40. Fernandes VC, Spagnuolo RS. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 25];26(2). Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40962020>.

41. Rego LS, Figueiredo GO, Romano VF, Baião MR. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];29(03). Available from: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>.

42. Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];69(5). Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>.

43. Previato GF, Nogueira IS, Mincoff RCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. *Rev pesquis cuid fundam (Online)* [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 25];11(1):173-180. Available from: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180>.

44. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriat Geront* [Internet] 2018 [cited 2021 Jun 25];21(2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>.

45. Silveira Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [cited 2021 Jun 25];19(4):851–865. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040014>.

46. Medeiros ER, Pinto ESG. Experience and professional training in the School Health Program. *Rev Escola Enferm USP* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jun 25];52:0. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048603378>.

47. Masson LN, Silva MAL, Andrade LS, Gonçalves MFC, Santos BD. A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente às suas vulnerabilidades em saúde. *Rev Min Enferm [Internet]*. 2020 [cited 2021 Jun 25];24. Available from: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200023>.
48. Krinski BM, Faustino-Silva DD, Schneider M. Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. *Rev Atenção Primária à Saúde [Internet]*. 2018 [cited 2021 Jun 25];21(1). Available from: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15867>.
49. Barcelos PEL, Lima TV, Aguiar AC. Blogs e redes sociais na atenção à saúde da família: o que a comunicação online traz de novo. *Rev Eletrôn de Comunic Inform Inov Saúde [Internet]* 2020 [cited 2021 Jun 25];14(10). Available from: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1747>.
- 50 Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2020. [citado 2021 Abr 12];25(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

### 3.2 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E MICHEL FOUCAULT: UMA REVISÃO DE ESCOPO<sup>12</sup>

Fernanda Carlise Mattioni  
Priscila Tadei Nakata  
Liciane Costa Dresh  
Rosane Rollo  
Liliane Spencer Bittencourt Brochier  
Cristianne Famer Rocha

#### RESUMO:

**Objetivo:** analisar as práticas de Promoção da Saúde em diferentes contextos mundiais, apresentadas em estudos que utilizaram o referencial foucaultiano.

**Fonte de dados:** Revisão de escopo, realizada nas bases de dados: LILACS, MEDLINE, IBECs, BDENF, SciELO, CINAHL, Embase, Web of Science, e Scopus.

**Crítérios de inclusão e exclusão de estudos:** incluímos artigos originais, artigos de revisão, artigos de reflexão e estudos de caso publicados em inglês, português e espanhol, que abordavam as práticas de Promoção da Saúde analisadas a partir de referenciais foucaultianos.

**Síntese dos dados:** Na síntese numérica foram descritas as características dos estudos incluídos: número de estudos, tipos do método, ano de publicação, características da população do estudo, países de origem e as práticas de Promoção da Saúde abordadas no artigos. A síntese temática foi organizada de acordo com a natureza das práticas de Promoção da Saúde apresentadas e da matriz de análise foucaultiana utilizada.

**Resultados:** A revisão abrangeu 34 estudos, publicados entre 2006 e 2019, cuja análise resultou em duas sínteses temáticas: 1) Promoção da Saúde como estratégia biopolítica no contexto neoliberal; 2) Promoção da Saúde como expressão de resistência e contraconduta, apresentando tensões, lutas e jogos de poder.

**Conclusões:** O campo da Promoção da Saúde é constituído majoritariamente por práticas de governamentalidade que reforçam a perspectiva neoliberal da saúde. Algumas práticas apresentam resistências e contracondutas frente às práticas de governamentalidade, o que explica as relações de poder estabelecidas no campo da Promoção da Saúde.

**Keywords:** Promoção da Saúde, Michel Foucault, governamentalidade, resistência, contraconduta.

#### Introdução

O surgimento dos Estados Modernos no século XV trouxe o desafio de manter corpos e populações saudáveis para viabilizar a expansão do capitalismo, em seus diferentes estágios de desenvolvimento. A fase do capitalismo mercantil foi caracterizada pela necessidade de enfrentamento de epidemias, que inviabilizavam as trocas comerciais. Diante daquele cenário, foram desenvolvidas estratégias de

<sup>12</sup> Artigo publicado originalmente na língua inglesa. Referência: MATTIONI, Fernanda Carlise; NAKATA, Priscila Tadei; DRESCH, Liciane Costa; ROLLO, Rosane; BROCHIER, Liliane Spencer Bittencourt; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Health Promotion practices and Michel Foucault: a scoping review. *American Journal Health Promotion*. v.35, n.6, 2021. doi: <https://doi.org/10.1177/0890117121089222>

controle, isolamento e classificação dos corpos, para que fosse possível frear o contágio de doenças. Essa investida sobre a vida das pessoas, esse poder exercido sobre os corpos, foi denominado por Foucault como *biopoder*. Na fase do capitalismo mercantil, o poder exercido pelo Estado sobre os corpos individuais, que classificava, isolava e controlava os corpos foi chamado por Foucault de *poder disciplinar*.<sup>1</sup>

Ao longo da história e com o avanço e modificações do capitalismo, também os modos de controle exercidos sobre as pessoas foram se modificando. Foucault<sup>1</sup> sustenta que a transição para o capitalismo industrial fez com que se desenvolvessem técnicas de controle sobre a população não mais direcionadas para os corpos individuais, mas sim, destinados à população como um todo. Por meio de complexas estratégias a população é levada a adotar determinados modos de vida. Para que isso seja possível, são acionados mecanismos que o autor descreve como semelhantes ao controle operado por meio de práticas confessionais que tem origem no cristianismo. Esse poder, operado por meio de tais estratégias, foi caracterizado como *poder pastoral*.

Com o avanço da história, as modificações no sistema capitalista e na própria sociedade, foram acrescidos aos mecanismos de controle também mecanismos de regulação. Na contemporaneidade a conformação socioeconômica faz com que sejam engendradas estratégias não apenas pelo Estado, mas também por ele, para que as pessoas sejam levadas a ter determinadas condutas. Essa investida de poder, sobre a população como um todo, foi denominada como biopolítica. Sua principal estratégia de operacionalização é a governamentalidade. A regulação de comportamentos, operada por meio de diferentes discursos e estratégias, denominada governamentalidade por Foucault<sup>1</sup>, também afeta a esfera do comportamento da população nas questões relacionadas ao enfrentamento das doenças e na promoção e manutenção da saúde.

O conceito de Promoção da Saúde (PS) foi desenvolvido durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, em 1986, e prevê a saúde como um conceito positivo para mobilizar recursos para a vida, enfatizando os recursos sociais e as capacidades pessoais e físicas. Com base nesse entendimento, a PS não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e transcende um estilo de vida saudável, no sentido de possibilitar condições para a construção de estilos de vida saudáveis.<sup>2</sup> Assim, segundo a Carta de Ottawa<sup>2</sup>, a PS seria o processo capaz de proporcionar às pessoas maior controle sobre aspectos para a melhoria da saúde. Para que isso seja

possível, um amplo espectro de práticas de saúde deve ser desencadeado sobre diferentes dimensões da vida para favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>3-4</sup> foi criada para atender à demanda por práticas de saúde ampliadas, propondo estratégias concretas de articulação intra e intersetorial e estimulando o engajamento generalizado para viabilizar ambientes mais favoráveis à saúde.

Partindo do pressuposto de que os múltiplos entendimentos e práticas possíveis de PS são operadas em diferentes locais (não apenas nos serviços de saúde), esta revisão objetiva analisar as práticas de PS realizadas em diferentes cenários, apresentadas em estudos que utilizaram o referencial foucaultiano em suas análises. Optamos por essa abordagem analítica por visualizar possibilidades de compreender como se estruturam diferentes discursos, saberes e poderes capazes de construir verdades sobre a elaboração e condução das práticas de Promoção da Saúde.

Os estudos foucaultianos tem relevância para o campo da Promoção da Saúde pois suas análises possibilitam o reconhecimento dos modos como as práticas de saúde se constituem. Os métodos empregados nos estudos foucaultianos levam em consideração os fatores históricos e os jogos de poder travados, tanto no campo das políticas de saúde, quanto em espaços sociais mais amplos, que, entrelaçados, dão origem às práticas de Promoção da Saúde validadas na sociedade. Reconhecer esses mecanismos e entender como eles são construídos pode nos levar à qualificação (reinvenção) das práticas de Promoção da Saúde da atualidade. Isso por que parte-se do pressuposto que tais práticas são discursos possíveis e emergentes de determinado contexto histórico e político, no qual o que se diz sobre a saúde nunca se refere tão-somente a dimensões da saúde. Pois estes emergem, são produzidos e legitimados de acordo com os interesses econômicos, políticos e sociais onde são gerados, sustentados e replicados.<sup>5</sup>

## **MÉTODOS**

### *Desenho*

O método utilizado foi a *scoping review*<sup>6,7</sup> que tem como característica obter resultados amplos e abrangentes na revisão da produção científica. Por isso, apresenta características semelhantes à *revisão sistemática*, a saber: ser metódico, transparente e replicável<sup>8-9</sup>.

Foram seguidos os seis passos metodológicos da *scoping review*: (1) identificação da questão de pesquisa, (2) identificação de estudos relevantes, (3) seleção dos estudos, (4) mapeamento dos dados, (5) coleta, resumo e relato dos resultados e, (6) consulta com especialistas<sup>7</sup>.

A questão elaborada para esta revisão está baseada na estratégia mnemônica PCC (população, conceito e contexto)<sup>9</sup>, tendo sido elaborada da seguinte forma: quais as práticas de Promoção da Saúde estão sendo realizadas por diferentes atores (governos, gestores, profissionais, população), analisadas segundo o referencial foucaultiano, no mundo?

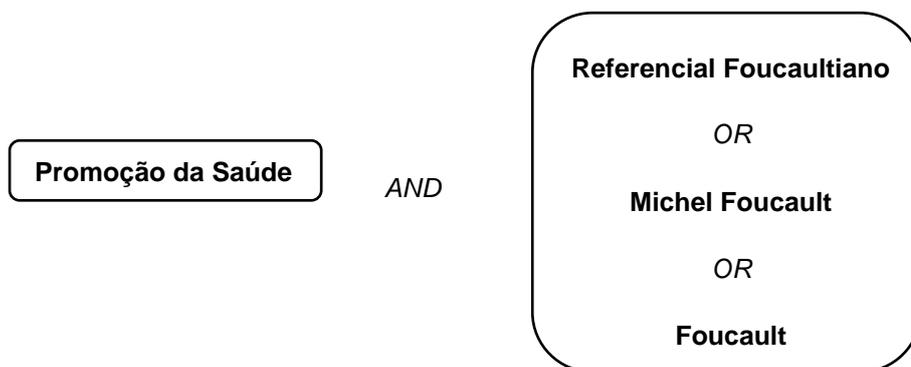
#### *Amostra*

Os estudos foram selecionados em diferentes repositórios e bases de dados. Via Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) foram acessadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); Scientific Electronic Library Online (SciELO); e Cumulative Index to Nursing and Allied (CINAHL), via PubMed: a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Embase; Web of Science; e Scopus.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais, artigos de revisão, artigos de reflexão e estudos de caso publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, cujo objeto abordasse práticas de Promoção da Saúde, analisadas por meio do referencial foucaultiano. Foram incluídos estudos que em sua estrutura analisam práticas de Promoção da Saúde, em suas diferentes dimensões e heterogeneidade, por meio do referencial foucaultiano. Estudos que não apresentavam discussões sobre a Promoção da Saúde ou não utilizavam análises foucaultianas foram descartados. Quanto aos participantes (sujeitos de pesquisa), destaca-se que foram compostos por gestores, profissionais da saúde e população em geral. Não foram incluídos estudos que utilizaram outras matrizes de análise que não o referencial foucaultiano, dissertações e teses. Para a busca na literatura, foi estabelecido o limite temporal de estudos publicados de janeiro de 2006 a julho de 2019. Esse recorte temporal foi estabelecido por se tratar do ano em que foi publicada a primeira Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil.<sup>3</sup>

Dois revisores independentes realizaram a busca dos artigos, no período de agosto e setembro de 2019, cruzando o descritor e/ou MeSH (Medical Subject Headings) Promoção da Saúde com as palavras-chave referencial foucaultiano e

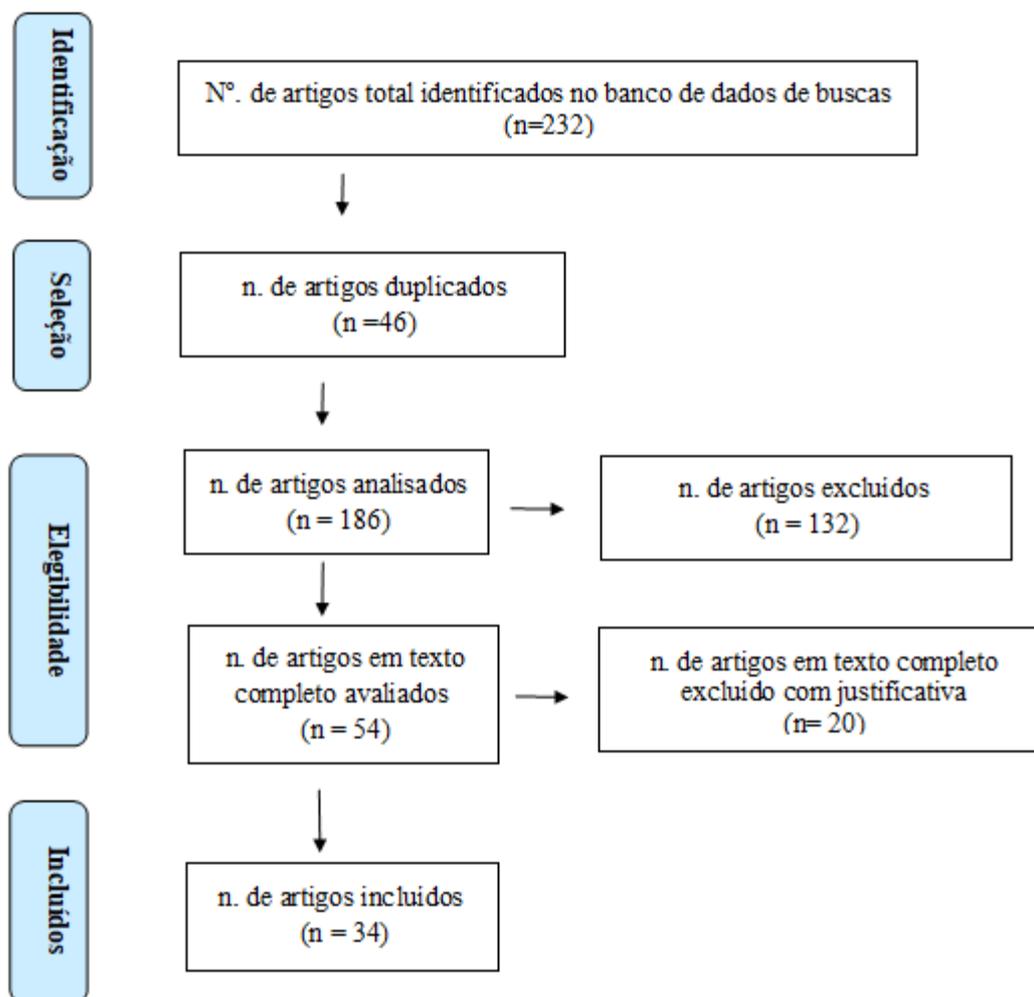
Michel Foucault e/ou Foucault, por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme figura 1. Os correspondentes descritores em inglês foram: *Health Promotion, foucaudian framework, Michel Foucault e Foucault*. E no idioma espanhol foram: *Promoción de la Salud, referencial de Foucault, Michel Foucault e Foucault*.



**Figura 1.** Combinações de descritores/MESH com operadores booleanos “AND” e “OR”  
Fonte: Mattioni et al. (2020).

Optamos por utilizar uma estratégia de busca restrita aos descritores apresentados acima para contemplar o objetivo central desta revisão, que se destina a focar o olhar sobre as produções científicas que se relacionam diretamente às discussões relativas à Promoção da Saúde, associadas ao referencial teórico foucaultiano. Essa escolha pode limitar a inclusão de estudos que se relacionem indiretamente à PS, no entanto, acreditamos que dessa forma será possível aprofundar as análises relativas as aproximações entre o campo da Promoção da Saúde e o referencial teórico foucaultiano.

A seleção dos estudos se deu em etapas consecutivas, incluindo a leitura do título, do resumo e do artigo na íntegra. Discordâncias dos achados entre os revisores foram resolvidos com a mediação de um terceiro pesquisador. A Figura 2 exhibe o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados de acordo com as recomendações do PRISMA.<sup>10</sup>



**Figura 2.** Passos do PRISMA: identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos

Fonte: Mattioni et al. (2020).

Após a realização das buscas, identificamos artigos duplicados (46). Em seguida, realizamos a leitura do título e do resumo dos 186 artigos encontrados. Nessa primeira etapa, foram eliminados 132 artigos por não corresponderem à estratégia menemônica (população, conceito, e contexto),<sup>9</sup> elaborada, conforme segue: quais as práticas de Promoção da Saúde estão sendo realizadas por diferentes atores (governos, gestores, profissionais e população), analisadas por meio do referencial foucaultiano, no mundo?

Em um segundo momento, realizamos a leitura na íntegra dos 54 artigos restantes, sendo excluídos outros 20 estudos por não responderem a pergunta acima descrita. Ao final, 34 artigos apresentaram correlação aos objetivos dessa revisão.

### *Análise*

Os dados foram mapeados com um instrumento estruturado que permitiu a

síntese dos principais resultados: ano de publicação, periódico, local de estudo, tipo de serviço, participantes da pesquisa, coleta de dados, tipo, o método usado, tipo de análise, temática abordadas, resultados, principais conceitos foucaultianos utilizados e análises da Promoção da Saúde apresentadas. Duas pesquisadoras independentes realizaram a extração dos dados e qualquer discordância foi resolvida por uma terceira pesquisadora.

Por fim, foi realizada a etapa de compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral de todo o material. Esses resultados são apresentados por meio de uma síntese numérica e temática.<sup>7</sup> Na síntese numérica, foram descritas as características dos estudos incluídos, tais como número total de estudos, tipos de método, ano de publicação, características da população em estudo, países onde os estudos foram desenvolvidos e as práticas de Promoção da Saúde abordadas nos artigos. Já a síntese temática foi organizada de acordo com a natureza das práticas de Promoção da Saúde apresentadas e da matriz de análise foucaultiana utilizada.

## **RESULTADOS**

Dos 232 artigos identificados, 34 foram incluídos nesta revisão. O período de publicações foi de janeiro de 2006 a julho de 2019, sendo que em 2010 e 2014 foram publicados o maior número de artigos, cinco em cada ano. Os 34 artigos relatam estudos desenvolvidos, em países da América Latina: quatorze foram desenvolvidos no Brasil<sup>11-24</sup> e um na Argentina.<sup>25</sup> Na Europa, foram desenvolvidos nove estudos: quatro no Reino Unido,<sup>26-29</sup> dois na Dinamarca,<sup>30-31</sup> dois na Suécia<sup>32-33</sup> e um na Bélgica<sup>34</sup>. Na América do Norte, foram desenvolvidos cinco estudos: quatro no Canadá<sup>35-38</sup> e um nos Estados Unidos da América.<sup>39</sup> Na Oceania, foram desenvolvidos três estudos, todos na Austrália.<sup>40-42</sup> Na América Central, foi desenvolvido um estudo, em Cuba.<sup>43</sup> No continente africano, foi desenvolvido um estudo, na África do Sul.<sup>44</sup> Todos os estudos incluídos utilizaram a abordagem metodológica qualitativa.

Os dados das pesquisas dos estudos incluídos foram obtidos por meio de dados secundários: análise de documentos (referencial teórico e documentos legais); material audiovisual (filmes, programas televisivos); materiais de educação em saúde, utilizados em campanhas de prevenção e promoção; e por meio de dados primários: entrevistas; grupos focais; observação. As análises dos dados utilizaram o referencial

foucaultiano direta ou indiretamente.

Os artigos abordaram as seguintes práticas de Promoção da Saúde: treze artigos abordaram a temática políticas e programas de Promoção da Saúde governamentais e de organizações internacionais;<sup>12,15,18,21-24,26,30,32,33,37,39</sup> oito artigos abordaram a temática educação em saúde, adesão medicamentosa e mudança de hábitos realizada nas consultas individuais;<sup>16,19,20,27,29,31,34,40</sup> um abordou o envelhecimento e a atividade física;<sup>11</sup> um tratou da alimentação saudável e atividade física<sup>36</sup>; três abordaram a educação em saúde, campanhas de prevenção de doenças infecciosas com abordagem comportamental;<sup>25,38,44</sup> um dirigiu-se à PS no ambiente de trabalho;<sup>28</sup> um abordou a PS no espaço escolar;<sup>43</sup> um abordou o comportamento no trânsito e o consumo de álcool ao dirigir.<sup>17</sup>

Identificamos os principais resultados de cada estudo após a leitura dos textos na íntegra. O Quadro 1 mostra os temas de cada artigo, os conceitos foucaultianos e as abordagens da Promoção da Saúde em cada um. Depois desta identificação, os dados foram agrupados em duas sínteses temáticas, mostradas nos Quadros 2 e 3.

**Quadro 1.** Síntese dos principais resultados

| <b>Principais Resultados</b>  | <b>Conceitos Foucaultianos</b>   | <b>Abordagens da PS</b>   |
|---|----------------------------------|---|
| Idosos e atividade física. <sup>11</sup><br>Alimentação saudável <sup>14</sup><br>Promoção da Saúde e biopolítica <sup>12</sup><br>Educação em Saúde e pacientes com Diabetes Melitus <sup>16</sup><br>Saúde dos escolares <sup>43</sup><br>Vigilância Farmacológica <sup>21</sup>  | Biopolítica; Biopoder.           |   |
| Consumo de psicotrópicos <sup>18</sup><br>Medicalização da infância e adolescência <sup>23</sup><br>PS no ambiente de trabalho <sup>28</sup><br>Relação paciente-profissional e práticas de PS <sup>31,40</sup><br>Medicalização da vida <sup>22</sup><br>Inclusão do desejo e do prazer nas práticas de PS <sup>39</sup><br>Maternidade e hábitos alimentares das crianças <sup>35</sup><br>Rótulos de alimentos <sup>42</sup><br>Brincadeiras e atividade física <sup>36</sup><br>PS e uso de tecnologias digitais <sup>30</sup><br>Escolha informada <sup>33</sup> | Biopolítica; Governamentalidade. | Educação em Saúde; mudança de hábitos; comportamentos individuais e controle de riscos. |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   |  |
| Nova Saúde pública e estratégia da PS <sup>32</sup><br>Alimentação saudável e programas de TV <sup>25</sup><br>Relação paciente-profissional e práticas de PS <sup>29</sup> | Governamentalidade;<br>Resistência.                         |  |
| PS e liberdade de escolha <sup>34</sup>   | Poder pastoral;<br>Governamentalidade                       |  |
| Alimentação saudável <sup>13</sup>  | Biopolítica; Biopoder;<br>Parrhesia.                        |  |
| Programas de prevenção de doenças <sup>25</sup>   | Poder disciplinar   |  |
| Treinamento profissional em PS <sup>26</sup>  | Poder patoral   |  |
| Acidentes de trânsito e consumo de álcool <sup>17</sup>   | Biopoder  |  |
| Aderência ao tratamento farmacológico <sup>27</sup>   | Poder patoral;<br>Poder disciplinar;<br>Governamentalidade. |  |
| PS e Relatório Lalonde <sup>37</sup>  | Governamentalidade;<br>Tecnologias do eu.                   |  |
| Campanhas de saúde <sup>38</sup>  | Biopoder;<br>Governamentalidade                             |  |
| Clínica, autonomia e PS <sup>15</sup>   | Biopolítica; Biopoder;<br>Resistência.                      |  |
| PS em assentamentos rurais <sup>19</sup>  | Governamentalidade;<br>Resistência.                         |  |
| Programas de PS e o HIV/AIDS <sup>44</sup>  | Governamentalidade  | Compartilhamento<br>de saberes;<br>participação;<br>empoderamento;<br>Determinantes<br>Sociais da Saúde. |
| PS e Políticas Públicas <sup>24</sup>   | Biopoder; Biopolítica;<br>Resistência.                      |  |
| Mudanças nas estratégias de educação em<br>saúde <sup>20</sup>  | Biopoder  |  |

Fonte: Mattioni et al. (2020).

**Quadro 2.** Promoção da Saúde como estratégia biopolítica no contexto neoliberal

| <b>Temas</b>   | <b>Descrição dos Resultados</b>   |
|--|---|
| Poder pastoral e governamentalidade como ferramentas para a construção da subjetividade neoliberal na saúde.     | A partir do movimento denominado “Nova Saúde Pública”, <sup>32</sup> os sistemas de saúde passaram a estruturar programas de prevenção e PS que tiveram como objetivo capacitar indivíduos e comunidades para o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. <sup>12,13,20,21-26,30-32,34,37,41,44</sup> Esse movimento está alinhado a estruturação da racionalidade neoliberal no cenário mundial. As ideias do neoliberalismo são adotadas nas políticas de saúde em diferentes países, e podem ser sintetizadas na perspectiva de que indivíduos e comunidades devem ser informados e educados para escolher livremente sobre a sua saúde e, ao mesmo tempo, devem ser induzidos a praticar o autocuidado, a autorregulação e gestão de riscos à saúde. <sup>11,12,16,17,24,26-28,30,33,35-37,39-42,44</sup> As práticas de prevenção e de PS que, em sua gênese, visam orientar a conduta de indivíduos e comunidades podem ser definidas como expressões dos conceitos de biopoder de Foucault, <sup>11-17,19-21,24,26,30,35,36,38,43</sup> poder disciplinar, <sup>25,27</sup> biopolítica, <sup>11-16,19,20,22-24,31,32,42,43</sup> poder pastoral, <sup>27,34</sup> e governamentalidade. <sup>19,22,23,26-28,29-34,39-42,44</sup> |
| Medicalização da vida como expressão da governamentalidade no contexto da Promoção da Saúde.                     | Nos estudos incluídos, a medicalização da vida se refere a investida de políticas e serviços de saúde para moldar a vida com uma série de prescrições, realizadas por campanhas governamentais e também por profissionais de saúde, que se referem à alimentação, atividade física, não exposição a riscos (uso de tabaco, comportamento sexual e direção sob a influência de álcool) que podem afetar a saúde, bem como o uso de medicamentos, <sup>11,13-17,20,22,23,27,32,33,38,40,41,43</sup> ou seja, o ato de converter a existência de indivíduos em um objeto médico.   |
| Burocratização e institucionalização como fator de inibição da participação na elaboração de Políticas de Saúde. | A burocratização e a institucionalização da construção de políticas e práticas de PS foram identificadas como fatores que inibem a participação dos usuários do sistema de saúde neste processo. Isso gera uma fragmentação e um distância entre os objetivos dessas práticas e os anseios e contexto sociocultural da população-alvo. Embora em seus documentos oficiais mencione um espaço central para a participação da comunidade, o movimento internacional da PS não garantiu amplo espaço para a participação das comunidades nas Conferências Internacionais, e esses eventos foram, em sua maioria, integrados por representantes de governos e representantes da academia. <sup>16,23-25,37,38,44</sup> No cenário brasileiro, embora o Sistema Único de Saúde tenha se construído a partir do movimento sanitário, com ampla participação, a construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, em suas duas versões (2006 e 2014) <sup>13, 4-5</sup> seguiu a tendência mundial e não incluiu a participação popular em seu processo de construção e atualização. <sup>15,24</sup>  |

Fonte: Mattioni et al. (2020)

<sup>13</sup> Embora os artigos incluídos na revisão apontem que não houve um processo participativo na construção das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde, existem registros de uma vasta consulta pública, no âmbito dos coletivos da saúde, que oportunizou a participação de diferentes atores na atualização da PNPS, publicada em 2014.

**Quadro 3.** Promoção da Saúde, resistência e contraconduta: tensões, lutas e jogos de poder

| Temas   | Descrição dos Resultados   |
|---|--|
| Desejo e prazer como instrumento de resistência às práticas de PS governamentalizantes              | Aspectos relacionados ao desejo individual e ao desempenho de atividades e comportamentos capazes de gerar satisfação e prazer foram apresentados como expressões de resistência às práticas de governamentalidade que visam modelar comportamentos de maneira homogênea, segundo as ideias neoliberais. Tais atitudes, que abrem espaço para o desejo individual e a dimensão prazerosa da vida não precisam se opor à PS. Trata-se, também de estabelecer uma relação de produção de saúde, não na perspectiva da contenção condutas, mas melhorando a vida através do reconhecimento dos desejos individuais. <sup>15,29-30,32,36,39-40,44</sup>  |
| Ética e <i>parrhesia</i> como expressões de resistência.  | O estabelecimento de uma relação ética entre profissionais de saúde e usuários, no sentido foucaultiano da ética, foi apontada como expressão de resistência à governamentalidade neoliberal. <sup>13,15-16,19,29,32,40,44</sup> Trata-se de construir uma relação baseada na <i>parrhesia</i> , ou seja, na coragem de falar a verdade vinda de ambas as partes envolvidas na relação de cuidado. Significa ter a coragem de estabelecer uma relação genuína e comprometida com autoconhecimento e autocuidado, visando o aprimoramento pessoal. <sup>13,15</sup> O que a difere da governamentalidade neoliberal reside no fato de que, nas primeiras, os objetivos se dão por razão de Estado, que precisa manter a ordem e a normalidade na sociedade. <sup>1</sup> Nesta última, na ética, o objetivo está delineado na relação de confiança e compromisso entre mestre e discípulo, que, de uma perspectiva laboriosa de si mesmos, irão construir os parâmetros e objetivos de vida e, neste caso mais específico, a saúde. <sup>45</sup> |
| Provisão e disponibilidade de espaços individuais e coletivos de reflexão.                          | A disponibilização de espaços capazes de promover a reflexão crítica individual e coletiva também foi apontada como um possibilidade de resistência. Tais espaços, oferecidos pelos serviços de saúde, seriam capazes de promover a crítica reflexiva, na perspectiva foucaultiana, que seria acionada tanto nos processos terapêuticos, para discutir condições individuais, e espaços comunitários, a fim de debater problemas do contexto que interferem na condições de saúde. <sup>13,15,16,19,24,44</sup> Atividades de grupo, propostas pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família se destacam no contexto do sistema de saúde brasileiro. <sup>24</sup>  |
| A construção participativa de políticas de saúde como uma expressão de resistência e contraconduta. | A construção de políticas públicas de saúde, incluindo a participação de indivíduos e comunidades, e a manutenção da participação comunitária de forma permanente, por meio de Conselhos, fóruns e grupos, são expressões de resistência à governamentalidade neoliberal. No Brasil, o Movimento pela Saúde da década de 1980, fundamental para a a construção do Sistema Único de Saúde e a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde, são exemplos de resistência à construção de políticas de saúde que considerem apenas interesses tecnocráticos e métodos atrelados à a lógica neoliberal. <sup>15,19,24</sup>   |

Fonte: Mattioni et al. (2020)

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo apresentar uma análise das práticas de Promoção da Saúde realizadas em diferentes cenários mundiais, descritos em estudos que utilizaram o referencial foucaultiano como sustentação teórica. Os resultados indicam que as práticas de PS são estratégias biopolíticas, operadas no contexto neoliberal para moldar o comportamento e a conduta da população. A medicalização da vida pode ser entendida como uma expressão de governamentalidade dentro da PS. A burocratização e a institucionalização da PS são fatores que inibem a participação da comunidade na construção de políticas de saúde. Adicionado a isso, novas tecnologias são métodos que contribuem para a forma como as pessoas são subjetivadas e potencialmente subjugadas nas relações de cuidado em saúde.<sup>46</sup>

No entanto, as resistências e contracondutas correspondentes também se manifestam face à rede de poder-saber estabelecida no campo da PS. Foucault argumenta que o poder pode ser entendido como uma rede instável de práticas, operado por diferentes dispositivos, de forma capilarizada e difusa, que produz processos de subjetivação dos indivíduos.<sup>47</sup> O poder não é absoluto. A resistência é encontrada em todas as relações estabelecidas. Onde existe poder, também existe resistência. Elas se manifestam em resposta a uma rede de energia capilar e se estabelecem com o outro nessas relações. Portanto, como interlocutores irredutíveis nesta rede de energia, as resistências são distribuídas irregularmente, ou seja, seu foco está localizado de maneira dispersa no espaço. Às vezes, essas resistências podem causar o levante de grupos de indivíduos, interferindo nos modos de vida e comportamento.

As contracondutas, por sua vez, estão alinhadas com a resistência, na medida em que significam a negação da modulação de sua conduta e a adoção de conduta diferente daquela induzida por práticas governamentais. A localização de contracondutas é onde Foucault<sup>1</sup> situa a genealogia do comportamento, caracterizado por ser uma atitude diferente em relação ao estabelecido e aos modos normalizados das práticas governamentais contemporâneas. Ao longo deste caminho, Foucault irá considerar a emergência da atitude crítica que se define, em geral, como um ethos típico da modernidade, desafiando os governantes em relação à condução das práticas governamentais.<sup>48</sup>

De acordo com esta revisão, desejo e prazer, a ética e a *parrhesia*, a provisão e disponibilidade de espaços de reflexão individuais e coletivos e, por fim, a construção

de políticas públicas participativas de saúde podem ser entendidas como uma expressão de resistência e contraconduta no campo da PS. No entanto, tais práticas tem localização marginal no campo da PS. Mesmo assim, elas representam um ponto de tensão sobre práticas hegemônicas de PS, que correspondem a práticas alinhadas à governamentalidade neoliberal.

Um dos pontos fortes do nosso estudo é que ele apresenta a perspectiva pós-estruturalista sobre as discussões que envolvem a PS. Esta revisão de escopo incluiu estudos que contemplam múltiplos conceitos, apresentando uma fotografia geral das possibilidades analíticas presentes nos estudos foucaultianos.

Por outro lado, considerando a abordagem de múltiplas dimensões da PS e diferentes teorizações foucaultianas, identificamos a necessidade de aprofundamento teórico nos pontos que foram apenas tangenciados. Sugerimos novos estudos para fomentar reflexões detalhadas sobre eles.

Identificamos, como potenciais, as pesquisas qualitativas inspiradas nas metodologias e conceitos utilizados por Foucault, que podem contribuir para explicar como as práticas de PS estão estabelecidas atualmente. Quais são as condições de possibilidade que fizeram a PS ter os contornos teórico-metodológicos identificados atualmente? Porque realizamos certas práticas às custas de outras? Como tensões, jogos de poder, discursos e regimes de verdade operam no campo das diferentes práticas da PS? Essas perguntas se referem a possibilidade de que estudos futuros possam fornecer novas análises para este tema e possam contribuir com novas práticas da PS.

### **Então, o quê?**

*O que já se sabe sobre este assunto?*

Sabe-se que PS é um conceito polissêmico, cuja abordagem teórico-metodológica e prática podem variar de acordo com a racionalidade em que está inscrita. Pode-se dizer que as principais abordagens para operar a PS possuem foco principal na mudança de comportamentos e estilos de vida e, em menor proporção, nos Determinantes Sociais da Saúde.

### *O que este artigo adiciona?*

Este artigo apresenta ao campo da PS a possibilidade de análises baseadas no referencial pós-estruturalista de Michel Foucault. Ao analisar artigos publicados em grande intervalo de tempo, que utilizaram abordagens teórico-metodológicas foucaultianas, podemos dizer que a PS, na hegemonia de suas práticas, se estabelece como estratégia biopolítica de controle sobre os corpos e, conseqüentemente, o controle populacional. Em oposição, porém de maneira limitada, algumas práticas da PS assumem o caráter de resistência e contraconduta às práticas da PS alinhadas à governamentalidade neoliberal.

### *Quais são as implicações para a prática e a pesquisa da Promoção da Saúde?*

O artigo mostra que o campo da PS consiste em uma arena em que o conhecimento e o poder são ativados continuamente por meio de práticas de saúde. Embora as práticas de PS alinhadas a governamentalidade neoliberal tenham caráter hegemônico e maior legitimidade, demonstramos como algumas dessas práticas podem ser menos potentes para a produção de saúde em perspectiva ampliada. Por outro lado, práticas de PS que são marginais neste campo de poder-saber podem representar mais capacidade de produzir impactos de melhoria na vida das pessoas.

## **REFERÊNCIAS**

1. Foucault M. Segurança, território e população. Martins Fontes; 2008.
2. World Health Organization. Ottawa Charter. WHO; 1986.
3. Brasil. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Portaria n. 2.426, de 11 de novembro de 2014, Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde; 2014.
5. Moraes DR, Castiel LD. O salutarismo de Robert Crawford e as atualizações do autoritarismo sanitário nosso de cada dia. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov em Sau´de*. 2019;13(1):122-133.
6. Arksey H, O’Malley L. Scoping studies: towards amethodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32.
7. Levac D, Colquhoun H, O’Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implement Sci*. 2005;5:69.

8. Grant M, Booth A. A typology of reviews: an analysis of review types and associated methodologies. *Health Info Libr J.* 2009;26(2), 91-108.
9. Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews.* JBI; 2015.
10. David M, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med.* 2009;6(7):e1000097.
11. Fernandes W, Siqueira V. Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinonimo de saúde. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2010;14(33):371-385. doi:10.1590/S1414-32832010000200011
12. Furtado M, Szapiro A. Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde Soc.* 2012;21(4):811-821. doi:10.1590/S0104-12902012000400002
13. Castiel L, Ferreira M, Mores D. Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresiasista. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014;19(5):1523-1532. doi:10.1590/1413-81232014195.06212013
14. Kraemer F, Prado S, Ferreira F, Carvalho M. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2014;4:1337-1359. doi:10.1590/S0103-73312014000400016
15. Penido C, Romagnoli C. Apontamento sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicol Soc.* 2018;30:e173615. doi:10.1590/1807-0310/2018v30173615
16. Melo L. Análise biopolítica do discurso oficial sobre educação em saúde para pacientes diabéticos no Brasil. *Saúde Soc.* 2013;22(4):1216-1225. doi:10.1590/S0104-12902013000400022
17. Medeiros MS. Apontamentos sobre as modalidades de intervenção social no enfrentamento das lesões e mortes causadas por acidentes de trânsito relacionados ao consumo de bebida alcoólica. *Saúde Soc.* 2017;26(2):556-570. doi:10.1590/s0104-12902017157721
18. Ignácio VTG, Nardi HC. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. *Psicologia & Sociedade.* 2007;19(3):88-95. doi:10.1590/S0102-71822007000300013
19. Soares D. O “Sonho de Rose”: políticas de saúde pública em assentamentos rurais. *Saúde e Sociedade.* 2006;15(3):57-73. doi:10.1590/S0104-12902006000300006
20. Silva CDC. Farmacovigilância: uma estratégia biopolítica. *Saúde Soc.* 2018;27(3):860-870. doi:10.1590/s0104-12902018166735
21. Renovato RD, Bagnato MHS. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(1):77-85. doi:10.5216/ree.v14i1.12455

22. Galindo DCF, Lemos FCS, Vilela R. Medicalização e governo da vida e subjetividades: o mercado da saúde. *Estud pesqui psicol.* 2016;16(2):346-365.
23. Lemos FCS, Galindo D, Rodrigues RD. Processes of medicalization of children and adolescents in the UNICEF reports. *Pesquisas e Práticas Psicossociais.* 2014;9(2):201-212.
24. Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre Promoção da Saúde e biopoder. *Saúde Soc.* 2009;18(3):456-466. doi:10.1590/S0104-12902009000300010
25. Enria G, Fleitas M, Staffolani C. El lugar de la educación en salud dentro de los programas de salud. *Ciencia, docencia y tecnología.* 2010;XXI(41):49-71.
26. Jones L. Pastoral power and the promotion of self-care. *Sociol Health Illn.* 2018;40(6):988-1004. doi:10.1111/1467-9566.12736
27. Waring J, Latif A, Boyd M, Barber N, Elliott R. Pastoral power in the community pharmacy: a Foucauldian analysis of services to promote patient adherence to new medicine use. *Soc Sci Med.* 2016;48:123-130. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.049
28. Maravelias C. Faster, harder, longer, stronger—management at the threshold between work and private life: The case of work place health promotion. *Culture and Organization.* 2018;24(5):331-347. doi:10.1080/14759551.2016.1141414
29. Armstrong N, Murphy E. Conceptualizing resistance. *Health.* 2011;16(3):314-326. doi:10.1177/1363459311416832
30. Vallgarda S. Appeals to autonomy and obedience: continuity and change in governing technologies in Danish and Swedish health promotion. *Med Hist.* 2011;55:27-40. doi:10.1017/s0025727300006037
31. Hoffman KP, Villadsen K. Protect the patient from whom? When patients contest governmentality and seek more expert guidance. *Soc Theor Health.* 2013;11(1):19-39.
32. Thanem T. “There’s no limit to how much you can consume”: The New Public Health and the struggle to manage healthy bodies. *Cult Organ.* 2009;15(1):59-74. doi:10.1080/14759550802709558
33. Nordgren L. Mostly empty words—what the discourse of “choice” in health care does. *J Health Organ Manage.* 2010;24(2):109-126. doi:10.1108/14777261011047309
34. Devisch I, Vanheule S. Foucault at the bedside: a critical analysis of empowering a healthy lifestyle. *J Eval Clin Pract.* 2015;21:427-432. doi:10.1111/jep.12329
35. Ristovski-Slijepce S, Chapman GE, Beagan BL. Being a ‘good mother’: dietary governmentality in the family food practices of three ethnocultural groups in Canada. *Health.* 2010;14(5):467-483. doi:10.1177/1363459309357267

36. Alexander S, Frohlich K, Fusco C. 'Active play may be lots of fun, but it's certainly not frivolous': the emergence of active play as a health practice in Canadian public health. *Sociol Health Illn.* 2014;36(8):1188-1204. doi:10.1111/1467-9566.12158
37. Foth T, Holmes D. Governing through lifestyle – Lalonde and the biopolitical management of public health in Canada. *Nurs Philos.* 2018;19(4):e12222. doi:10.1111/nup.12222
38. Gagnon M, Jacob JD, Holmes D. Governing through (in)security: a critical analysis of a fear-based public health campaign. *Crit Public Health.* 2009;20(2):245-256. doi:10.1080/09581590903314092
39. Karlsen MP, Villadsen K. Health promotion, governmentality and the challenges of theorizing pleasure and desire. *Body Soc.* 2015; 22(3):3-30. doi:10.1177/1357034X15616465
40. Luetsch K. From enforcement to advocacy—developing a Foucauldian perspective of pharmacists' reflections on interactions with complex patients. *Res Soc Adm Pharm.* 2019;15(5):528-535. doi:10.1016/j.sapharm.2018.06.020
41. Warin M. Foucault's progeny: Jamie Oliver and the art of governing obesity. *Soc Theor Health.* 2010;9(1):24-40. doi:10.1057/sth.2010.2
42. Murphy B, Sanderson J. Soft law, responsibility and the biopolitics of front-of-pack food labels. *Griffith Law Rev.* 2017;26(3):355-377. doi:10.1080/10383441.2017.1436371
43. Morales MC. Recontextualización de los discursos sobre salud en los escolares. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2019;45(1):e1004.
44. Ruthven JS. "Making it personal": ideology, the arts, and shifting registers in health promotion. *AIDS Care.* 2016;28(S4):72-82. Doi:10.1080/09540121.2016.1195485
45. Foucault M. *A hermenêutica do sujeito.* Martins Fontes; 2018.
46. Forbat L, Maguire R, McCann L, Illingworth N, Kearney N. The use of technology in cancer care: applying Foucault's ideas to explore the changing dynamics of power in health care. *Leading Global Nurs Res.* 2009;65(2):306-315. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04870
47. Foucault M. *História da Sexualidade: a vontade de saber, v. I.* Paz e Terra; 2019.
48. Costa H. O Lugar das Contracondutas na Genealogia Foucaultiana do Governo. *Revista de Filosofia Moderna e Contemporânea.* 2019;7(1):61-78.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O saber não é produto de um acúmulo de dados. Saber é uma ação, uma síntese, uma afirmação. Um posicionamento. (MOSE, 2018, p.137)

A maneira como a pesquisa foi desenvolvida significou realizar deslocamentos e arriscar-me por caminhos desconhecidos. Estava acostumada à utilização de métodos mais previsíveis e menos descontínuos. Assim, fui desafiada a realizar uma pesquisa qualitativa, com inspirações genealógicas.

Embora tenha tentado apresentar as técnicas utilizadas, bem como os resultados da pesquisa, de maneira sistematizada e com certa organização cronológica, o trabalho de análise foi um processo de muitas idas e vindas, com construções e desconstruções ao longo de suas elaborações. Ainda que a Tese apresente um fio condutor, que busca promover a coesão dos argumentos, será possível identificar desconstruções dos meus próprios argumentos, presentes sutilmente, na medida em que os artigos foram sendo produzidos.

Penso que isso reflete a busca por manter certa atitude crítica em relação ao trabalho e tal postura se alinha à vertente epistemológica na qual esse estudo se inscreve. Para além do que foi aqui registrado, a construção-desconstrução-reconstrução das análises foi a característica da abordagem metodológica utilizada. Foram vários os momentos em que, julgando ter concluído uma parte da análise, encontrava “algo” que escapava, que fugia ao padrão presente no *corpus* de dados e aquele “algo” modificava a construção já realizada, sendo necessário reconstruir.

No entanto, a sistematização dos processos e o modo de apresentar as técnicas utilizadas e resultados mantém certa organização, a fim de compor com as regras da comunidade científica para “abrir espaços” e, também, fazer com que uma pesquisa com sustentação em referenciais teórico-metodológicos pós-estruturalistas pudesse circular no campo da Promoção da Saúde, da Enfermagem e da Saúde Coletiva. Assim, os procedimentos metodológicos da Tese foram sistematizados no formato de um capítulo de livro, que será apresentado a seguir.

#### **4.1 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UMA PESQUISA INSPIRADA NA GENEALOGIA DE MICHEL FOUCAULT<sup>14</sup>**

*Fernanda Carlise Mattioni  
Cristianne Maria Famer Rocha*

**Resumo:** O presente capítulo tem por objetivo apresentar o percurso metodológico de uma pesquisa, cujo objetivo foi analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária, a partir das teorizações foucaultianas. Descrevemos as características do método genealógico de Michel Foucault, bem como as técnicas empregadas na pesquisa realizada. Ao final do estudo, concluímos que as práticas de Promoção da Saúde realizadas no cenário estudado são produto das condições de possibilidade, geradas por diferentes acontecimentos históricos, em suas descontinuidades. Identificamos um campo heterogêneo, no qual coexistem diferentes saberes e práticas. Destacam-se as práticas alinhadas a um discurso neoliberal, no qual indivíduos e comunidades devem ser os únicos responsáveis por sua saúde. Por outro lado, como resistência são encontradas práticas que se inscrevem na perspectiva da Determinação Social da Saúde, nas quais a Promoção da Saúde é compreendida como um esforço que envolve diferentes atores para a construção de melhores condições de vida nas comunidades.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Atenção Primária em Saúde; Genealogia; Michel Foucault.

##### **1. Introdução**

A Atenção Primária em Saúde (APS) se constitui como um dos cenários favoráveis para a realização de práticas de Promoção da Saúde. Os serviços que compõem a APS, por estarem inseridos nas comunidades, constituem uma relação de proximidade com os usuários do sistema de saúde, fator que contribui para o acompanhamento longitudinal dessas pessoas e para o estabelecimento de vínculo. Dessa forma, torna-se possível, para os profissionais de saúde, o reconhecimento dos modos de vida estabelecidos nas comunidades, bem como as necessidades em saúde

<sup>14</sup> Capítulo submetido, em maio de 2020, ao edital promovido pela *International Union for Health Promotion and Education* (IUHPE), a fim de compor o *Handbook of Health Promotion Research*. O capítulo encontra-se em fase final de revisão para publicação na língua inglesa. Edital disponível em: <https://unescochair-ghe.org/the-unesco-chair-ghe/activities/handbook-of-health-promotion-research/>

que emergem do contexto de vida. É no âmbito do território em que atuam os serviços da APS que as iniquidades sociais são traduzidas em problemas de saúde.

A Promoção da Saúde (PS) perpassa os diferentes mecanismos de enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Por isso, ela pode ser entendida como uma ampliação e uma requalificação conceitual e operativa da questão da saúde em sua complexidade crescente, apostando em novas políticas e práticas de intervenção sobre o processo saúde-doença e para uma melhoria da qualidade de vida em geral (Carvalho et al, 2004). Pela abrangência e pelas possibilidades de práticas e de interpretações, a PS é considerada um conceito complexo, construído a partir de diferentes vertentes epistemológicas e operado a partir de múltiplos métodos, também em diferentes cenários (Mendes, Fernandez & Sacardo, 2016).

No contexto da APS, são protagonizadas diferentes práticas de PS, que contemplam desde atividades de caráter educativo até práticas que estimulam a participação e organização comunitária para reivindicar melhores condições de vida, como direito à saúde. Observamos, no entanto, que as práticas de PS que ganham maior ênfase na APS são aquelas que pretendem induzir a adoção de comportamentos saudáveis, especialmente se considerarmos a importância destes frente as mudanças demográficas e epidemiológicas que apontam para o envelhecimento populacional e para o caráter crônico das doenças.

A questão que emerge se refere a quão efetivas podem ser essas práticas educativas, considerando as profundas iniquidades presentes nos territórios de atuação da APS. Sabe-se que a concepção ampliada da Promoção da Saúde pressupõe a estruturação de políticas públicas saudáveis, em um esforço intersetorial, cuja execução seria responsável por construir ambientes favoráveis à saúde. No entanto, parecem ser hegemônicas as práticas de PS com enfoque unicamente comportamental, que, acompanhando a perspectiva neoliberal, tendem a delegar para indivíduos e comunidades toda a responsabilidade de cuidar de si (Castiel, Xavier e Moraes, 2016).

Essa investigação se insere na vertente epistemológica dos estudos foucaultianos, os quais nos permitem dizer que a arena da Promoção da Saúde é constituída por um campo de disputas, de jogos de poderes e de saberes. Nele, são acionados discursos que, de acordo com sua potência e capilaridade, podem construir regimes de verdade os quais, ao serem instituídos, são capazes de orientar condutas. Para Foucault, os regimes de verdade são o conjunto de discursos aceitos e considerados corretos, verdadeiros em uma sociedade. Eles são construídos a partir de

narrativas que, ao longo do tempo, se sedimentaram como verdades sobre determinado tema. Para o autor, no entanto, os regimes de verdade são expressão de um ponto de vista dentre tantos outros possíveis, pois, em sua perspectiva, não existe verdade absoluta (Castro, 2016).

A partir da presente discussão, foi formulado o problema de pesquisa que trata das práticas de Promoção da Saúde no cenário da APS. Para auxiliar a condução da investigação, foram elaboradas as seguintes perguntas: quais narrativas e práticas de Promoção da Saúde estão presentes no contexto da APS? Como se constituíram? Como ocorrem as práticas de PS na APS? Quais discursos, interesses e jogos de poder que produzem subjetividades e regimes de verdade referentes à PS estão presentes no cenário da APS? Existem resistências e alternativas aos discursos hegemônicos? Quais são?

As perguntas descritas têm como função produzir caminhos para levar ao objetivo principal da investigação, qual seja: analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, a partir das teorizações foucaultianas.

Neste capítulo, detalharemos o percurso metodológico, demonstrando as técnicas utilizadas para produzir uma pesquisa, no campo da Promoção da Saúde, a partir do aporte teórico metodológico foucaultiano, de inspiração genealógica. Ao final, apresentaremos alguns resultados preliminares do estudo.

A opção pela realização de uma pesquisa genealógica reside na potência do método para evidenciar as tensões, as disputas, os discursos, os pontos de emergência e suas respectivas proveniências, que constituem os regimes de verdade no campo da Promoção da Saúde.

Os estudos foucaultianos podem contribuir sobremaneira nas investigações relativas à Promoção da Saúde. Por meio do método genealógico, pode ser possível construir análises que superam perspectivas deterministas e binárias com relação à PS. Além disso, essa matriz de análise pode demonstrar a heterogeneidade, as tensões, jogos de poder e saber do campo da PS que tem como produto as práticas que são operadas no cenário da APS. Explicitar como ocorrem tais processos pode ser um ponto de partida para repensar práticas hegemônicas, mas que pouco contribuem com a saúde das pessoas e, por outro lado, fortalecer outras práticas, marginais nesse campo, mas que podem se apresentar como mais potentes para promover a saúde da população.

## **2. Apontamentos sobre a genealogia de Michel Foucault**

Michel Foucault foi um filósofo francês que viveu entre 1926 e 1984. Como afirma Veiga-Neto (2017), em vez de falarmos em uma teoria foucaultiana, devemos falar em teorizações foucaultianas. Com isso, é possível identificar o distanciamento da perspectiva das generalizações, das totalizações. A obra de Foucault se propõe à realização de um olhar minucioso sobre a historicidade dos fatos, capaz de revelar os meios pelos quais tais acontecimentos foram produzidos bem como seus efeitos sobre os modos como as coisas estão constituídas na atualidade e são aceitas como corretas e verdadeiras, os regimes de verdade vigentes e aceitos na sociedade.

A estratégia de Foucault foi voltar o olhar para o próprio acontecimento histórico, buscando perceber, próximo a ele, os movimentos dos poderes e dos saberes que o engendram e o sustentam em meio a um emaranhado de ações vivas, constituídas por estratégias institucionais/situacionais. A genealogia, nesta perspectiva, consiste em um conjunto de procedimentos úteis não só para conhecer o passado, mas principalmente para analisarmos o presente (Veiga-Neto, 2017). “O objetivo de Foucault é traçar uma genealogia das relações entre poder e o saber, para mapear a ontologia do presente, em termos do ser-poder” (Veiga-Neto, 2017, p. 65).

Uma série de relações de saber-poder se engendram para a construção de verdades, influenciadas pela articulação de diferentes dispositivos que incluem instituições, sistemas de educação, aparatos legais, entre tantos outros que compõem a sociedade, intimamente ligados a valores morais, padrões, normas, que se relacionam aos sistemas de controle do corpo social (Foucault, 2009).

Assim, a genealogia seria o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)” (Foucault, 1997, p. 71). A tarefa do genealogista consiste em analisar os possíveis efeitos intrínsecos a uma prática discursiva, a fim de encontrar as condições de possibilidade que originaram as formações discursivas, bem como os poderes que estão em jogo nesse processo (Deleuze, 2005). A constituição dos regimes de verdade se sustenta em uma base institucional, sendo ao mesmo tempo fortalecida e atualizada por um corpo de práticas, no qual é operada de acordo com os modos pelos quais o saber é aplicado na sociedade, bem como suas formas de valorização atribuição e delimitação (Foucault, 2009).

O discurso, desta maneira, é uma instituição com início silencioso, originado nas lutas, tensões e disputas. “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta o poder do qual nos queremos apoderar” (Foucault, 2009, p. 10). Desta maneira, o discurso é elaborado, escolhido, monitorado e ganha permissão para circular a partir das batalhas por ele vencidas, estabelecidas na trama de instituições em que certos saberes são autorizados a serem usados e ditos, enquanto outros são silenciados (Lemos et al, 2020).

### ***2.1 Análises de emergência e de proveniência***

A obra de Foucault aponta que, na genealogia, são fundamentais a análise de emergência e análise de proveniência (Lemos et al, 2020). A análise de proveniência deve considerar as tensões originadas pela correlação de forças estabelecidas entre mecanismos e estratégias presentes em um campo. Ou seja, as condições históricas que possibilitaram a existência de determinado discurso, que se traduzirá em práticas. Neste ponto, é importante que a investigação seja detalhista e capaz de buscar em múltiplas fontes os indícios nos fatos desconsiderados, desvalorizados e mesmo apagados pelos procedimentos da história tradicional, na busca da confirmação de suas hipóteses (Faé, 2004). A análise de emergência, por sua vez, refere-se ao momento específico em que determinada prática discursiva aparece. Ela deve demonstrar a correlação de forças presentes no campo e as disputas presentes na constituição de um objeto. Assim, por meio das análises de emergência e proveniência, a genealogia busca trazer à tona as descontinuidades que perpassam os acontecimentos e as discursividades deles decorrentes (Lemos et al, 2020).

### ***2.2 O poder em Foucault e seu caráter produtivo***

Desse modo, é possível identificar a característica produtiva do poder. Por meio da coexistência de forças heterogêneas, que podem se opor ou se potencializar, são produzidas as discursividades que ganham legitimidade e passam ao status de regimes de verdade, construindo nossos modos de ser e de viver (Lemos et al, 2020), ou mais especificamente nesta pesquisa, os discursos e as práticas de Promoção da Saúde presentes no cenário estudado.

Por outro lado, para Foucault, o poder não é algo vertical, operado em uma direção única. Também não há um poder absoluto e soberano que não encontre resistências. O poder pode ser compreendido como uma rede instável de práticas. Ele

é operado por diferentes dispositivos, de maneira capilarizada e difusa, que tem como efeito a produção de processos de subjetivação dos sujeitos (Foucault, 2019). Nessa perspectiva, o poder não é absoluto e onde há ações de uns sobre os outros, há resistências. Assim como não há um centro do poder, também não há um centro de resistências. Estas se manifestam em resposta a uma rede capilarizada de poder e se constituem com o outro nessas relações. As resistências, portanto, enquanto interlocutoras irredutíveis nessa rede de poder, se distribuem de forma irregular, ou seja, os seus focos situam-se de maneira mais ou menos densa no tempo e no espaço. Por vezes, essas resistências são capazes de provocar o levante de grupos de indivíduos, interferindo em modos de vida e comportamentos.

Nesta perspectiva, a atividade genealógica busca identificar justamente aquilo que não se encontra no discurso hegemônico, que foge ao instituído, o que se apresenta como resistência ou contraconduta ao que é tido como único e verdadeiro nesse campo. A genealogia não pretende explicar a história ou o encadeamento causal dos acontecimentos, mas sim demonstrar que os acontecimentos decorrem do acaso das forças e não a partir de uma intenção ou determinação prévia.

Em síntese, a respeito do método genealógico, devemos observar algumas precauções metodológicas, delimitadas pelo próprio Foucault. Primeiro, destaca-se que a análise do poder ocorre na sua capilaridade, ao penetrar as instituições transmutadas em um conjunto de práticas; segunda precaução: não analisa o poder no plano da intenção ou da decisão, mas na sua materialidade, atendo-se às práticas reais e efetivas do objeto, alvo ou campo de aplicação; terceira precaução: o poder deve ser analisado como algo que circula, se exerce em rede, logo, não deve ser tratado como uma propriedade de alguém; quarta precaução: o poder deve ser analisado de forma ascendente, a partir dos mecanismos infinitesimais que têm uma história, com técnicas e táticas que dizem de como esses mecanismos de poder foram e ainda são investidos e utilizados, por mecanismos de dominação gerais; quinta e última precaução: o poder, para se exercer, se apoia em aparelhos de saber que lhe garantam sustentabilidade e o tornam legítimo (Lemos et al, 2020).

Concluída a tarefa de situar a genealogia no contexto da obra de Foucault, bem como, descrever suas características e delimitar suas possibilidades de uso, pretendemos descrever, na próxima sessão, a maneira como nos inspiramos na genealogia como método, no contexto de uma pesquisa qualitativa, no campo da Promoção da Saúde.

### **3. A Promoção da Saúde como objeto de análise da pesquisa de inspiração genealógica**

Partindo da premissa que a genealogia é o exercício de olhar para as relações e tensões produzidas pelas diferentes discursividades em um campo de saber-poder, identificamos a Promoção da Saúde como potencial objeto de análise, a ser pesquisado por meio da pesquisa qualitativa de inspiração genealógica.

Atualmente, predominam estudos de natureza quantitativa no campo da Saúde Coletiva, especialmente os inscritos na área da Epidemiologia. Nesse cenário, a realização de pesquisas qualitativas representa a possibilidade de investigação em profundidade dos processos que se relacionam à saúde das populações. Assim, não em caráter de oposição, mas em caráter de complementaridade, a pesquisa qualitativa contribui para outras possíveis análises e compreensões destes processos.

Buscando seguir as técnicas da pesquisa qualitativa em saúde em associação aos pressupostos da pesquisa genealógica de Michel Foucault, a análise das práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária será realizada visando identificar as condições de possibilidade que, por meio das tensões entre as diferentes discursividades, originaram os regimes de verdade, que direcionam as práticas, presentes atualmente no campo da Promoção da Saúde na APS. Ou seja, pretendemos olhar para os elementos em jogo e os mecanismos pelos quais certos discursos foram ganhando legitimidade até o ponto de se tornarem regimes de verdade. Além disso, pretendemos identificar e demonstrar outras discursividades, menos expressivas no campo do objeto de estudo, mas que existiram ou ainda existem, podendo, por vezes, ser interpretadas como expressões de resistência e contraconduta. Cabe ressaltar que, nesse cenário de pesquisa, as discursividades sustentam as práticas, estando sobremaneira próximas a elas.

A seguir, detalharemos os procedimentos da pesquisa a fim de demonstrar como a pesquisa qualitativa de inspiração genealógica foi por nós operacionalizada.

#### **3.1 Caracterização do Estudo**

Para alcançar o objetivo principal do estudo, “analisar as práticas de Promoção da Saúde na APS”, propomos a realização de uma pesquisa qualitativa de inspiração genealógica, de campo, descritiva e exploratória, no contexto do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, no qual a autora principal atua como

enfermeira, no município de Porto Alegre<sup>15</sup>, capital do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A pesquisa faz parte do Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### **3.2 Cenários da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida no contexto Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, os serviços públicos de saúde no Brasil são totalmente gratuitos e de acesso universal a todo cidadão brasileiro ou estrangeiro, sendo estas condições um direito constitucional. Estão organizados em rede, de maneira hierarquizada, devendo possuir atuação coordenada entre si. Assim, o SUS possui um primeiro nível de atenção, caracterizado pela Atenção Primária em Saúde, que no Brasil também é denominada como Atenção Básica; um nível secundário, destinado às especialidades médicas; e, um nível terciário, composto pela rede hospitalar e procedimentos de grande densidade tecnológica (exames e procedimentos mais invasivos).

Atualmente, a APS é organizada no país por meio de Unidades de Saúde instaladas junto aos territórios das comunidades locais. Tais unidades possuem equipes de saúde, que podem ser caracterizadas como equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou não. As equipes de ESF geralmente são mais completas, contando com maior diversidade de núcleos profissionais, e recebem um aporte de financiamento maior. Espera-se, dessa maneira, que tais equipes se diferenciem nas práticas de saúde, oferecendo cuidado de qualidade à população atendida (Brasil, 2017).

A pesquisa foi desenvolvida nas Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), uma das maiores instituições hospitalares do Brasil. O SSC constitui-se como referência de APS para a população da Zona Norte do município (cerca de 100 mil habitantes). Este Serviço foi constituído no final da década de 1970, em pleno processo de mobilização popular em prol da democracia e dos direitos sociais no Brasil. O Movimento Sanitário, integrado por intelectuais e sociedade civil, estava construindo as bases para o que seria o Sistema Único de Saúde, criado na década seguinte. Atualmente, é composto por doze Unidades de Saúde, 39 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), quatro Núcleos

<sup>15</sup> Porto Alegre possui, atualmente, 1,4 milhão de habitantes. É a capital do Estado do Rio Grande do Sul, que está geograficamente localizado mais ao sul do Brasil, fazendo fronteira com o Uruguai e com a Argentina. Tem uma população de 11,29 milhões de habitantes e sua economia é baseada na produção agropecuária e na produção industrial (IBGE, 2020).

de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>16</sup>, uma equipe de Consultório na Rua<sup>17</sup>, três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>18</sup>, sendo um CAPS Infantil (CAPSi), um CAPS Alcool e Drogas III (CAPS AD III) e um CAPS destinado a cuidados de usuários, adultos, portadores de transtornos mentais graves (CAPS II).

### **3.3 Procedimentos para a produção dos dados**

Os dados da pesquisa foram produzidos a partir de pesquisa documental e da pesquisa de campo, buscando encontrar nos discursos (escritos e falados), os elementos e acontecimentos que, postos no campo da Promoção da Saúde, originaram os regimes de verdade bem como as resistências e contracondutas, presentes na atualidade, no serviço de APS pesquisado.

A pesquisa documental foi realizada por meio de uma revisão de literatura direcionada aos estudos cujo objeto de análise foi a Promoção da Saúde e o referencial teórico de sustentação foram as teorizações foucaultianas. Além disso, foram objeto de análise as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e as Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) do Brasil, além de outros documentos técnicos relativos às práticas de Promoção da Saúde identificadas no trabalho de campo. O objetivo de olhar para tais documentos foi, conforme prevê o método genealógico, buscar o modo como certos discursos, acerca da Promoção da Saúde, aparecem no texto das referidas políticas e como vão se alterando, de acordo com o andamento da história, em suas reedições. Ou seja, buscamos identificar as mudanças de discursividades nesses documentos, bem como, mapear os elementos envolvidos que, de alguma forma, pudessem ter sido fatores que influenciaram a legitimação e a construção de determinados discursos em detrimento de outros.

Para encontrar as discursividades que não estão instituídas no marco legal da Promoção da Saúde, foi realizada a pesquisa de campo, por meio de entrevistas semiestruturadas (apêndice A) com os trabalhadores das equipes, responsáveis por realizar práticas de Promoção da Saúde. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro a maio de 2020. Em virtude da necessidade de isolamento social, decorrente da

<sup>16</sup> Os NASFs foram criados no ano de 2008 no Brasil. São equipes multiprofissionais de saúde cujo objetivo é prestar apoio matricial às equipes de Atenção Primária em Saúde.

<sup>17</sup> Os Consultórios na Rua foram instituídos no ano de 2011 no Brasil. São equipes multiprofissionais de saúde que atendem exclusivamente a população que se encontra em situação de rua.

<sup>18</sup> Os CAPS foram criados em 2002 no Brasil. São serviços voltados exclusivamente para o atendimento integral de pessoas portadoras de sofrimento psíquico.

pandemia de Covid-19, as entrevistas realizadas nos meses de abril e maio de 2020 foram realizadas por meio de videochamada.

A escolha dos trabalhadores convidados a participar da pesquisa se deu pelo método “bola de neve”, que se caracteriza pela constituição de uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (Vinuto, 2014).

A execução da amostragem em “bola de neve” iniciou por meio do contato com informantes-chaves, nomeados como *sementes*, realizada a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro das equipes participantes (Vinuto, 2014). Esse procedimento foi realizado desta maneira porque uma amostra probabilística inicial não estaria de acordo com a perspectiva genealógica, cujo objetivo era mapear os trabalhadores diretamente envolvidos com as práticas de Promoção da Saúde. Assim, os informantes-chave, ou as sementes, além de serem participantes da pesquisa, respondendo a mesma, ajudaram na realização de novos contatos com potencial para serem sujeitos da pesquisa. Como a autora principal é enfermeira do Serviço no qual a pesquisa foi realizada, ela possui conhecimento de práticas que são realizadas por colegas no cenário de estudo. Embora não possuísse envolvimento ou conhecimento prévios de tais práticas, sabia que elas existiam, bem como quem eram os trabalhadores do Serviço responsáveis por conduzir tais práticas. Esses trabalhadores foram os primeiros a serem contatados e convidados a participar do estudo. A partir da realização das entrevistas, foi solicitado que indicassem outras práticas que tinham conhecimento que eram realizadas em suas Unidades de Saúde ou ainda no Serviço de Saúde Comunitária, possibilitando que outros trabalhadores pudessem ser convidados a participar do estudo.

A partir da estratégia “bola de neve”, com a indicação sucessiva de novos possíveis participantes, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, de acordo com o interesse/necessidade do pesquisador. Eventualmente, o quadro de amostragem satura, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise. A amostragem em “bola de neve” mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser

finalizado a partir do critério de ponto de saturação. Porém, é importante lembrar que, para definir o ponto de saturação, deve-se estar atento às sutilezas da pesquisa de campo, para não perder informações relevantes à investigação (Vinuto, 2014).

Essa estratégia foi adotada na pesquisa, de modo que, em um dado momento da coleta de dados, as práticas de Promoção da Saúde mapeadas, a cada nova entrevista, se repetiam, sugerindo a saturação dos dados e o momento de encerrar o trabalho de campo.

As entrevistas foram gravadas e transcritas. Além disso, foi instituído um diário de campo, no qual foram anotadas as impressões sobre a pesquisa durante a realização das entrevistas.

### ***3.4 Aspectos Éticos***

Durante todo o estudo foram observados os procedimentos éticos, previstos na Resolução nº 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil (Brasil, 2012). Foi garantido o sigilo dos dados e o anonimato dos participantes, bem como a possibilidade de desistência a qualquer momento do estudo. Antes da realização das entrevistas foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), assinado em duas vias, sendo uma mantida com a pesquisadora e outra entregue ao participante do estudo. Os dados coletados foram utilizados unicamente para fins acadêmicos e serão mantidos sob a guarda da pesquisadora por cinco anos, quando serão destruídos. A realização da pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Compesq/UFRGS), Centro de Pesquisas em Atenção Primária em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (CEPAPS/GHC) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Anexo A) e do Grupo Hospitalar Conceição (Anexo B), de acordo com os números de protocolo CAAE 16078319.7.0000.5347/ Parecer n.: 3.462.073 e CAAE 16078319.7.3001.5530/Parecer n.: 3.539.918, respectivamente.

### ***3.5 Participantes da pesquisa***

Foram convidados a participar da pesquisa os trabalhadores (contratados ou residentes), responsáveis por práticas de Promoção da Saúde nas doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Buscando contemplar pelo menos

uma entrevista por Unidade de Saúde e também a diversidade de dimensões da Promoção da Saúde, o universo da pesquisa foi composto por 23 participantes.

Foram critérios de inclusão: ser responsável pela prática de Promoção da Saúde, independentemente do tempo que estivesse exercendo a atividade; ser integrante das equipes de ESF do SSC/GHC, vinculado por meio de contrato direto, como residente do Serviço ou, ainda, Agente Comunitário de Saúde<sup>19</sup>; aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram critérios de exclusão: não ser integrante das equipes de ESF do SSC/GHC e desistir, durante ou após a realização da entrevista, de seguir participando da pesquisa.

Para garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, solicitamos que os mesmos escolhessem como gostariam de ser chamados, dentro de um espectro de expressões artísticas, de modo que eles próprios definiram o que seria arte.

Os núcleos profissionais que participaram foram os seguintes: Agente Comunitário de Saúde (03), Serviço Social (06), Psicologia (04), Medicina (02), Enfermagem (05), Odontologia (02), Nutrição (01).

As profissões vinculadas a Enfermagem, Medicina, Odontologia e os Agentes Comunitários de Saúde integram as equipes de ESF. Já Serviço Social, Psicologia e Nutrição fazem parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

As doze Unidades de Saúde tiveram participação na pesquisa, sendo em média duas entrevistas por US: US Santíssima Trindade, US Vila Floresta, US Barão de Bagé, US Jardim Itu, US Costa e Silva, US Conceição, US Leopoldina, US Nossa Senhora Aparecida, US Divina Providência, US SESC, US Coinma e US Parque dos Maias.

A seguir, segue o quadro dos participantes da pesquisa, com sua respectiva prática de Promoção da Saúde.

<sup>19</sup> Os/as Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais que compõe as equipes de APS no Brasil. Não possuem formação específica na área da saúde sendo o requisito para função residir na comunidade de abrangência da equipe de APS na qual atua. Sua função é estabelecer um elo entre equipe de saúde e comunidade, fortalecendo o vínculo e as ações de educação em saúde entre os pares. No SSC/GHC, estes trabalhadores são vinculados ao Instituto de Medicina de Família (IMESF), que realizava a contratação dos profissionais da ESF no município de Porto Alegre na época da coleta dos dados.

**Quadro 1.** Participantes da pesquisa

| <b>Participante</b><br>(nome fictício escolhido) | <b>Prática de Promoção da Saúde</b>                |
|--|--|
| Capoeira   | Conselho Local de Saúde – Participação Comunitária |
| Hortaliça  | Grupo Mil Artes/ Grupo da Horta                    |
| Mosaico  | Grupo de Mulheres                                  |
| Pintura  | Grupo de Hipertensão e Diabetes                    |
| Vibração   | Atividade Coletiva do Bolsa Família <sup>20</sup>  |
| Movimento  | Grupo de Caminhada                                 |
| Felicidade                                       | Grupo de Convivência e Saúde Mental                |
| Teatro   | Planejamento Participativo                         |
| Beija-Flor                                       | Grupo de Meditação                                 |
| Criação  | Grupo de Escrita Criativa                          |
| Pérola   | Grupo de Meditação                                 |
| Brincar  | Grupo de Saúde Mental                              |
| Cinema   | Programa Saúde na Escola <sup>21</sup>             |
| Bacurau  | Grupo de Crianças                                  |
| Música   | Grupo Saúde no Prato                               |
| Mandala  | Grupo de Crianças                                  |
| Flor   | Grupo de Mulheres Imigrantes                       |
| Nataraja   | Programa Saúde na Escola                           |
| Arte Criativa                                    | Grupo de Arte                                      |
| Van Gogh   | Grupo de Tabagismo                                 |
| Viagem   | Grupo de Convivência de Idosos                     |
| Dança  | Grupo de Dança na Escola                           |
| Ovelha   | Grupo de Gestantes                                 |

Fonte: Mattioni e Rocha (2020)

### **3.6 Organização e Análise dos Dados**

Os dados provenientes da análise documental e das entrevistas foram organizados e sistematizados durante e após o término da coleta, no sentido da produção de categorias analíticas por meio de inferências que se deram a partir das aproximações teóricas aos dados empíricos.

A análise qualitativa dos dados correspondeu as seguintes etapas:

<sup>20</sup> Programa de transferência de renda do governo brasileiro.

<sup>21</sup> Programa do Ministério da Saúde que integra a APS com as escolas do território nos quais as equipes atuam.

1- Leitura das entrevistas transcritas; constituição da caracterização das práticas de Promoção da Saúde, agrupando todas as práticas referidas pelos participantes em conjuntos de práticas; descrição das práticas de Promoção da Saúde; análise dos conjuntos de práticas a partir do marco teórico-metodológico da Promoção da Saúde e dos estudos foucaultianos. O produto deste processo de análise foi o artigo *Promoção da Saúde na Atenção Primária: sobre discursividades e tensões em um cenário de práticas*, apresentado no capítulo dos resultados desta Tese.

2 – Leitura das entrevistas transcritas; leitura de documentos técnico-legais referentes à Promoção da Saúde no Brasil; descrição e análise das emergências e proveniências das práticas de Promoção da Saúde no cenário da pesquisa. Estas análises originaram o artigo *Emergências e proveniências de discursos que constituem as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde*.

3 - Leitura das entrevistas transcritas; apresentação dos efeitos e das principais dificuldades enfrentadas para a realização de práticas de Promoção da Saúde, descritas pelos participantes; análise dos dados a partir da correlação dos achados ao momento histórico vivenciado no SUS, do marco teórico-metodológico da Promoção da Saúde e dos estudos foucaultianos. Essa terceira etapa originou o artigo *Promoção da Saúde na Atenção Primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador*.

4 - Leitura das entrevistas transcritas; leitura dos principais documentos técnico legais referentes à APS e à Promoção da Saúde no Brasil; identificação e análise das resistências e contracondutas presentes nas práticas de Promoção da Saúde, no cenário da pesquisa. Essa etapa originou o artigo *Práticas de Promoção da Saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal*.

De acordo com os pressupostos da pesquisa qualitativa de inspiração genealógica, o corpus de dados foi minuciosamente examinado. Nesta etapa da pesquisa, não procuramos elementos passíveis de generalizações. Pelo contrário, foi o momento em que procuramos os acontecimentos singulares que, colocados no campo da Promoção da Saúde, por meio da configuração da correlação de forças estabelecidas, produziram e legitimaram as discursividades que constituem os regimes de verdade no campo estudado, ou seja, nas US pesquisadas.

A análise de dados, nesse sentido, consiste em um exercício de “confrontar” (colocar frente a frente, ao lado, em oposição, entre outras possibilidades) os discursos oficiais, encontrados nos documentos legais e técnicos dos organismos de saúde, com os dados empíricos coletados. Além disso, são considerados os elementos históricos

que perpassam os mais de 30 anos do Serviço pesquisado e que, de acordo com a perspectiva genealógica de Foucault, constituem as condições de possibilidade para o delineamento das práticas, quais sejam, as práticas de Promoção da Saúde na APS. Em outras palavras, procuramos encontrar as proveniências e as emergências das práticas de Promoção da Saúde identificadas no cenário pesquisado. Ou seja, descrevemos o momento no qual as práticas emergem no Serviço estudado e buscamos identificar as condições de possibilidade que permitiram o seu surgimento e permanência.

As aproximações entre o referencial teórico dos estudos foucaultianos e o marco teórico-metodológico da Promoção da Saúde é o que constitui a originalidade e a inovação desta pesquisa.

Acreditamos que será possível, por meio da nossa pesquisa, sustentar que:

1 – Não existe um conceito/discurso único de Promoção da Saúde, ou ainda um conjunto uniforme de práticas denominadas como Promoção da Saúde. O campo da PS é heterogêneo e polissêmico, no qual diferentes saberes circulam gerando tensionamentos que produzem práticas no contexto da APS;

2 – A discursividade hegemônica (ou os regimes de verdade vigentes), no campo da Promoção da Saúde, remete(m) à perspectiva neoliberal de que os indivíduos devem ser “empoderados” para que cuidem eles próprios de sua saúde e que a função do Estado seria apenas ensiná-los, por meio de uma abordagem educativa-comportamental;

3 – No cenário estudado, emergem discursividades “marginais” que fogem aos regimes de verdade predominantes. São movimentos e atividades que remetem à organização coletiva, tanto para a realização do cuidado compartilhado, quanto para a construção de políticas de saúde capazes de incidir sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Por serem em menor quantidade e mais fracas na correlação de forças com aquelas dominantes e estabelecidas no campo da Promoção da Saúde, estas práticas parecem se configurar enquanto estratégias de resistência e contraconduta.

#### **4. Contribuições de uma pesquisa de inspiração genealógica para o campo da Promoção da Saúde**

Neste capítulo apresentamos o percurso metodológico de uma pesquisa, cujo objetivo foi analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária, a partir das teorizações foucaultianas e seus resultados preliminares. Descrevemos, sucintamente, as características do método genealógico de Michel Foucault, bem

como, as técnicas empregadas na pesquisa realizada. Ao final do estudo, concluímos que as práticas de Promoção da Saúde realizadas no cenário estudado são produto das condições de possibilidade, geradas por diferentes acontecimentos históricos, em suas descontinuidades. Identificamos um campo heterogêneo, no qual coexistem diferentes saberes e práticas. Destacam-se as práticas alinhadas a um discurso neoliberal, no qual indivíduos e comunidades devem ser os únicos responsáveis por sua saúde. Por outro lado, como resistência são encontradas práticas que se inscrevem na perspectiva da Determinação Social da Saúde, nas quais a Promoção da Saúde é compreendida como um esforço coletivo que envolve diferentes atores para a construção de melhores condições de vida nas comunidades.

Nosso estudo apresenta novas possibilidades metodológicas para o campo da Promoção da Saúde na medida em que refuta relações de causa e efeito, bem como a construção de verdades absolutas acerca do objeto em estudo. Por meio de técnicas inspiradas no método genealógico de Michel Foucault foi possível encontrar a heterogeneidade presente no campo da Promoção da Saúde na APS. A principal contribuição da pesquisa, e dos usos metodológicos dos quais lança mão, consiste em identificar que algumas práticas de Promoção da Saúde, embora possuam caráter hegemônico e legitimidade, podem ser menos potentes para a produção de saúde, em sua perspectiva ampliada. Por outro lado, práticas de Promoção da Saúde que se encontram marginais nesse campo de saber-poder, podem representar mais capacidade de ampliar o seu impacto na vida das pessoas.

## **REFERÊNCIAS**

Brasil, Ministério da Saúde. (2008). *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). *Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União.

Brasil, Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial da União.

Carvalho, A.I. et al. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. (2004). *Ciência saúde coletiva*, 9(3).

Castiel, L.D., Xavier, C., Mores, D.R. (2016). *A procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Castro, E. (2016). *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Deleuze, G. (2005). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.

Faé, R. A genealogia em Foucault. (2004). *Psicologia em estudo*. Maringá, 9(3), 409-416.

Foucault, M. (1997). *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2009). *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola.

Foucault, M. (2014). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2019). *A história da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Paz e Terra.

Grupo Hospitalar Conceição. (2019). *Apresentação do Serviço de Saúde Comunitária*. Available: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5> Accessed in 24 mar 2019.

Instituto Brasileiro de Economia e Estatística. (2020). *Dados sociodemográficos*. Available: <https://www.ibge.gov.br/> Accessed in 03 set 2020.

Lemos, F.C.S. et al. Operadores analíticos da pesquisa com arquivos em Michel Foucault. (2020). *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, 32(e168556).

Mendes, R., Fernandez, J.C.A., Sacarco, D.P. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. (2016). *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, 40(108)190-203.

Veiga-Neto, A. (2017). *Foucault e a educação*. São Paulo, Autêntica.

Vinuto, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. (2014). *Temáticas*, 44(23) 203-220.

## **Como esse capítulo contribui para estruturar práticas de pesquisa no campo da Promoção da Saúde?<sup>22</sup>**

1 - Neste capítulo inovamos ao apresentar uma possibilidade metodológica diferente para pesquisas no campo da Promoção da Saúde: a pesquisa qualitativa inspirada na genealogia de Michel Foucault.

2 - Pesquisas inscritas na perspectiva dos estudos foucaultianos possibilitam a descrição e o detalhamento de como as práticas se constituíram ao longo dos anos, refutando relações de causa e efeito.

3 - A aplicação de técnicas de pesquisa inspiradas na genealogia possibilitou a identificação de um conjunto heterogêneo de práticas, realizadas no cenário de APS estudado, que compreendem um campo no qual se estabelecem jogos de poder-saber capazes de instituir a presença de práticas hegemônicas e práticas marginais.

4 - A identificação desse campo de saber-poder é importante para o reconhecimento de práticas marginais que se constituem como resistência e, muitas vezes, apresentam mais potência para produzir saúde, na perspectiva ampliada, do que as práticas hegemônicas.

### **Conceitos-chave para a pesquisa em Promoção da Saúde**

**Genealogia** – método de pesquisa utilizado por Michel Foucault, no qual as práticas realizadas no presente são analisadas por meio dos acontecimentos do passado. Ou seja, busca-se na minúcia dos acontecimentos passados, nas discontinuidades da história, explicar como se constituiu o que existe no presente (Foucault, 2014).

**Governamentalidade** – conjunto de técnicas operadas por dispositivos a fim de construir modos de vida legítimos em uma determinada sociedade (Foucault, 2008).

**Resistência** – oposição ao poder exercido em um regime de verdade (Foucault, 2019).

**Contraconduta** – atitude/comportamento diferente do esperado/previsto em um regime de verdade (Foucault, 2019).

**Abordagem bola de neve** – técnica de pesquisa para identificação dos participantes, na qual um indica outro e assim sucessivamente, até a saturação dos dados (Vinuto, 2014).

<sup>22</sup> Síntese solicitada pelo edital de seleção do capítulo de livro.

## 5 RESULTADOS

### *Defensa de la Alegría*

Defender la alegría como una trinchera  
 Defenderla del escándalo y la rutina  
 De la miseria y los miserables  
 De las ausencias transitorias  
 Y las definitivas

Defender la alegría como un principio  
 Defenderla del pasmo y las pesadillas  
 De los neutrales y de los neutrones  
 De las dulces infamias  
 Y los graves diagnósticos

Defender la alegría como una bandera  
 Defenderla del rayo y la melancolía  
 De los ingenuos y de los canallas  
 De la retórica y los paros cardiacos  
 De las endemias y las academias

Defender la alegría como un destino  
 Defenderla del fuego y de los bomberos  
 De los suicidas y los homicidas  
 De las vacaciones y del agobio  
 De la obligación de estar alegres

Defender la alegría como una certeza  
 Defenderla del óxido y la roña  
 De la famosa pátina del tiempo  
 Del relente y del oportunismo  
 De los proxenetas de la risa

Defender la alegría como un derecho  
 Defenderla de Dios y del invierno  
 De las mayúsculas y de la muerte  
 De los apellidos y las lástimas  
 Del azar y también de la alegría

(BENEDETTI, 1985)

Escolhi o poema de Mario Benedetti para introduzir os resultados da Tese porque, ao lê-lo, sou remetida às tensões presentes no mundo contemporâneo. Diante das tantas durezas e injustiças, a alegria emerge como resistência. Mais do que um acontecimento fruto do acaso, penso que a alegria deve ser uma das formas de cuidado presente nos serviços de saúde. Não uma alegria boba, ingênua, que age para resignar as pessoas. Mas uma alegria crítica, capaz de perceber e encarar as tragédias cotidianas com coragem e força para resistir.

Embora os resultados da pesquisa não se destinem às análises da alegria, os quatro artigos que serão apresentados a seguir se destinam a analisar as práticas de Promoção da Saúde identificadas no cenário de APS pesquisado. Mesmo que a

conjuntura atual das políticas públicas de saúde se mostre adversa, as resistências existem na micropolítica das relações cotidianas, no campo das práticas de saúde.

A definição por apresentar os resultados da pesquisa em formato de artigos, como já indicado antes, se destina à ampliação da circulação destas contribuições na comunidade científica e, principalmente, nos serviços de APS, entre os trabalhadores da saúde. Pretendo, assim, com as análises apresentadas, estimular inquietações capazes de gerar atitudes críticas, tanto para fomentar novas pesquisas na área, quanto para estimular a problematização em torno das práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS. E, no limite (mas sendo bem ambiciosa), incentivar a produção de alegres formas de se realizar o trabalho em saúde e de se viver a vida.

## 5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: SOBRE DISCURSIVIDADES E TENSÕES EM UM CENÁRIO DE PRÁTICAS<sup>23</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** descrever e analisar as práticas de Promoção da Saúde realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde.

**Método:** pesquisa qualitativa de inspiração genealógica, de campo, descritiva e exploratória, realizada na Atenção Primária em Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As 23 entrevistas semiestruturadas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2020, com trabalhadores do serviço estudado. Os dados foram analisados qualitativamente, com o uso de técnicas de inspiração genealógica, as quais possibilitam que tensões, disputas, discursos, práticas e relações de poder possam ser identificados.

**Resultados:** Foram constituídos oito conjuntos que caracterizam as práticas de Promoção da Saúde: 1) Práticas de caráter educativo, voltadas a mudanças comportamentais/hábitos e construção de habilidades pessoais; 2) Práticas intersetoriais e redes sociais comunitárias, que envolvem outros equipamentos da comunidade; 3) Práticas de estímulo à organização e participação comunitária; 4) Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; 5) Práticas que estimulam o encontro, a convivência, a arte e a criatividade; 6) Práticas que incitam a sustentabilidade ambiental e alimentar; 7) Práticas que incentivam a geração de renda; 8) Práticas de comunicação com a comunidade.

**Conclusão:** Foi identificado um campo heterogêneo de práticas de Promoção da Saúde, que se constitui por meio da circulação de diferentes saberes e poderes. As práticas são permeadas por discursividades que se alinham à governamentalidade neoliberal e práticas que se colocam como contraconduta a tais discursividades.

**DESCRITORES:** Promoção da Saúde. Atenção Primária em Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Michel Foucault. Estudos Foucaultianos. Genealogia.

### INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde (PS) é um conceito polissêmico, permeável a diferentes vertentes epistemológicas e constituído por diferentes discursividades. Esse argumento traduz a perspectiva genealógica de Foucault,<sup>1</sup> para quem os discursos e as práticas se

<sup>23</sup> Artigo submetido, em 7 de junho de 2021, à revista *Texto e Contexto Enfermagem*. Encontra-se, atualmente, em processo de revisão por pares.

constituem em um campo de relações de saber-poder. A partir da correlação de forças nele travadas, emergirão os discursos e as práticas hegemônicas, que também podemos chamar de regimes de verdade. Os discursos e as práticas que escapam aos regimes de verdade, no entanto, não desaparecem. Seguem presentes no campo, ocupando lugares de resistência e contraconduta,<sup>2</sup> mesmo que localizados marginalmente.

Ao longo da era moderna, foram desenvolvidos mecanismos de controle e regulação de indivíduos e populações, a fim de possibilitar o desenvolvimento do sistema capitalista, em suas diferentes fases. A partir do século XVIII, ficou ainda mais evidente a necessidade da diminuição da mortalidade, aumento da expectativa de vida e pessoas aptas a oferecer sua força de trabalho. Nesse contexto surge a biopolítica, definida como o conjunto de estratégias postas em ação para fazer a população viver.<sup>2,3</sup> O método de regulação investido sobre a população, a partir do século XVIII, foi denominado por Foucault como governamentalidade, que consiste no conjunto de técnicas operadas por meio de diferentes dispositivos (técnicos, jurídicos, institucionais), para conduzir a conduta das pessoas e proporcionar uma homogeneidade no comportamento individual e coletivo.<sup>2</sup>

As práticas de governamentalidade se inscrevem em uma racionalidade neoliberal, caracterizada como um desenho socioeconômico no qual as relações de mercado devem ocorrer com a maior liberdade possível, sendo a ação do Estado limitada a regular, em certa medida, tais relações. Além disso, deve investir o mínimo possível na área social, na medida em que seja possível manter o equilíbrio social, para que a população se mantenha produtiva e capaz de consumir os bens e serviços ofertados pelo mercado.<sup>3</sup> Diante das práticas de governamentalidade neoliberal, existirão resistências e contracondutas. A contraconduta, por sua vez, consiste na “luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros”.<sup>2:266</sup> Ou seja, a adoção de uma conduta diferente da esperada diante de uma prática de governamentalidade.

Ao longo das fases do capitalismo, as estratégias da governamentalidade foram se modificando, de acordo com as mudanças econômicas e sociais. Nesse sentido, a Promoção da Saúde pode ser entendida como uma estratégia biopolítica de governamentalidade, na medida em que opera discursos e práticas que visam moldar a conduta/comportamento de indivíduos e comunidades. A concepção de PS, elaborada na *I Conferência Internacional de Promoção em Saúde*, em Ottawa, Canadá, prevê a saúde como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Assim, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza recursos sociais e pessoais e as capacidades físicas. A PS não é

responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de possibilitar condições para que um modo de viver saudável possa ser construído.<sup>4</sup>

O conceito contemporâneo de Promoção da Saúde<sup>5</sup> diz respeito a um conjunto de valores: qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Está associado também a adoção de diferentes estratégias, postas em ação de maneira articulada: do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação das estratégias) e de parcerias intersetoriais. A Promoção da Saúde prevê responsabilidade múltipla por problemas e soluções, voltada aos Determinantes Sociais da Saúde, conceituados como as condições nas quais a vida transcorre, englobando desde fatores individuais, até a situação macroeconômica do país.<sup>5</sup>

No Brasil, a PS é oficialmente sistematizada por meio da legislação e dos documentos técnicos do Sistema Único de Saúde (SUS). A própria Constituição Federal brasileira<sup>6</sup> e os documentos fundantes do sistema de saúde - Lei 8.080<sup>7</sup> e a Lei 8.142<sup>8</sup> - trazem em seu texto a Promoção da Saúde em lugar de destaque, em suas ações prioritárias. Praticamente todas as políticas de saúde se estruturam no tripé atenção (assistência/cuidados/reabilitação), prevenção de doenças e Promoção da Saúde. Apesar disso, a PS avançou de forma lenta nos anos 1990, período marcado por governos neoliberais. As discussões se intensificaram no Brasil apenas nos anos 2000, resultando na criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006. Neste documento, a PS é entendida como uma das estratégias de produção de saúde, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, capaz de contribuir para construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais em saúde.<sup>9</sup> Em 2014, foi atualizada e publicada uma nova PNPS,<sup>10</sup> que amplia o escopo das práticas. Constitui-se, no entanto, o desafio de implementação das diretrizes traçadas na referida política, no contexto atual de restrição dos investimentos nas políticas sociais e dos gastos públicos com saúde.

De acordo com a PNPS e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB),<sup>11</sup> a Atenção Primária em Saúde (APS) se constitui como lugar privilegiado para a realização de práticas de Promoção da Saúde, pois as equipes deste serviço estão inseridas nos territórios em que as pessoas vivem. Além disso, um dos princípios da APS, a longitudinalidade, prevê o acompanhamento ao longo dos anos e vinculação com a comunidade assistida, o que

favorece a realização de práticas de PS, em suas diferentes possibilidades.

Para tanto, o objetivo desse artigo é descrever e analisar as práticas de Promoção da Saúde realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde.

## **MÉTODO**

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de inspiração genealógica, de campo, descritiva e exploratória, no contexto da APS do município de Porto Alegre, RS. A pesquisa qualitativa de inspiração genealógica possibilita que tensões, disputas, discursos, práticas e relações de poder possam ser identificados.<sup>1</sup>

Os dados da pesquisa foram produzidos por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, responsáveis por conduzir práticas de Promoção da Saúde, em doze Unidades de Saúde (US), que correspondem a 39 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais Unidades de Saúde são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente cem mil usuários do SUS. Os núcleos profissionais (e o respectivo número) dos participantes foram: Serviço Social (06), Enfermagem (05), Psicologia (04), Agente Comunitário de Saúde (03), Medicina (02), Odontologia (02), Nutrição (01), totalizando 23 participantes. As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2020. A maior parte das entrevistas foi realizada presencialmente. As entrevistas referentes aos meses de abril e maio foram feitas por meio de videochamada, pois já estavam vigentes as orientações de isolamento social, para evitar o contágio pelo coronavírus.

A escolha dos trabalhadores convidados a participar da pesquisa se deu pelo método “bola de neve”, que se caracteriza pela constituição de uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência. A execução da amostragem iniciou por meio do contato com informantes-chaves, nomeados como sementes, realizada a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro das equipes participantes.<sup>12</sup> Esse procedimento foi realizado para mapear os trabalhadores diretamente envolvidos com as práticas de Promoção da Saúde. Assim, os informantes-chave (ou sementes), além de participarem da pesquisa, respondendo a mesma, forneceram novos contatos com potencial para participar. A finalização das entrevistas ocorreu no momento em que as práticas de Promoção da Saúde e as narrativas começaram a se repetir, indicando o ponto de saturação, conforme prevê a estratégia “bola de neve”.<sup>12</sup>

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Além disso, foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotadas as impressões da pesquisadora que realizou as entrevistas.

A análise qualitativa dos dados correspondeu às seguintes etapas: leitura exaustiva das entrevistas transcritas; caracterização e descrição das práticas de Promoção da Saúde, agrupando as práticas referidas em conjuntos; análise dos conjuntos de práticas a partir do marco teórico-metodológico da Promoção da Saúde e dos conceitos-ferramenta foucaultianos.

Para a caracterização das práticas de Promoção da Saúde na APS, foram constituídos oito conjuntos, de acordo com o quanto indicado nas entrevistas realizadas. Para preservar o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com codinomes, que remetem a expressões artísticas, por eles mesmos escolhidos no momento das entrevistas. Durante toda a pesquisa foram observados os procedimentos éticos recomendados para estudos com seres humanos no Brasil.

## RESULTADOS

No quadro a seguir, são descritas as práticas relatadas pelos entrevistados, com sua respectiva caracterização. Uma mesma prática foi incluída em mais de um conjunto de práticas, por apresentar mais de uma característica em sua constituição.

**Quadro 1** - Práticas de Promoção da Saúde identificadas no cenário da pesquisa

| <b>Conjuntos de práticas no qual se inscreve</b>   | <b>Práticas de Promoção da Saúde (*)</b>   |
|--|--|
| 1) Práticas de caráter educativo, voltadas a mudanças comportamentais/hábitos e construção de habilidades pessoais | Grupo de Hipertensão e Diabetes (12)<br>Programa Saúde na Escola <sup>13</sup> (PSE) (12)<br>Grupo Saúde no Prato/Alimentação Saudável (12)<br>Grupo de Tabagismo (12)<br>Grupo de Caminhada (06)<br>Grupo de Mulheres (05)<br>Grupo de Convivência e Saúde Mental (05)<br>Grupo de Crianças (05)<br>Grupo de Gestantes (04)<br>Grupo de Adolescentes (04)<br>Pais e cuidadores de crianças (02)<br>Atividade Coletiva do Bolsa Família (01)<br>Grupo de Homens (01)<br>Uso de mídias digitais para comunicação, educação em saúde e mobilização da comunidade (02)<br>Programa de Rádio (01)<br>Planejamento Familiar (01)<br>Grupo de Crianças de Saúde Bucal (01) |
| 2) Práticas intersetoriais e redes sociais comunitárias, que envolvem outros                                       | Programa Saúde na Escola (PSE) (12)<br>Grupo da Horta (04)   |

|  |  |
|--|--|
| equipamentos da comunidade   | Atividade Coletiva do Bolsa Família (01)<br>Padaria Chico Pão (01)<br>Reuniões Rede de Assistência Social (01)   |
| 3) Práticas de estímulo à organização e participação comunitária             | Conselho Local de Saúde (12)<br>Planejamento Participativo (05)<br>Assembleias Comunitárias (02)<br>Uso de mídias digitais para comunicação, educação em saúde e mobilização da comunidade (02)<br>Atividade Coletiva do Bolsa Família (01)<br>Grupo de Mulheres Imigrantes (01)   |
| 4) Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)                    | Grupo de Meditação (05)<br>Reiki (02)<br>Auricoloterapia (02)<br>Grupo de Tai Chi (01)<br>Biodança (01)  |
| 5) Práticas que estimulam o encontro, a convivência, a arte e a criatividade | Grupo de Convivência (08)<br>Grupo de Caminhada (06)<br>Grupo de Artesanato/atividades manuais (05)<br>Grupo de Mulheres (05)<br>Grupo de Convivência e Saúde Mental (05)<br>Grupo de Crianças (05)<br>Grupo de Gestantes (04)<br>Grupo de Adolescentes (04)<br>Grupo da Horta (04)<br>Pontos de Cultura (03) <sup>†</sup><br>Grupo de Convivência de Idosos (03)<br>Grupo de Escrita Criativa (01)<br>Grupo de Mulheres Imigrantes (01)<br>Grupo de Dança na Escola (01)<br>GT Não Pire (Saúde Mental da equipe diante da pandemia de Covid-19) (01)<br>Grupo de Homens (01)<br>Visitas da Alegria (palhaços) (01) <sup>†</sup> |
| 6) Práticas que estimulam a sustentabilidade ambiental e alimentar           | Grupo da Horta (04)<br>Padaria Chico Pão (01)<br>Galpão de Reciclagem (01)   |
| 7) Práticas que estimulam a geração de renda                                 | Grupo de Artesanato/atividades manuais (05)<br>Univens/confecção de roupas – cooperativa de mulheres (01)<br>Padaria Chico Pão (01)  |
| 8) Práticas de Comunicação com a comunidade                                  | Uso de mídias digitais para comunicação, educação em saúde e mobilização da comunidade (02)<br>Programa Rádio (01)   |

\* Número de Unidades de Saúde, de um total de 12, em que o entrevistado(a) relatou a presença da prática de Promoção da Saúde.

<sup>†</sup> Práticas que não estão sendo executadas no momento.

Fonte: Mattioni e Rocha (2021)

Com relação ao tempo de existência, as práticas variam, desde muito antigas, sendo algumas datadas da criação das próprias Unidades de Saúde (na década de 1980), até práticas mais recentes, que tiveram seu início nos últimos cinco anos. A mais antiga: Planejamento Participativo, existe há 27 anos na US em que a prática foi relatada. A mais recente: Grupo de Meditação, existe há dois anos. As práticas mais antigas são as que se

referem aos grupos de convivência e participação. As mais recentes são as Práticas Integrativas e Complementares, que são práticas que englobam as chamadas Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), cuja política foi aprovada no Brasil em 2006.<sup>14</sup>

As atividades de Promoção da Saúde são realizadas majoritariamente na frequência semanal. Algumas poucas acontecem quinzenalmente. A pandemia de Covid-19 fez com que as atividades de grupo fossem suspensas, pois dependem do encontro entre pessoas para acontecer. Práticas de Educação em Saúde, realizadas por meio das plataformas digitais, passaram a ser utilizadas pelas equipes.

A participação de diferentes profissões, conferindo um caráter multiprofissional, foi descrita em todas as práticas. Ressalta-se a participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), presentes em muitas atividades.

*(...) participam diferentes profissões, ACS, Odontologia, Enfermagem (...) várias profissões já participaram do grupo (Mandala).*

*Os ACS são essenciais, sempre se envolvem muito com a atividade do planejamento participativo (Teatro).*

Outra característica importante identificada se refere à participação dos residentes - da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e da Residência em Medicina de Família e Comunidade - que muitas vezes se envolvem, também, na criação de práticas de PS:

*Tivemos a participação das residentes de Serviço Social e da Psicologia. Também tivemos a participação de uma residente da Nutrição, bem engajada com o grupo (Bacurau).*

*A ideia do grupo de mulheres imigrantes surgiu a partir de uma residente de Serviço Social, que já tinha uma aproximação com a língua. Ela identificou a necessidade de tentar ajudar essas mulheres se articularem em rede, por isso surgiu a ideia do grupo (Flor).*

Em relação ao perfil dos participantes, ele se apresenta heterogêneo e corresponde à característica de cada prática (crianças, adolescentes, idosos, mulheres). Foi ratificado, porém, pelos trabalhadores, o fato de que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde e tendem a participar mais das atividades de PS, conforme segue:

*É bem distribuído homem e mulher, mas acaba sendo mais mulher até pela questão tradicional do público feminino procurar mais o cuidado e ter mais vínculo com a Unidade de Saúde (Van Gogh).*

No que se refere às metodologias utilizadas, destaca-se a criatividade dos trabalhadores para a elaboração das atividades propostas. As práticas de PS utilizam, em sua maioria, metodologias que estimulam o envolvimento e a participação. Muitos trabalhadores exploram os recursos da ludicidade e realização de oficinas para a condução das práticas. Os materiais utilizados são de baixo custo e envolvem, principalmente, material de escritório, insumos para artesanato, revistas e jornais antigos, aparelho de som, alimentos, etc. Parte do material, principalmente material de escritório, é fornecido pela instituição responsável por fazer a gestão das equipes. Os trabalhadores e os próprios usuários também se mobilizam para conseguir os recursos e viabilizar as práticas:

*A gerência nos manda os materiais para as atividades: folhas, cartolina, lápis de cor, tinta, tesoura. O pessoal da equipe também traz: jornais e revistas velhas... todo mundo ajuda (Felicidade).*

*Nós buscamos doações nos mercados e fizemos um galetto para conseguir levantar fundos para construir a Horta Comunitária (Hortaliça).*

De acordo com as entrevistas realizadas, em todas as práticas de PS o elemento central das atividades é o encontro entre trabalhadores e usuários e, destes, com outros usuários. Para isso, basta a disponibilidade de um local para que a reunião aconteça. Algumas US têm dificuldades em relação à estrutura física, por isso criam parcerias com outros equipamentos das comunidades (como associações comunitárias, salões de igrejas, escolas, entre outros) para possibilitar a realização dos encontros. Mesmo assim, em algumas circunstâncias, foi relatado que a falta de disponibilidade de um espaço físico inviabilizou a realização de algumas práticas.

Com relação às características específicas e aos objetivos das atividades, são descritos, como exemplos, de acordo com os conjuntos de práticas, os seguintes relatos:

***Práticas de caráter educativo, voltadas a mudanças comportamentais/hábitos e construção de habilidades pessoais:***

*A gente tem muitos pacientes que vem muitas vezes pelas mesmas coisas, a gente gostaria que eles pudessem ter um pouco mais de empoderamento do seu cuidado para não precisarem nos acessar tanto. Nosso objetivo maior, óbvio, é que o nosso paciente esteja compensado, que ele fique com sua saúde em dia (Pintura).*

*Orientar como fazer aquilo que são diretrizes, o que tem que ser traduzido para as pessoas, para vida delas, para o cotidiano, dentro do que elas têm condições. Obviamente que a gente quer que as pessoas emagreçam, controlem a sua diabetes também (Música).*

***Ações intersetoriais e redes sociais comunitárias, que envolvem outros equipamentos da comunidade:***

*Trabalhar as questões de prevenção, Promoção da Saúde e diagnóstico, junto com as crianças, as professoras, a equipe de saúde (Cinema).*

***Ações de estímulo à organização e participação comunitária:***

*Têm objetivos do micro ao macro: organização do acesso, organizar demandas individuais em demandas coletivas, o resgate junto à comunidade da saúde como um direito social, um direito de cidadania (Capoeira).*

*Tirar prioridades de ações que sejam acordadas com a equipe e os usuários (Teatro).*

***Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS):***

*Ter espaços em que a gente pudesse fazer vivências meditativas. Ter espaços de autoconhecimento. Mas principalmente ter um espaço para fazer a prática (Beija-Flor).*

***Práticas que estimulam o encontro, a convivência, a arte e a criatividade:***

*Fazer alguma atividade que não seja falar em saúde, falar (...) como que se engravida, o corpo da mulher é assim, tem que ir no dentista, a pressão alta é muito ruim para... não! Não se fala nisso. É o grupo onde tu vens e não falas em doença. Tem pessoas que estão deprimidas, daí [ao invés de dizer] “o quê tu estás sentindo?”, (...) tu chegas e propõe: “vamos fazer alguma coisa que tu esqueças o que tu estás sentindo” de uma forma lúdica (Hortaliça).*

*(...) porque é diabético não pode comer bolo (...). Todo mundo sabe o que pode e o que não pode comer, não é nesse grupo que eu vou dizer o que pode e o que não pode comer. Eu trabalho isso com os colegas também. Não tem que ir lá fiscalizar (Viagem).*

*Olhar para o corpo de outro jeito. No serviço de saúde, se olha para o corpo orgânico. Olhar para um corpo que dança (Dança).*

***Práticas que estimulam a sustentabilidade ambiental e alimentar:***

*A ideia da horta surgiu da parceria com o Clube de Mães. (...) Surgiu a ideia de começar a encaminhar gente da Unidade para a horta, principalmente pessoas com questões de saúde mental. (...) Trabalham na terra e depois a colheita levam para casa.*

*Se colhe alface, rúcula (Hortaliça).*

### ***Práticas que estimulam a geração de renda:***

*O objetivo é a produção de artesanato, para a venda e gerar renda para financiar os passeios que o grupo quer fazer (Arte Criativa).*

*A Unidade de Saúde se soma ao trabalho educativo da padaria Chico Pão, que é um convênio entre o Clube de Mães e a política de assistência social. Os adolescentes participam dessas atividades segunda, quarta e sexta de tarde e de forma sistemática nós somos chamados a compor oficinas com os adolescentes, [com temas decididos por eles:] teatro, violência, sexualidade, gênero... então esse é um espaço bem potente. Tem o grupo de trabalhadores do galpão de reciclagem que, de uma forma mais pontual, a equipe faz alguma oficina com eles (Capoeira).*

### ***Práticas de Comunicação com a comunidade:***

*Agora com o isolamento social, em virtude da pandemia de Covid (...), eu sabia que os ACS se comunicavam por mensagens, mas eu nunca imaginei que fosse no nível que é. Quando eu sentei com eles para começarmos a mandar informes, eu descobri que eles têm linha de transmissão com 200 pessoas, não, [com] 200 famílias. Isso é um poder imenso! Nós estamos agora tentando passar tudo isso para o aplicativo de mensagens da US (Teatro).*

*Além do grupo presencial, foi criado um grupo de troca de mensagens para colocar as mulheres imigrantes em contato, em rede. Agora, no período da pandemia, elas continuam se comunicando pelo grupo. Fazem perguntas sobre a vacinação e o funcionamento da US. Também usam o espaço para pedir informações umas para as outras. Às vezes, para ajudarem a cuidar dos filhos [umas] das outras (Flor).*

## **DISCUSSÃO**

Alguns pontos merecem destaque em relação aos dados apresentados.

O tempo de surgimento das práticas pode estar associado aos momentos históricos vividos em cada período: na década de 1980, uma intensa mobilização popular em defesa do SUS; nos últimos anos, o ganho de legitimidade das PICS no contexto do SUS e da APS. Fato que explica porque práticas de PS como o planejamento participativo e os grupos de convivência tenham cerca de 30 anos de criação e as PICS, por exemplo, tenham sido criadas, em geral, nos últimos cinco anos.

A composição multiprofissional identificada na condução de práticas de PS mostra-se produtiva no sentido de ampliar as possibilidades de alcance e do impacto das ações. A circulação de diferentes saberes possibilita que atuem em complementariedade, além de aumentar a capilaridade do poder que circula no campo da PS na APS. Autores<sup>15</sup> apontam a potência do trabalho multidisciplinar, no sentido de que práticas de saúde realizadas em conjunto, por diferentes profissões, têm maior possibilidade de realizarem abordagens mais integrais aos usuários dos serviços de APS.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, cujo cenário de estudo é o campo de formação, cumprem um papel importante na manutenção, ampliação e qualificação das práticas de Promoção da Saúde na APS. No cenário pesquisado, isso fica explícito ao passo que todas as práticas relatadas contam com a participação de residentes dos diferentes núcleos profissionais. Além disso, por estarem participando de constantes discussões nos espaços de formação, os residentes tensionam a inclusão de outras discursividades ao campo da PS, na maior parte das vezes, propondo abordagens mais próximas à equidade e integralidade da atenção, aproximando as abordagens propostas pela PS ao conceito ampliado de saúde e aos Determinantes Sociais da Saúde.

A atuação da Residência no campo de práticas de Promoção da Saúde na APS se coloca como uma contraconduta, ao propor práticas que tentam oferecer alternativas à racionalidade neoliberal<sup>3</sup>. Está mais próxima, assim, de alcançar modificações do processo e da organização do trabalho e das práticas cotidianas das equipes, configurando-se como uma ação e um processo educativo, aplicado no âmbito do trabalho, de modo a possibilitar mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população.<sup>16</sup>

Sobre o perfil dos participantes nas práticas de PS, sabe-se que, historicamente, as mulheres fazem uso dos serviços de APS em maior proporção. Em estudo<sup>17</sup> que pesquisou as principais características dos usuários da APS no Brasil, essa tendência foi confirmada, de modo que 75,8% dos 8.676 participantes da pesquisa, eram mulheres.

Foi identificada, no entanto, no cenário desta pesquisa, uma única atividade destinada exclusivamente ao público masculino: o grupo de homens. Considerando o perfil de morbimortalidade nesse segmento da população, a criação de atividades destinadas a este público mostra-se uma lacuna e uma possibilidade para a Promoção da Saúde. Em artigo<sup>18</sup> sobre a temática, foi apontada a necessidade de se fomentarem pesquisas para melhor compreender as reais necessidades desse grupo populacional, bem

como de eleger formas mais eficazes de intervenção para a Promoção da Saúde. Salientamos também a importância de se pensar em espaços que promovam um deslocamento da abordagem unicamente centrada em comportamentos de risco, capazes de abordar integralmente a saúde do homem.

Merece destaque a utilização de metodologias participativas nas práticas de PS descritas, bem como as tecnologias leves, frequentemente utilizadas. No cotidiano do trabalho em saúde, são utilizadas tecnologias leves, tecnologias leve-duras e tecnologias duras. As tecnologias leves não implicam a utilização de instrumentais no cuidado em saúde. As tecnologias leve-duras pressupõem a utilização de instrumentais simples e as tecnologias duras pressupõem a utilização de equipamentos de alta densidade tecnológica, para a realização de exames e procedimentos especializados.<sup>19</sup>

Assim, a relação custo efetividade de estratégias de cuidado, tais como as práticas de PS, que utilizam tecnologias leves, ganham evidência,<sup>19</sup> pois a saúde é construída a partir do encontro e da produção de subjetividades. No entanto, tendencialmente, pelo modo como operam as lógicas políticas, técnicas e administrativas, na sociedade contemporânea, estes saberes ligados às tecnologias duras e leve duras encontram argumentos favoráveis e acabam se impondo sobre outros saberes, criando um desequilíbrio nas relações de poder, diante de outras possibilidades de cuidado. Isso ocorre mesmo que não haja comprovação que essa estratégia de cuidado, centrada na medicalização e utilização de alta densidade tecnológica, obterá bons resultados, pois a decisão de utilizar desenhos tecnológicos é dada por interesses econômicos, culturais, sociais e políticos que, no momento, são considerados mais adequados, oportunos e legítimos que outros.<sup>19</sup>

Esse tensionamento se torna mais acirrado na medida em que o desenvolvimento tecnológico possibilita que novos procedimentos do setor biomédico e farmacêutico promovam a possibilidade da antecipação (de cuidado ou cura) em relação a um número cada vez maior de doenças. Além disso, anunciam projetos de aprimoramento humano, por meio da utilização de drogas específicas e inovações vinculadas à robótica. Tais aspectos podem parecer um tanto futuristas, no entanto o desejo pelo controle máximo de todos os fatores de risco já paira no imaginário das pessoas e também dos serviços de saúde. Trata-se da construção de práticas hiperpreventivas (ou preemptivas), em que se busca a intervenção antes mesmo que ocorra a ação. A indicação de certas práticas, no entanto, parece ser um tanto cínica diante dos cenários de iniquidades – não raras vezes, de extrema pobreza -, enfrentados pelas comunidades, em que a prescrição de um

medicamento ou de uma terapia, muitas vezes, estão totalmente fora do seu alcance.<sup>20</sup>

Diante da hiperprevenção, as práticas de PS que estimulam momentos de encontro, utilizando tecnologias leves para criar espaços reflexivos (como o planejamento participativo, as assembleias comunitárias e o Conselho Local de Saúde) ou mesmo espaços apenas para compartilhar a presença e a alegria (como os grupos de convivência, artes, criatividade, por exemplo), se constituem como ações de contraconduta à perspectiva do controle extremo dos riscos, aprimoramento dos seres humanos e modulação de comportamentos. A lógica hiperpreventiva se inscreve na estratégia biopolítica contemporânea de tornar as pessoas cada vez mais produtivas, de modo que o sistema capitalista possa extrair o máximo de seus corpos e cérebros. Assim, o esforço em legitimar discursos condizentes com a hiperprevenção está alinhada à governamentalidade neoliberal, que tanto molda comportamentos voltados à superprodução no espaço do trabalho, quanto reforça o mercado da saúde que, cada vez mais, oferece procedimentos especializados, que as pessoas são levadas a acreditar que necessitam.<sup>21-22</sup>

As práticas de caráter educativo, voltadas a mudanças comportamentais/hábitos e construção de habilidades pessoais, possuem centralidade no relato dos entrevistados. As atividades de grupo, que utilizam a Educação em Saúde, são práticas já sedimentadas na APS, tendo espaço de legitimidade inclusive em seus documentos legais. Além disso, tais atividades se somam e, por vezes, se misturam às práticas voltadas ao encontro, à convivência, à arte e à criatividade. Esse dado acompanha resultados identificados em revisão de literatura realizada,<sup>23</sup> em que se evidenciou um predomínio das práticas de PS com caráter educativo, direcionadas à mudança de hábitos e comportamentos, bem como à construção de habilidades pessoais. Essa revisão demonstrou que muitas práticas educativas ainda são realizadas isoladamente, na perspectiva vertical da Educação em Saúde, sem levar em consideração o contexto de vida e tampouco acompanhadas de políticas públicas capazes de favorecer a adoção de hábitos saudáveis por indivíduos e comunidades. Por outro lado, esse mesmo estudo demonstra que práticas de PS que favorecem o encontro, a arte e a criatividade também encontram espaço nos cenários de práticas, ocupando um lugar de contraconduta à lógica da Educação em Saúde vertical e culpabilizante, adotada em grupos sociais fortemente permeados pela racionalidade neoliberal. Abordagens menos culpabilizantes tendem a ser mais efetivas para a Promoção da Saúde, pois levam em consideração as limitações impostas pelo ritmo acelerado da vida contemporânea para se estabelecerem hábitos saudáveis.<sup>25</sup>

Identificamos, assim, a presença de diferentes práticas no campo da PS no cenário estudado, que coexistem, por vezes agindo de maneira cooperativa e por vezes se colocando em oposição. Nas práticas relatadas, estão presentes discursividades neoliberais, alinhadas à responsabilização individual e da comunidade e ao controle dos fatores de risco para o adoecimento. Por outro lado, outras discursividades, também integrantes dos relatos, representam contracondutas em relação à abordagem hegemônica da Promoção da Saúde, que se inscreve na perspectiva da governamentalidade neoliberal. Estas últimas caracterizam práticas menos produtoras de corpos aptos ao trabalho e ao consumo e mais produtoras de subjetividades voltadas ao desfrute da vida. Tais contracondutas são potencializadas por práticas que promovem processos reflexivos entre (e com) a comunidade, sobre o conceito ampliado de saúde, a Determinação Social da Saúde, a Determinação Comercial da Saúde (estratégias e abordagens utilizadas pelo setor privado para promover produtos e escolhas que são prejudiciais à saúde<sup>24</sup>), a necessidade de políticas públicas saudáveis e a responsabilidade do Estado em prover condições de vida digna à população.

Para que seu alcance seja ampliado e o seu impacto deixe de ser o de pequenos alívios dentro de um turbilhão de responsabilizações individuais e abandonos por parte do Estado, são necessárias políticas sociais consistentes, capazes de promover condições de trabalho com carga horária aceitável, remuneração adequada para prover as necessidades da vida, proteção social para os momentos de dificuldade, educação, saúde, lazer, cultura, alimentação sustentável, mobilidade urbana, entre outros aspectos que integram os Determinantes Sociais da Saúde.<sup>5</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para além de oposições binárias, ou relações de causa e efeito, procuramos analisar o campo de práticas de PS, de um cenário de APS, a partir de perspectiva ampliada, na qual as condições históricas de uma sociedade influenciam a conformação das práticas em um sistema de saúde. As narrativas dos trabalhadores entrevistados denotam a existência de um campo heterogêneo de práticas de PS, que se constitui por meio da circulação de diferentes discursividades, saberes e poderes. Ao mesmo tempo, a correlação de forças presente nesse cenário, ou ainda, a forma como as relações de saber-poder se organizam, produziu e produz o campo de práticas de PS na APS. Por um lado, discursividades reforçam e se alinham à governamentalidade neoliberal; de outro, representam contracondutas à perspectiva dominante no campo da Promoção da Saúde, que

majoritariamente se constitui como estratégia biopolítica, inscrita na racionalidade neoliberal.

De acordo com a perspectiva foucaultiana, ressaltamos a transitoriedade do presente estudo, pois os acontecimentos históricos, que possibilitaram a emergência do cenário identificado, seguem acontecendo, construindo outras conformações, na medida em que mudam os discursos e as correlações de forças no campo da saúde e na sociedade. Assim, a potência dos resultados apresentados está na identificação das discursividades presentes, na atualidade, explicitando alguns de seus tensionamentos, possibilidades e limitações para a Promoção da Saúde de indivíduos e comunidades, atendidos pelos serviços de APS.

Podemos concluir que as práticas de PS realizadas na APS são dependentes das dimensões intersetoriais e das ações realizadas na macroestrutura do país, e, inclusive, no mundo. Os princípios presentes no marco técnico-político da PS se fazem mais necessários do que nunca: reafirmação da saúde como direito; repúdio às desigualdades sociais; necessidade de nova ordem econômica mundial; responsabilidade dos governos pela saúde dos cidadãos; e, direito da população participar das decisões no campo da saúde.

Ressalta-se, ainda, que mesmo com as limitações provenientes da estrutura socioeconômica e da falta de políticas públicas saudáveis, as práticas de Promoção da Saúde, realizadas na APS, no cenário pesquisado, representam uma dimensão expressiva do cuidado às comunidades dos territórios correspondentes. Além disso, merecem destaque a criatividade e comprometimento dos trabalhadores, que mesmo em meio aos poucos recursos e à crônica falta de pessoal nas equipes, constroem espaços acolhedores, potentes e produtivos para a Promoção da Saúde na APS.

## REFERÊNCIAS

- 1 Foucault M. Microfísica do poder. 28 ed. São Paulo, SP (BR): Paz e Terra; 2014.
- 2 Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo, SP (BR): Martins Fontes; 2008.
- 3 Foucault M. O nascimento da biopolítica. São Paulo, SP (BR): Martins Fontes; 2008.
- 4 Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. 1986. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://www.opas.org.br/carta-de-ottawa>
- 5 Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Cienc Saude Colet [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];25(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

6 Brasil. Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

7 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

8 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)

10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.426, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2014. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)

11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

12 Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Tematicas [Internet]. 2014. [citado 2021 Abr 12];44(23). Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

13 Brasil. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE). 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html)

14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)

15 Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface Comunic Saude Educ [Internet]. 2014. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>

16 Silva LS, Natal S. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da implantação de dois programas pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Trab Educ Saude [Internet]. 2019. [citado 2021 Abr 12];17(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00220>

- 17 Guibu IA, Moraes, JC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, Karnikowski OMS, Leite SN, Álvares J. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017. [citado 2021 Abr 12];51(supl2):17s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
- 18 Trilico, MLC, Oliveira GRK, Yuko M, Priolo SM. Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2015. [citado 2021 Abr 12];13(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00015>
- 19 Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3 ed. São Paulo, SP (BR): Hucitec; 2007.
- 20 Castiel LD, Xavier C, Moraes DR. *A procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde*. Rio de Janeiro, RJ (BR): Fiocruz; 2016.
- 21 Carvalho, SR. Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4). *Interface Comunic Saude Educ* [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];24(e190732). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190732>
- 22 Rose N. Biopolítica molecular, ética somática e o espírito do biocapital. In: Santos LHS, Ribeiro PRC. *Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida*. Rio Grande, RS (BR): FURG; 2011.
- 23 Mattioni FC, Nakata PT, Dresch LC, Rollo R, Bittencourt LSB, Rocha CMF. Health Promotion practices and Michel Foucault: a scoping review. *American Journal Health Promotion* [Internet]. 2021. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890117121989222>
- 24 Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2016. [citado 2021 Abr 12];12(4). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)
- 25 Nabarro M, Nitschke RG, Tafner DPOV. Imaginario de familias de escolares acerca de la promoción de la salud en el cotidiano. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];29(Spe):e20190274. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0274>

## 5.2 EMERGÊNCIAS E PROVENIÊNCIAS DE DISCURSOS QUE CONSTITUEM AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE<sup>24</sup>

Fernanda Carlise Mattioni  
Cristianne Maria Famer Rocha

O novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta. (FOUCAULT, 2009, p.26)

### Resumo

Este artigo tem como objetivo analisar como se constituíram as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). Realizamos uma pesquisa qualitativa, de inspiração genealógica, onde entrevistamos 23 trabalhadores. A análise possibilitou a identificação de emergências e proveniências de discursos que constituem as práticas de Promoção da Saúde na APS. Para a discussão dos dados, foram acionados os referenciais teóricos da Promoção da Saúde e dos estudos foucaultianos. Os resultados são apresentados a partir de três períodos históricos: as décadas de 1980/90, período da redemocratização e constituição de cidadãos de direitos; os anos 2000, com a emergência das políticas públicas na área da saúde, marcado pela governamentalidade neoliberal democrática; e o período de 2016 até a atualidade, com a austeridade fiscal e recrudescimento das Políticas Públicas, marcado pela governamentalidade neoliberal conservadora ou autoritária.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde. Atenção Primária em Saúde. Saúde Coletiva. Genealogia. Estudos Foucaultianos.

### Emergencies and provenance of discourses that constitute the Health Promotion practices in Primary Health Care

#### Abstract

This article aims to analyze how Health Promotion practices in Primary Health Care (PHC) were constituted. We conducted a qualitative research, of genealogical inspiration, where we interviewed 23 workers. The analysis made it possible to identify emergencies and sources of discourses that constitute the Health Promotion practices in PHC. For the discussion of the data, the theoretical references of Health Promotion and Foucauldian studies were used. The results are presented from three historical periods: the 1980/90s, a period of redemocratization and constitution of citizens with rights; the 2000s, with the emergence of public policies in the area of health, marked by democratic neoliberal governmentality; and the period from 2016 to the present, with fiscal austerity and an upsurge in public policies, marked by conservative or authoritarian neoliberal governmentality.

**Key-words:** Health promotion. Primary Health Care. Collective Health. Genealogy. Foucaultian Studies.

<sup>24</sup> Artigo submetido, em 19 de maio de 2021, à revista *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. Encontra-se, atualmente, em processo de revisão por pares.

## **Emergencias y procedencia de los discursos que constituyen las prácticas de Promoción de la Salud en Atención Primaria de Salud**

### **Resumen**

Este artículo tiene como objetivo analizar cómo se constituyeron las prácticas de Promoción de la Salud en la Atención Primaria de Salud (APS). Realizamos una investigación cualitativa, de inspiración genealógica, donde entrevistamos 23 trabajadores. El análisis permitió identificar emergencias y fuentes de discursos que constituyen prácticas de Promoción de la Salud en la APS. Para la discusión de los datos se utilizaron referencial de los estudios Foucaultianos y Promoción de la Salud. Los resultados se presentan a partir de tres períodos históricos: la década de 1980/90, período de redemocratización y constitución de ciudadanos con derechos; década del 2000, con surgimiento de políticas públicas en el área de la salud, marcadas por la gobernabilidad neoliberal democrática; y período de 2016 a la actualidad, con austeridad fiscal y un repunte de las políticas públicas, marcado por una gubernamentalidad neoliberal conservadora o autoritaria.

**Palabras-clave:** Promoción de la salud. Atención Primaria de la Salud. Salud pública. Genealogía. Estudios Foucaultianos.

### **Introdução**

A Promoção da Saúde (PS) é um conceito amplo, complexo e em constante construção<sup>1</sup>. Seu objetivo hegemônico é a indução de comportamentos saudáveis, por isso, pode ser compreendida como uma estratégia biopolítica, definida por Foucault<sup>2</sup>, de maneira bastante sintética, como o conjunto de ações operadas sobre a população para fazê-la viver. As práticas de PS se inscrevem, majoritariamente, na perspectiva da governamentalidade<sup>3,4</sup>, descrita como uma das estratégias para operar a biopolítica na contemporaneidade, que compreende um conjunto de ações, complexas e descontínuas, realizadas por diferentes atores em uma sociedade, a fim de conduzir as condutas de indivíduos e populações. Essa investida do poder ocorre com o uso de discursos, que, de acordo com condições de possibilidade (históricas, sociais, culturais, políticas, econômicas, etc), ganham legitimidade e passam a ser considerados como verdades por determinados grupos sociais<sup>2</sup>. As proveniências são justamente tais condições de possibilidade e as emergências são o momento do surgimento do discurso ou prática<sup>5</sup>.

O conceito ampliado da Promoção da Saúde prevê que as medidas adotadas não se dirijam a uma doença específica, mas que sejam capazes de proporcionar a saúde e o bem-estar por meio de medidas relativas à moradia, educação, lazer, alimentação, etc, as quais são entendidas como Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Estes, são

definidos como as condições nas quais a vida transcorre, incluindo desde aspectos mais individuais até as macrocondições de um país<sup>6</sup>.

A Promoção da Saúde e a Atenção Primária em Saúde (APS) possuem uma relação intrínseca. Ambas aparecem associadas desde as primeiras movimentações para a reorganização dos sistemas nacionais de saúde no mundo. A Declaração de Alma-Ata<sup>7</sup>, proveniente da Primeira Conferência Internacional de APS, de 1978 e a Carta de Ottawa<sup>8</sup>, publicada a partir da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, inauguram essa relação, cujo objetivo era “saúde para todos” até o ano 2000. Embora tais documentos apresentem uma concepção ampliada de saúde, já neste período os sistemas nacionais de saúde passam a receber a influência dos organismos financeiros internacionais (principalmente do Banco Mundial), que tencionavam a necessidade de indivíduos e comunidades assumirem a responsabilidade pela sua saúde e o gerenciamento dos riscos de adoecimentos<sup>4</sup>. Essa influência demonstra a investida neoliberal no campo da Promoção da Saúde, que, ao longo das décadas, teve como estratégias prioritárias a mudança de comportamentos individuais e o controle de riscos em detrimento das ações voltadas aos DSS.

No Brasil, a Promoção da Saúde está presente na Constituição Federal de 1988<sup>9</sup> e na legislação fundante do Sistema Único de Saúde (SUS) – Leis 8.080<sup>10</sup> e 8.142<sup>11</sup> de 1990. As Políticas de Saúde, estruturadas nos anos subsequentes à criação do SUS, com intensificação nos anos 2000, são sustentadas no tripé Promoção da Saúde – Prevenção de Doenças – Cuidados/Reabilitação da Saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006<sup>12</sup> com última atualização em 2017<sup>13</sup>, orienta o desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais, voltados para a Promoção da Saúde, como integrante do processo de trabalho das equipes de APS. Além disso, aparecem como atribuições de todos os núcleos profissionais que integram as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)<sup>25</sup>, a realização de práticas de Promoção da Saúde<sup>13</sup>. Já a Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006<sup>14</sup> e atualizada em 2014<sup>15</sup>, prevê, em seus eixos operacionais, a atuação em base territorial, de modo articulado e em rede, tendo a APS como cenário privilegiado para práticas de PS.

<sup>25</sup> ESF, ESB e NASF são as estratégias prioritárias de organização da APS no Brasil<sup>12</sup>.

Diante do exposto, este artigo se propõe a analisar como se constituíram as práticas de Promoção da Saúde na APS. Para isso, buscamos identificar e analisar as emergências e proveniências dos discursos que constituem tais práticas.

## **Método**

Realizamos uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa e inspiração genealógica, no contexto da APS do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados da pesquisa foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores responsáveis por conduzir práticas de Promoção da Saúde em doze Unidades de Saúde (US), que correspondem a 39 equipes de ESF e cinco NASFs. Estas US são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente cem mil usuários. Os núcleos profissionais dos participantes foram: Serviço Social (06), Enfermagem (05), Psicologia (04), Agente Comunitário de Saúde (ACS) (03), Medicina (02), Odontologia (02), Nutrição (01), totalizando 23 participantes. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2020. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Além disso, foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotadas as impressões da pesquisadora.

Os dados foram analisados por meio de técnicas inspiradas na pesquisa genealógica, que possibilita que tensões, disputas, discursos, práticas e relações de poder, possam ser identificados. A genealogia é o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)”<sup>16:71</sup>. A tarefa do genealogista consiste em analisar os possíveis efeitos intrínsecos a uma prática discursiva, a fim de encontrar as condições de possibilidade que originaram as formações discursivas, bem como os poderes que estão em jogo nesse processo<sup>17</sup>.

Na prática genealógica, são fundamentais as análises de proveniência (ou ascendência) e de emergência. As proveniências são as condições de possibilidade, por meio das quais discursos e práticas se formaram. A emergência é o ponto de surgimento, a localização histórica em que a correlação de forças das condições de possibilidade convergiu para o aparecimento de um discurso ou prática<sup>5</sup>.

A análise dos dados seguiu as seguintes etapas: leitura das entrevistas transcritas; leitura de documentos técnico-legais referentes à APS<sup>12,13,18</sup> e à Promoção

da Saúde no Brasil<sup>14,15</sup>; descrição e análise das emergências e proveniências dos discursos e práticas de Promoção da Saúde no cenário da pesquisa.

Para preservar o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com codinomes, que remetem a expressões artísticas, por eles mesmos escolhidos. Durante toda a pesquisa foram observados os procedimentos éticos exigidos para estudos com seres humanos no Brasil<sup>19</sup>. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição, de acordo com os números de protocolo CAAE 16078319.7.0000.5347 e CAAE 16078319.7.3001.5530, respectivamente.

Neste artigo, são apresentados os resultados parciais da pesquisa realizada para a construção de Tese de Doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para a análise de como se constituíram as práticas de Promoção da Saúde na APS, são descritas as emergências e proveniências, relativas a tais práticas, e suas respectivas análises.

## **Resultados e discussão**

A análise dos dados será apresentada a partir de três períodos históricos. Descreveremos a correlação de forças que possibilitou a emergência das práticas nos períodos, bem como as condições de possibilidade (proveniências) que permitiram e fizeram com que as práticas emergissem no cenário pesquisado.

### ***As décadas de 1980/1990: redemocratização, mobilização popular, construção do SUS e do serviço de saúde pesquisado***

De acordo com os dados coletados, as atividades que envolvem a participação comunitária, o controle social e o planejamento participativo são as mais antigas, coincidindo muitas vezes com a criação das próprias US integrantes da pesquisa. Estas foram criadas nas décadas de 1980 e 1990<sup>26</sup>, a partir da intensa organização comunitária e reivindicação de serviços de saúde nas comunidades da zona norte de Porto Alegre-RS.

Iniciamos o planejamento participativo em 1994, no início não era esse o nome, mas era essa atividade, de planejar junto com a comunidade.

<sup>26</sup> Embora o neoliberalismo apareça no cenário mundial na década de 1990, suas influências foram identificadas no cenário de estudo apenas anos mais tarde.

Atualmente realizamos a cada dois anos. Geralmente é feito em um sábado. Nesse momento discutimos temas da saúde junto com a comunidade e elegemos as prioridades a serem trabalhadas nos próximos anos. (Teatro)

Nesse período, o país vivia o momento da redemocratização, com a atuação maciça de movimentos sociais e populares, dentre eles o Movimento Sanitário Brasileiro. Uma possível explicação para a emergência de muitas iniciativas e organizações de participação popular, que tomaram corpo na constituição de Conselhos Locais de Saúde e Planejamentos Participativos foi a influência desse momento histórico, no qual muitos coletivos se mobilizaram para a construção de um sistema de saúde público e universal. Além disso, o engajamento de docentes/pesquisadores universitários, no processo de criação e legitimação do arcabouço técnico-político do SUS, influenciou e estimulou a criação de espaços participativos e democráticos em seu contexto<sup>20</sup>. As primeiras US do serviço pesquisado foram criadas para serem campo da Residência de Medicina Geral Comunitária, atualmente chamada de Medicina de Família e Comunidade<sup>21</sup>, fato que demonstra a influência das estratégias educacionais no processo de constituição dos primeiros serviços de APS do país.

As condições de possibilidade (proveniências) que convergiram para a emergência das práticas descritas, foram: o cenário político, identificado no processo de redemocratização, em que o país ainda estava sob efeito da atuação dos movimentos sociais e populares, a recente aprovação da Constituição Federal Brasileira<sup>9</sup>, o grande engajamento de docentes e pesquisadores universitários no Movimento Sanitário Brasileiro, a estruturação dos primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária<sup>27</sup> e as ações ou programas de reorientação da formação profissional. Em nível local, as comunidades se organizavam para reivindicar serviços de saúde em seus territórios, considerando a criação do SUS em 1990<sup>10,11,20</sup>.

Outro conjunto de práticas de PS que possuem bastante tempo de existência são os grupos de convivência. Estas atividades aparecem em quase todas as US pesquisadas e cumprem uma função importante como espaço de socialização entre os participantes. Dois aspectos apontam para a emergência destas práticas. Primeiro, que o surgimento de tais atividades aconteceu já na implantação das Unidades de Saúde. Aquela mesma

<sup>27</sup> Atualmente, denominada Medicina de Família e Comunidade.

mobilização e organização comunitária, do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, pode ter influenciado a criação de espaços de encontro e convivência.

Desde a sua criação, as Unidades eram reconhecidas como espaços pertencentes à comunidade. Um local não apenas de cura, mas também de compartilhar a vida (...). (Hortaliça)

Isso é ilustrado também no fato de algumas US integrarem centros comunitários que são sede para outras políticas, como a de Assistência Social, bem como espaços de lazer comunitários (quadra de esportes, pracinha para as crianças, piscina comunitária, cancha de bochas, salão da associação comunitária).

Além do surgimento de tais práticas, no contexto da redemocratização do país e da criação das US, outro ponto chama atenção. O que fez com que os grupos de convivência se mantivessem ativos por tantos anos e com tanta adesão? Um primeiro fator, que pode ter influenciado, se refere ao vínculo estabelecido entre a comunidade e as equipes de saúde. Os trabalhadores das US pesquisadas, por serem contratados via processo seletivo público e terem condições de trabalho minimamente satisfatórias, majoritariamente se mantêm no serviço por muitos anos (a média de tempo de serviço dos participantes da pesquisa é de 15 anos). Isso faz com que as equipes se vinculem com as comunidades. Além disso, as práticas de PS com tais características são conduzidas ou contam com a participação de ACS. Antes mesmo da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde<sup>22</sup>, o serviço pesquisado já havia criado o cargo de Agente de Saúde Comunitária<sup>21</sup>. Estes trabalhadores, que também são moradores das comunidades, integram as US desde as suas criações:

Eu trabalho no serviço há 28 anos. Sempre me envolvi com os grupos (...). Grupo de convivência, de artesanato, de adolescentes, da horta (...). (Hortaliça)

A participação das ACS certamente influencia a vinculação e adesão dos usuários nas atividades de convivência, fazendo com que elas sigam tendo a mesma força que no momento de sua criação (o grupo de convivência mais antigo foi criado há 27 anos).

Na contemporaneidade é possível identificar que as pessoas, mesmo em tempos que antecederam a pandemia de Covid-19, se encontram em processos de grande isolamento e fragilidade de relações. Os espaços de convivência, de arte e de cultura, oferecidos pelas equipes de APS, representam uma possibilidade de socialização e produção de relações de apoio mútuo. Embora, aos olhos de muitos gestores, sejam práticas pouco relevantes ou incapazes de ter impactos na saúde, tais espaços se mostram potentes para a promoção da saúde mental e como possibilidade de apoio comunitário.

Entendemos que a emergência, nas décadas de 1980/1990, de práticas de Promoção da Saúde, inerentes à participação popular e à convivência, está vinculada à intensa mobilização social presente no processo de redemocratização do país, especialmente o Movimento Sanitário, no campo da saúde. Além disso, mais especificamente no cenário pesquisado, o surgimento da Residência em Medicina Geral Comunitária, a mobilização das próprias comunidades para a criação de Unidades de Saúde em seus territórios e a criação, ainda nessa época, do cargo de Agente de Saúde Comunitária foram as condições de possibilidade (proveniências) para o surgimento e ampliação de tais práticas, nessa época.

Retomamos a noção de governamentalidade, palavra utilizada por Foucault<sup>2</sup> para definir as estratégias de condução das condutas dos indivíduos (governo de si) e da população (governo dos outros), cujas características foram se modificando ao longo da história. O processo de redemocratização do país, com as lutas por direitos sociais, esteve ancorado em uma nova razão política, denominada governamentalidade democrática<sup>23</sup>. Foi um período histórico “centrado na afirmação e na promoção da cidadania, evidenciando uma governamentalidade democrática como maquinaria posta em curso no Brasil desde meados dos anos 80, azeitada pela constituição de cidadãos”<sup>23:89</sup>. Para que um governo democrático seja possível, a cidadania é obrigatória, por isso, naquele momento histórico, a racionalidade do pensamento político, cultural, econômico e social passa a se sustentar na noção de democracia e na noção de sujeito de direito, como o fundamento da ação governamental<sup>23</sup>.

Identificamos a ação dessa racionalidade no campo pesquisado, nas décadas de 1980/90, período em que as comunidades lutavam por seus direitos e por sua condição de cidadãos. Ao mesmo tempo em que se construía as bases que legitimaram o acesso à saúde como direito social, também era elaborada uma complexa estrutura técnico legal que permitiria a condução da conduta desses cidadãos de direitos, por meio da

governamentalidade democrática. Esses mecanismos se ampliam e se modificam nos anos subsequentes, conforme veremos.

### ***Os anos 2000: indução de práticas de Promoção da Saúde por meio de Políticas Públicas de Saúde***

Nos anos 2000, as práticas de participação popular seguem existindo no campo pesquisado, mas demonstram um recuo em relação às décadas anteriores. A organização comunitária perde a sua força. As assembleias comunitárias e o Planejamento Participativo passam a ser realizados com menor frequência e por menos Unidades de Saúde. Os Conselhos Locais de Saúde ganham características cada vez mais institucionais e vinculadas a procedimentos burocráticos, sem a capacidade de mobilização comunitária anteriormente identificada:

A dificuldade é conseguir com que as pessoas [participem]. Tem gente que vai sempre, mas são poucos. A gente não dá o devido valor para os espaços de participação social. (Teatro)

Existe um grande questionamento por parte da gestão municipal em relação à legitimidade dos Conselhos Locais de Saúde, nós ficamos preocupados que o espaço fosse bem legitimado. (...) a participação social deixou de ser entendida como trabalho no SUS. Os próprios colegas não estimulam que os usuários participem das reuniões. (Capoeira)

Esse processo coincide com a forte investida da racionalidade neoliberal, entendida como um desenho socioeconômico no qual as relações de mercado devem ocorrer com a maior liberdade possível, sendo a ação do Estado limitada a regular, em certa medida, tais relações. Além disso, deve investir o mínimo possível na área social, na medida em que seja possível manter o equilíbrio social, para que a população se mantenha produtiva e capaz de consumir os bens e serviços ofertados pelo mercado<sup>24</sup>. Merecem destaque a implementação de ações do Banco Mundial sobre os sistemas de saúde de diferentes países, cujos relatórios e proposição de modelos de atenção específicos começaram a ser estruturados, ainda nas décadas de 1990, e passam a ser efetivamente implementados nos anos 2000<sup>25</sup>.

A luta pela constituição legítima de um Estado cidadão já não ocupa espaço de centralidade na arena política nesse período. A ordem do dia passa a ser a construção e operacionalização de políticas públicas, capazes de garantir direitos e, ao mesmo tempo, por meio da inclusão que proporciona, ser capaz de governar os cidadãos que integram a sociedade democrática, já legitimamente constituída nas décadas anteriores. Nesse período, a governamentalidade neoliberal democrática ganha espaço no Estado brasileiro<sup>23</sup>, cuja racionalidade pode ser identificada nas muitas políticas públicas de saúde, criadas/promulgadas nos anos 2000. Não conseguiríamos citar todas elas, mas podemos dizer que, no cenário estudado, é possível identificar a indução de práticas de Promoção da Saúde, de acordo com tais políticas.

No ano de 2011, o número de equipes de APS, foi ampliado sobremaneira no serviço pesquisado<sup>21</sup>. Tal ampliação foi possível com a publicação da PNAB de 2011<sup>18</sup>, que considerava novos arranjos para as equipes de ESF. Esse foi o período em que as equipes de APS receberam os maiores aportes de incentivos financeiros dos governos federal e estadual, com vistas à ampliação e qualificação do trabalho<sup>25</sup>.

Como práticas de PS, produto da indução de políticas públicas de saúde, emergiram no serviço pesquisado: o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>26</sup>; os grupos/consultas coletivas de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus; o grupo Saúde no Prato (alimentação saudável); Grupos de Saúde Mental; atividades coletivas do Programa Bolsa Família<sup>28</sup>; Grupo de Tabagismo; Grupo de Caminhada. Todas elas vinculadas a alguma política de saúde ou programa governamental. Destaca-se a vinculação de muitas delas com os eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006<sup>14</sup>.

A atividade começou demandada por parte da coordenação [da equipe]. O PSE [Programa Saúde na Escola] é uma diretriz ministerial (...). Elaboramos um projeto que contemplava ações de Promoção da Saúde e exames diagnósticos, realizados na escola, conforme prevê o manual do PSE. (Cinema)

As outras práticas relatadas na pesquisa, neste período histórico, também emergiam a partir da demanda pela sua criação, por parte dos gestores da instituição

<sup>28</sup> Programa de redistribuição de renda do Governo Federal, criado em 2003, cujas condicionalidades incluem o acompanhamento sistemático de saúde das famílias beneficiadas<sup>27</sup>.

de saúde, que por sua vez a recebiam dos governos estaduais e federal. A partir da solicitação, eram criados grupos de trabalho que organizavam as práticas no contexto das Unidades de Saúde.

Outro conjunto de práticas que emergiram nesse período se referem às atividades culturais:

[...] uma iniciativa de estímulo e valorização da cultura foi a criação dos Pontos de Cultura no território das Unidades a partir de 2007. Nestes locais, eram ofertadas às comunidades atividades de arte, envolvendo a cultura local. Existia um espaço centralizado, chamado Chalé da Cultura onde era feito o empréstimo de livros, atividades artísticas, saraus literários, apresentações musicais e de dança, feira de artesanato produzido nas comunidades (...) servia também como local de integração das diferentes comunidades. (Flor)

Certamente os Pontos de Cultura foram uma prática expressiva de Promoção da Saúde, ancorada na perspectiva da intersetorialidade (envolvia diretamente os Ministérios da Saúde e o Ministério da Cultura), da participação comunitária e do respeito e valorização da cultura e saberes locais. Embora as condições de possibilidade que fizeram emergir os Pontos de Cultura nessa época também contemplem a participação do Estado, por meio de editais e incentivos financeiros para as atividades, a correlação de forças não permitiu que esta prática de saúde, vinculada à cultura, se tornasse uma política pública de saúde. Por isso, sua existência permaneceu condicionada à gestão (temporária) da instituição a qual estavam vinculados. Com a crescente precarização dos serviços de saúde, acentuada a partir de 2016, tais práticas foram sendo fragilizadas de modo que os Pontos e o Chalé da Cultura foram extintos nesses territórios. Isso denota uma derrota diante da adoção do conceito ampliado de saúde e do alcance das práticas de Promoção da Saúde. A cultura é uma dimensão importante da vida, capaz de proporcionar saúde mental e bem-estar. Para muitas pessoas, das comunidades nos quais estavam inseridos, os Pontos de Cultura representavam a possibilidade de acesso a práticas culturais.

Foi a partir das atividades desenvolvidas nos Pontos de Cultura e no Chalé da Cultura que surgiram as primeiras iniciativas em relação à implantação de Práticas Integrativas e Complementares, nas US pesquisadas:

Um grupo de trabalhadores e residentes (...) realizaram um seminário para discutir a temática. Constituíram um grupo de pessoas com formação em Reiki, que passou a realizar aplicações no próprio Chalé da Cultura. Então outras práticas foram incluídas e foram se estendendo para as demais Unidades. (Flor)

Em nível macro, destacamos o esforço da Rede de Educação Popular em Saúde em fomentar a Educação Permanente sobre práticas tradicionais e a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)<sup>28</sup>. Em nível local, as atividades dos Pontos de Cultura construíram as condições de possibilidade (proveniências) para a emergência das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no Serviço pesquisado.

Algumas práticas identificadas no cenário da pesquisa, que surgiram nos anos 2000, escapam à indução realizada por meio das políticas de saúde, incentivos financeiros e orientações de documentos técnico-legais. São elas: grupo de dança na escola; grupo de escrita criativa; grupo da horta; grupo de artesanato; grupo de visitas da alegria com palhaços:

O grupo surgiu a partir de um projeto de extensão da universidade (...). O objetivo [da prática] é poder se expressar através da escrita (...). Tem um objetivo de ser um espaço lúdico, de ser um espaço criativo. (Criatividade)

A prática surgiu da associação da minha trajetória pessoal com a dança com os resultados da minha Tese de doutorado. Não queria fazer algo de educação em saúde tradicional na escola. Queria olhar para o corpo de outro jeito. No serviço de saúde, se olha para o corpo orgânico. [Nessa prática, o objetivo] É olhar para um corpo que dança. (Dança)

A emergência destas práticas, que em certa medida escapam ao escopo do que ditam as (tradicionais) políticas públicas da área da Saúde, destinadas principalmente a modular comportamentos e controlar riscos, tem como condições de possibilidade para sua emergência a trajetória e experiência pessoal dos trabalhadores que as

conduzem; a presença de projetos de extensão de universidades e a presença e atuação de residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Medicina de Família e Comunidade.

As práticas induzidas pelas políticas públicas de Saúde podem ser entendidas como a expressão da governamentalidade neoliberal democrática<sup>23</sup>, pois visam, majoritariamente, induzir comportamentos saudáveis, inscritos em uma normatização estabelecida no campo da saúde. A Promoção da Saúde, posta em ação desta forma, pode ser compreendida como uma estratégia biopolítica operada para manter corpos saudáveis, produtivos e aptos ao consumo. Já as práticas que escapam ao que ditam as políticas públicas majoritárias desse momento histórico, podem ser compreendidas como contracondutas, que Foucault definiu como a “luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros”<sup>2:266</sup>. Ou seja, a adoção de uma conduta diferente da esperada, diante de um conjunto de políticas públicas que visam induzir determinadas práticas de Promoção da Saúde, inscritas na lógica da governamentalidade neoliberal democrática. São práticas que vão buscar a produção de saúde de acordo com as singularidades dos participantes, sem um modelo único do que seria saúde e sem ter, unicamente, como objetivo final, um corpo apto ao trabalho e ao consumo.

### ***De 2016 até agora: precarização do SUS, refluxo das práticas de Promoção da Saúde e novas (im)possibilidades***

A partir de 2016, não foi relatada, pelos participantes da pesquisa, a emergência de novas práticas de Promoção da Saúde a partir da indução de políticas públicas de saúde. Esse resultado acompanha o cenário de precarização dos serviços de saúde integrantes do SUS. Tal precarização se inscreve na adoção de medidas de austeridade fiscal, ocorrida nos últimos anos, cuja legitimação se deu com a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95<sup>29</sup>. Com isso, os gastos sociais públicos passam a ser ainda mais limitados e, no caso da Saúde e Educação, os governos federais, estaduais e municipais não são mais obrigados a investir percentuais mínimos de sua arrecadação nestas áreas<sup>30</sup>.

Além da limitação dos investimentos na área da saúde, nos últimos anos, o ritmo de elaboração e publicação de políticas públicas de saúde diminuiu consideravelmente, assim como mudaram os discursos presentes na sua composição, fato que remete ao visível recuo do Estado brasileiro nessa área, demonstrando a investida da

racionalidade neoliberal conservadora (ou autoritária). Autores<sup>23,24</sup> sustentam que desde meados dos anos 1980 até pelo menos 2016, funcionava, no Brasil, uma governamentalidade neoliberal democrática sustentada na “inclusão como imperativo de Estado, garantindo direitos aos cidadãos, mas ao mesmo tempo produzindo desigualdades”<sup>24:71</sup>. Como produto de um processo que se intensificou de 2016 até a atualidade, emergiu um cenário no qual determinados grupos populacionais parecem não estar incluídos no escopo das políticas de governo. Essa nova roupagem do neoliberalismo brasileiro passa a ser chamada de governamentalidade neoliberal conservadora ou autoritária, em que certos grupos populacionais seguem sendo incluídos, mas não todos<sup>24</sup>. Se admite que, ao serem abandonados pelo Estado, determinados grupos populacionais podem (ou devem) morrer. Ao contrário da estratégia biopolítica de fazer viver e deixar morrer, essa configuração remete à perspectiva necropolítica de fazer morrer<sup>31</sup>.

Também foram identificadas mudanças nas políticas públicas de Saúde. Com relação ao objeto desse artigo, destacamos as alterações com a publicação da PNAB em 2017<sup>13</sup>, especialmente no que se refere à diminuição do número de ACS nas equipes, a flexibilização da adscrição dos territórios às equipes de ESF e as mudanças no financiamento das equipes de APS<sup>32</sup>. Esses aspectos impactam diretamente as práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS. De acordo com os resultados dessa pesquisa, os ACS participam de quase todas práticas relatadas, sendo que foram os criadores e coordenam muitas delas. Diminuir o número de ACS nas equipes significa diminuir a possibilidade de manter e estimular a execução de práticas de Promoção da Saúde vinculadas ao conceito ampliado de saúde.

A flexibilização da adscrição territorial, por sua vez, significa que as equipes podem não estar vinculadas a comunidades específicas, fato que fragiliza a compreensão do território como um espaço produtor de saúde ou de adoecimentos, bem como as possibilidades de problematizar tais situações junto às comunidades e fomentar a organização para reivindicar melhores condições de vida nos territórios, junto ao Estado<sup>32</sup>.

Considerando a presença de práticas de Promoção da Saúde na APS, ainda como produto da indução operada por políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, a fragilização do SUS, como resultado das medidas de austeridade fiscal, podemos dizer que está em curso algo que pode ser chamado de bionecropolítica em relação ao campo da saúde<sup>33</sup>. A Promoção da Saúde, desde sua criação, ao que parece, assumiu um

caráter biopolítico, visando a manutenção da vida, mesmo que com a finalidade de garantir uma população produtiva e consumidora. Já a ausência de políticas públicas e de práticas de Promoção da Saúde, em determinados territórios, significa que o Estado assume que certos grupos populacionais não necessitam ser cuidados ou expostos a ações de promoção da vida e, portanto, podem morrer, caracterizando assim uma estratégia necropolítica.

Junto ao processo de precarização das políticas de Saúde, a pandemia de Covid-19, cujos primeiros casos no Brasil datam de março de 2020, também impactou sobremaneira as práticas de Promoção da Saúde, no cenário pesquisado. A maior parte das práticas foram suspensas nesse período, não sendo retomadas até o momento da escrita desse artigo (abril de 2021). A característica do encontro entre as pessoas, presente na maior parte das práticas, inviabiliza sua realização. Por outro lado, as medidas de distanciamento social, utilizadas para prevenir o contágio da doença, estimulou as equipes de saúde a utilizarem as mídias digitais para a comunicação com os usuários. Diferentes plataformas digitais e aplicativos de mensagens passaram a ser utilizados com o objetivo de comunicar e informar as comunidades a respeito das ações de saúde no território. As tecnologias digitais são utilizadas para informar sobre o funcionamento dos serviços, para veicular mensagens de educação em saúde (sobre a Covid-19 e outros temas da saúde) e para convidar a comunidade para participar de reuniões do Conselho Local de Saúde e assembleias comunitárias:

Nosso Conselho está ativo, com reuniões quinzenais. Este mês faremos a segunda Assembleia com os moradores. Tudo *online*. Observo que as pessoas estão participando bem mais. (Viagem)

Identificamos assim a intensificação do uso de tecnologias digitais, desencadeada pela situação de crise sanitária. Destacamos o alcance que as mensagens disparadas, tanto por meio de plataformas digitais quanto por meio de aplicativos de mensagens, podem ter, disseminando discursos sobre saúde, que podem tanto se alinhar a uma lógica da Promoção da Saúde mais conservadora, focada unicamente no controle de riscos e na responsabilização/culpabilização individual, como pode reforçar a difusão do conceito ampliado de saúde e desta como um direito social.

Outro aspecto positivo foi a ampliação da participação das comunidades com a utilização das ferramentas virtuais, algo que não ocorria quando os encontros eram

presenciais, conforme já relatado nesse artigo. Essa pode ser uma boa alternativa para que as pessoas se inteirem sobre os assuntos das Unidades de Saúde e seus respectivos territórios, participando das decisões e se mobilizando diante das necessidades identificadas. A utilização do meio virtual foi uma alternativa imposta pela pandemia, porém, pode vir a ser um elemento de aproximação com as comunidades e potencializar a participação popular.

Tais aspectos representam possibilidades para a disputa do conceito de saúde junto à população, algo inerente aos rumos da Promoção da Saúde, pois, se a população assume o discurso de que saúde é apenas controlar riscos, fazer exames preventivos (muitos deles desnecessários) e utilizar medicações e suplementos alimentares, ganha a indústria da saúde, que garante cada vez mais pessoas dispostas a comprar seus produtos. Por outro lado, se a saúde é vista em perspectiva ampliada, como produto de diferentes Determinantes Sociais, a população pode reconhecer a importância do fortalecimento dos serviços públicos de saúde e da necessidade de ampliação de políticas públicas intersetoriais, capazes de promover ambientes que favoreçam uma vida saudável nas comunidades<sup>34</sup>.

### **Considerações Finais**

Apresentamos a análise das emergências e proveniências das práticas de Promoção da Saúde realizadas em um Serviço de APS. Ao longo de quatro décadas, emergiram práticas de Promoção da Saúde que, de um modo geral, acompanham os arranjos socioeconômicos, políticos e culturais da sociedade brasileira. Aspectos locais, no entanto, garantem características singulares a algumas práticas relatadas no cenário pesquisado.

Os resultados dessa pesquisa ratificam o argumento de que as práticas de Promoção da Saúde se configuram, majoritariamente, como estratégias biopolíticas, destinadas à modulação de comportamentos, controle de riscos e produção de corpos saudáveis, aptos ao trabalho e ao consumo, induzidas por meio de políticas públicas. Existem, no entanto, práticas que se constituem com características que escapam ao escopo de tais políticas, se colocando como contracondutas às práticas de Promoção da Saúde inscritas na lógica da governamentalidade neoliberal democrática, ou seja, seu objetivo é produzir bem-estar e felicidade, mesmo que isso signifique fugir das normas dos (tradicionais) protocolos sanitários.

Por fim, salientamos que o teor da crítica aqui realizada buscou tão somente analisar (sem juízos de valores) que a condução de condutas, que operam como estratégias biopolíticas, parecem contribuir sobremaneira a uma concepção de Saúde bastante diferente daquela vivenciada na atualidade, em que a racionalidade neoliberal conservadora (ou autoritária) admite que determinados grupos populacionais podem (ou devem) ser excluídos e abandonados pelo Estado a sua própria sorte. Certamente esse é um tema que remete a estudos futuros, no sentido de aprofundar essas outras formas de atuação do Estado brasileiro, que não mais se inscreve unicamente na categoria da biopolítica.

## Referências

- 1 Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*. 2016, [citado 2021 Abr 27];40(108):190-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>
- 2 Foucault M. *Segurança, território e população*. São Paulo, SP (BR): Martins Fontes; 2008.
- 3 Mattioni FC, Nakata PT, Dresch LC, Rollo R, Bittencourt LSB, Rocha CMF. Health Promotion practices and Michel Foucault: a scoping review. *American Journal Health Promotion*. 2021. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890117121989222>
- 4 Furtado MA, Szapiro A. Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. *Saúde e Sociedade*. 2012. [citado 2021 Abr 26];21(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000400002>
- 5 Foucault M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: Foucault M. *Microfísica do Poder*. 26 ed. Rio de Janeiro: Graal; 2014.
- 6 Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];25(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- 7 Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata. 1978. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- 8 Organização Mundial da Saúde. Carta de Ottawa. 1986. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://www.opas.org.br/carta-de-ottawa>
- 9 Brasil. Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.[citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

10 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. 1990. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

11 Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 1990. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)

12 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2006. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto648_28_03_2006_comp.html)

13 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

14 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto687_30_03_2006.html)

15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.426, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2014. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)

16 Foucault M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.

17 Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 2005.

18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2011. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

19 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466. Regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. 2012. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

20 Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.

21 Grupo Hospitalar Conceição. Serviço de Saúde Comunitária: quem somos. 2021. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em:  
<https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=unidades&idSubMenu=5>

22 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. 1997. [citado 2021 Abr 25]. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf)

- 23 Gallo S. Biopolítica e subjetividade: resistência? *Educar em Revista*. 2017;(66):77-94.
- 24 Lockmann K. As reconfigurações do imperativo da inclusão no contexto de uma governamentalidade neoliberal conservadora. *Pedagogia y saberes*. 2020;(52):67-65.
- 25 Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
- 26 Brasil. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html)
- 27 Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004. 2004. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm)
- 28 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971\\_03\\_05\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto971_03_05_2006.html)
- 29 Brasil. Emenda Constitucional 95. 2016. [citado 2021 Mai 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)
- 30 Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde debate*. 2020;43(spe5):58-70.
- 31 Mbembe A. *Necropolítica*. 3 ed. São Paulo: N1-edições; 2018.
- 32 Pinto HA. Análise da mudança da política nacional da atenção básica. *Saúde em redes*. 2018; 4(2):191-217. Doi: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>
- 33 Dall'alba R, Rocha CMF, Pinho RS, Dresch LCS, Araújo LV, Germano MA. COVID-19 in Brazil: far beyond biopolitics. *Lancet*. 2021;(397):579-580.
- 34 Akerman M, Germani ACCG. Um clamor pela ampliação do conceito de saúde: capricho acadêmico ou necessidade política? *Revista do Centro de Pesquisa e Formação*. 2020;(10):8-24.

### 5.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EFEITOS E LIMITAÇÕES EM TEMPOS DE NEOLIBERALISMO CONSERVADOR<sup>29</sup>

**Health Promotion in Primary Care: effects and limitations in times of conservative neoliberalism**

**Promoción de la salud en Atención Primaria: efectos y limitaciones en tiempos de neoliberalismo conservador**

#### RESUMO

Este artigo busca conhecer e analisar os efeitos e as limitações da Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS). Realizamos uma pesquisa qualitativa, de inspiração genealógica, com 23 trabalhadores da APS. A análise originou os seguintes conjuntos de dados: efeitos das práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS e dificuldades e limitações para a realização das práticas. Os resultados apontam que o principal efeito das práticas de Promoção da Saúde está na diminuição da medicalização e na adoção de elementos da Clínica Ampliada no cuidado realizado. As principais dificuldades decorrem da precarização das políticas públicas, oriundas das medidas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos. Fortalecer o caráter coletivo das demandas em saúde e das respostas para elas parece ser uma possibilidade de resistência diante da racionalidade neoliberal autoritária que impera no Estado brasileiro atualmente.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde; Saúde Coletiva; Atenção Primária em Saúde; Genealogia; Neoliberalismo.

#### ABSTRACT

This article seeks to understand and analyze the effects and limitations of Health Promotion in Primary Health Care (PHC). We carried out a qualitative research, of genealogical inspiration, with 23 PHC workers. The analysis originated the following sets of data: effects of Health Promotion practices carried out in PHC and difficulties and limitations in carrying out the practices. The results show that the main effect of Health Promotion practices is the reduction of medicalization and the adoption of elements of the Extended Clinic in the care provided. The main difficulties arise from the precariousness of public policies, arising from the fiscal austerity measures adopted in recent years. Strengthening the collective character of health demands and the responses to them seems to be a possibility of resistance in the face of the authoritarian neoliberal rationality that currently prevails in the Brazilian State.

**Keywords:** Health Promotion; Public Health; Primary Health Care; Genealogy; Neoliberalism.

#### RESUMEN

Este artículo busca comprender y analizar los efectos y limitaciones de la Promoción

<sup>29</sup> Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista *Cadernos de Saúde Pública*, ainda não submetido. Instrução para autores disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

de la Salud en la Atención Primaria de Salud (APS). Realizamos una investigación cualitativa, de inspiración genealógica, con 23 trabajadores de la APS. El análisis originó los siguientes conjuntos de datos: efectos de las prácticas de Promoción de la Salud realizadas en la APS y dificultades y limitaciones en la realización de las prácticas. Los resultados muestran que el principal efecto de las prácticas de Promoción de la Salud es la reducción de la medicalización y la adopción de elementos de la Clínica Extendida en la atención brindada. Las principales dificultades surgen de la precariedad de las políticas públicas, derivada de las medidas de austeridad fiscal adoptadas en los últimos años. El fortalecimiento del carácter colectivo de las demandas de salud y las respuestas a las mismas parece ser una posibilidad de resistencia frente a la racionalidad neoliberal autoritaria que impera actualmente en el Estado brasileño.

**Palabras-clave:** Promoción de la salud; Salud pública; Primeros auxilios; Genealogía; Neoliberalismo.

## **Introdução**

A Promoção da Saúde (PS), em sua apresentação brasileira, se constituiu como uma síntese das vertentes conceituais do movimento originado no Canadá e da Saúde Coletiva, no Brasil, desde a década de 1970<sup>1</sup>. Essa fusão de perspectivas fez com que, ao longo dos anos, emergissem diferentes práticas no campo da PS, gerando um conjunto heterogêneo de saberes e práticas.

Ao mesmo tempo, é possível identificar a adoção de diferentes estratégias políticas nas práticas de PS, cujas características vão desde posturas ditas conservadoras até perspectivas críticas, denominadas radicais e libertárias. Assim, sob a ótica mais conservadora, a PS seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzirem o peso financeiro na assistência à saúde. Noutra via, reformista, a PS atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, através da ênfase em políticas públicas e ação intersectorial. Ou, ainda, pode constituir-se em uma perspectiva libertária que busca mudanças sociais mais profundas<sup>2</sup>.

As práticas de Promoção da Saúde, realizadas na Atenção Primária em Saúde, parecem acompanhar o caráter heterogêneo acima descrito. Coexistem práticas direcionadas a mudanças individuais de comportamentos e controle de riscos, ocupando posição hegemônica nesse campo de saber-poder, com práticas que visam melhorar os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Estas últimas com menor força e expressividade<sup>3</sup>. Os DSS são os fatores nos quais a vida transcorre, contemplando desde os aspectos mais individuais, como idade e fatores genéticos, passando pelas relações sociais e comunitárias, as políticas públicas e chegando as macrocondições de

um país<sup>4</sup>.

As estratégias de governo da população existem desde o surgimento dos Estados Nação, no século XV. No decorrer da história, foram se modificando, e ficando cada vez mais complexas, a fim de possibilitar a regulação da população e a modulação de comportamentos individuais para atender as necessidades do capitalismo, em suas diferentes fases. O conjunto de técnicas operadas sobre a população foi denominada como biopolítica, sendo a governamentalidade a estratégia principal para operá-la, a partir do século XVIII<sup>5</sup>.

O processo de redemocratização do Brasil, com as lutas por direitos sociais travadas na década de 1980, esteve ancorado em uma nova razão política, denominada governamentalidade democrática<sup>6</sup>. Foi um período histórico de promoção da cidadania, evidenciando uma governamentalidade democrática como maquinaria posta em curso, legitimada pela Constituição Federal de 1988<sup>7</sup>. Nos anos subsequentes, essa racionalidade se acentuou, por meio da ampla criação de políticas públicas por parte do Estado brasileiro<sup>6</sup>. Nesse contexto, são construídas as bases técnicas, políticas e legais do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a Promoção da Saúde ganha status de política pública no ano de 2006, demonstrando em seu texto as diferentes influências apontadas acima.

Autores<sup>7,8</sup> sustentam que a governamentalidade democrática tem suas bases na racionalidade neoliberal. Ao mesmo tempo em que são garantidos direitos sociais para a população, o preço pago por isso reside na necessidade de ser governado, em um regime democrático. No entanto, é justamente da suposta liberdade presente neste ideário que emergem as noções de competitividade extrema, de responsabilidade unicamente individual pelas questões da vida, de autogerenciamento e autoexploração.

A racionalidade neoliberal é definida não apenas como uma doutrina econômica, mas como uma normatividade capaz de estruturar uma nova racionalidade governamental, capaz de alcançar todas as relações sociais e dimensões da vida<sup>9,10</sup>. Ela pressupõe a regulação do Estado em benefício do mercado (para garantir as melhores condições de competição), bem como, poucos investimentos em políticas sociais<sup>10</sup>.

A sedimentação dessa racionalidade, acompanhada das crises econômicas, legitimou a adoção de medidas de austeridade fiscal em diferentes países, especialmente nos últimos anos. No Brasil, sustenta-se que, a partir de 2016, uma nova razão política passou a ser adotada. A governamentalidade neoliberal democrática parece ter dado lugar a uma racionalidade neoliberal conservadora<sup>7,8</sup>. Nesta, os

investimentos em políticas sociais são reduzidos ao extremo. Isso impacta diretamente no SUS e em seus serviços. Nesse contexto, as práticas de Promoção da Saúde tendem a ser fragilizadas em todos os cenários em que são protagonizadas, inclusive na APS.

Assim, propomos a realização de uma pesquisa cujo objetivo foi conhecer e analisar os efeitos e as limitações da Promoção da Saúde na APS.

## **Metodologia**

Realizamos uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, qualitativa de inspiração genealógica, no contexto da APS de um município do sul do Brasil. A pesquisa qualitativa de inspiração genealógica possibilita que tensões, disputas, discursos, práticas e relações de poder possam ser identificados<sup>11</sup>. Os dados da pesquisa foram produzidos por meio de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores, responsáveis por conduzir práticas de Promoção da Saúde, em doze Unidades de Saúde (US), que correspondem a 39 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais Unidades de Saúde são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente cem mil usuários do SUS. Os núcleos profissionais (e o respectivo número) dos participantes foram: Serviço Social (06), Enfermagem (05), Psicologia (04), Agente Comunitário de Saúde (03), Medicina (02), Odontologia (02), Nutrição (01), totalizando 23 participantes. As entrevistas foram realizadas no período de fevereiro a maio de 2020.

A escolha dos trabalhadores convidados para participarem da pesquisa se deu pelo método “bola de neve”, que se caracteriza pela constituição de uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência. A execução da amostragem iniciou por meio do contato com informantes-chaves, nomeados como sementes, realizada a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro das equipes participantes<sup>12</sup>. Esse procedimento foi realizado para mapear os trabalhadores diretamente envolvidos com as práticas de Promoção da Saúde. Assim, os informantes-chave (ou sementes), além de participarem da pesquisa, respondendo a mesma, forneceram novos contatos com potencial para participar. A finalização das entrevistas ocorreu no momento em que as práticas de Promoção da Saúde e as narrativas começaram a se repetir, indicando o ponto de saturação, conforme prevê a estratégia “bola de neve”<sup>12</sup>.

As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas. Além disso, foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotadas as impressões da pesquisadora que realizou as entrevistas.

A análise qualitativa dos dados correspondeu às seguintes etapas: leitura das entrevistas transcritas; descrição e análise dos efeitos, das dificuldades e limitações referentes às práticas de Promoção da Saúde no cenário da pesquisa. Os dados empíricos foram analisados a partir do referencial teórico da Promoção da Saúde e de alguns conceitos-ferramenta foucaultianos. Seguindo a perspectiva genealógica da pesquisa, buscamos contextualizar os achados do estudo em uma cadeia de acontecimentos históricos, e suas descontinuidades, que possibilitaram a configuração atual do cenário pesquisado. Isso pressupõe um exercício de deslocamento de análise, que perpassa dos aspectos locais aos aspectos mais gerais, que influenciam a configuração do campo de saber-poder no cenário pesquisado. Além disso, buscamos descrever achados da pesquisa que escapam aos discursos hegemônicos da Promoção da Saúde, e que podem sugerir possibilidades metodológicas, técnico-políticas e práticas para esse campo.

Neste artigo, são apresentados os resultados parciais da pesquisa realizada para a construção de Tese de Doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os dados foram organizados em dois conjuntos: efeitos das práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS; e dificuldades e limitações para a realização de práticas de Promoção da Saúde na APS. Para preservar o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com codinomes, que remetem a expressões artísticas, por eles mesmos escolhidos no momento das entrevistas.

Durante todo o estudo, foram observados os procedimentos éticos recomendados para estudos com seres humanos no Brasil<sup>13</sup>. A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição, de acordo com os números CAAE 16078319.7.0000.5347 e 16078319.7.3001.5530, respectivamente.

## **Resultados e discussão**

### **Efeitos das práticas de Promoção da Saúde realizadas na APS**

A partir do relato dos entrevistados, foram identificados os seguintes efeitos, como produto das práticas de Promoção da Saúde, no cenário pesquisado: mudança parcial de hábitos; empoderamento dos usuários; socialização e constituição de redes de apoio; aumento da qualidade de vida e diminuição da medicalização; integralidade da atenção à saúde; e a geração de renda.

Uma das dimensões que ocupa centralidade na Promoção da Saúde são as práticas educativas voltadas à mudança de hábitos e comportamentos individuais. No cenário da

pesquisa, encontramos os seguintes relatos, que se referem às atividades educativas voltadas a mudanças de hábitos alimentares, ao sedentarismo e à utilização adequada dos medicamentos:

*Nós percebemos que as pessoas não mudam seus hábitos. Elas relatam que é difícil mudar porque são coisas culturais. Para receber os netos, têm que ter um refrigerante. Para encontrar a vizinha, tem que levar um bolinho. Então, mesmo já tendo entendido as relações da alimentação com a saúde, elas seguem com os mesmos hábitos. (Pintura)*

Os participantes dessa atividade são selecionados por meio de uma lista de usuários que estão com a Hipertensão Arterial e/ou a Diabetes Melitus descompensadas. Embora não seja obrigatória a participação na atividade, elas são mobilizadas a participar pela equipe de saúde. Muitas delas, inclusive, demonstram interesse em participar pela possibilidade de socialização e encontro (com a equipe e com os vizinhos), mas não por um desejo real de mudar o seu modo de viver.

A seguir, outro relatado de atividade voltada à mudança de hábitos alimentares:

*Em algumas oportunidades nós medimos [os resultados]. Observamos ao perguntar se eles tinham mudado alguns hábitos. Todos tinham mudado pelo menos um hábito (...) como beber mais água, comer mais vegetais ou parar de jantar comida pesada... (Música)*

Observamos que o fator que parece interferir no desfecho das práticas acima descritas é o objetivo e a motivação dos participantes em relação à atividade. Na primeira, os usuários não desejam uma mudança de hábitos, ou ainda, seu contexto de vida não é favorável para tal. Além disso, abordagens centradas no alcance de metas estabelecidas por protocolos de saúde podem estar muito distantes da trajetória de vida destas pessoas. A constituição da noção do que será ou não um risco/ameaça para a pessoa não depende apenas do que é determinado pelos especialistas, com estudos e evidências. As pessoas constroem seus hábitos a partir de diferentes influências, que operaram tanto no campo subjetivo, quanto nos aspectos materiais da vida. Ou seja, a adoção de um hábito não depende unicamente do acesso às informações de saúde. É algo complexo, condicionado por fatores sociais, culturais, psicológicos, econômicos, entre outros<sup>13</sup>.

No segundo relato, a atividade é realizada com pessoas que buscam o espaço espontaneamente. Ou seja, elas mesmas entenderam que seria o momento de mudar algum hábito. A abordagem adotada leva em consideração o contexto de vida da pessoa e as possibilidades de mudanças. Não se espera que todos os hábitos sejam modificados, mas de acordo com uma construção que é singular, considerando as possibilidades individuais, algo acaba sendo modificado, contribuindo para a melhoria da saúde. Essa perspectiva se alinha à Clínica Ampliada, estratégia presente no arcabouço da Saúde Coletiva. Nela, o sujeito que se encontra na relação de cuidado ganha centralidade, com os aspectos que o constituíram, sejam fatores subjetivos ou objetivos. Tal abordagem tende a tornar a relação de cuidado capaz de produzir resultados de acordo com planos de cuidado compartilhados, construídos a partir do desejo e das possibilidades do usuário<sup>1</sup>.

Em relação ao empoderamento, podemos identificar, no relato que se refere ao grupo de gestantes, um exemplo de como ele pode ser produzido:

*As mulheres se fortalecem para as questões da sua “parição” [sic], nas questões do cuidado com o bebê, ficam mais atentas ao início dos sinais de trabalho de parto e também sobre as questões da amamentação. Com acesso a estas informações, as mulheres e suas famílias ficam mais empoderadas para questionar condutas biomédicas que muitas vezes atrapalham o processo do nascimento por parto normal e depois na amamentação. (Ovelha, grifo no original)*

O empoderamento, presente no arcabouço teórico-metodológico da Promoção da Saúde, e amplamente difundido em seu campo de atuação, possui múltiplos sentidos<sup>1</sup>. Atenta-se para a utilização desse conceito como estratégia para delegar a responsabilidade do cuidado individual aos usuários, na medida em que lhes são “ensinados” os métodos de cuidado, por meio do repasse de informações. A escolha informada, que ocorre a partir da premissa que os sujeitos estão aptos a decidir sobre sua própria saúde, de acordo com seus desejos e prioridades, pode ser compreendida a partir da noção de neossujeito, segundo a qual a livre escolha não é uma opção, mas uma norma de conduta presente no ideário neoliberal. Ao ser livre para escolher, conforme sua vontade individual, as pessoas assumem, na mesma medida, toda a responsabilidade dessa escolha<sup>10</sup>. Por outro lado, o empoderamento pode se constituir como ferramenta para produzir efeitos que se colocam na contramão da racionalidade neoliberal. Na medida em que são compartilhadas informações, nos serviços de saúde, que possibilitam o questionamento de práticas

instituídas e a garantia de direitos (como no caso da gestante, a escolha pelo parto, recusa de procedimentos invasivos e a presença do acompanhante), o empoderamento ganha outro sentido, inscrito nas lutas feministas históricas. Uma boa questão para se avaliar os efeitos do empoderamento e do sentido em que ele está sendo operado, é identificar o quanto tais efeitos impactam na correlação de forças, presente nas relações de poder existentes nos serviços de saúde, alterando desfechos nas decisões tomadas nessas relações.

A socialização e a constituição de redes de apoio podem ser identificadas no relato do grupo de convivência, que existe em quase todas as US pesquisadas:

*Estamos sempre encaminhando idosos para o grupo, porque a vida deles melhora, eles ficam menos tristes, conseguem se comunicar, fazem novas amizades, depois de perder entes queridos, então eles precisam ter outras relações, construir novas redes. (Criatividade)*

Outro efeito das práticas de Promoção da Saúde foi a geração de renda, através da produção de artesanato no grupo de convivência:

*Aqui encontram outras pessoas, criam laços. Com o dinheiro gerado pelo artesanato que é produzido, fazem passeios que não conseguiriam fazer com a renda própria. (Artecriativa)*

A constituição de redes de apoio comunitário é estratégia presente no marco operativo da Promoção da Saúde<sup>15</sup>. A organização de espaços capazes de promover a construção de laços de apoio indica que tal trabalho em saúde permite conhecer e transformar as vulnerabilidades dos moradores em motivação para o desenvolvimento e fortalecimento de potenciais individuais e coletivos<sup>16</sup>. Novamente, atenta-se para os riscos da investida da racionalidade neoliberal sobre tais espaços, na medida em que governos e serviços de saúde possam considerar que os mesmos são substitutivos às políticas de proteção social, destinadas a prover condições elementares da vida. Ou seja, o apoio comunitário e as relações solidárias são benéficas e necessárias para a manutenção da saúde. No entanto, elas não eximem o Estado de sua responsabilidade de prover políticas públicas capazes de criar ambientes favoráveis à saúde.

O aumento da qualidade de vida - e conseqüente diminuição da medicalização -

foram identificados nos relatos referentes às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS):

*A prática meditativa dá qualidade de vida. Temos relatos de pessoas que sentiam menos dores depois de meditar, que passaram a utilizar menos medicação. (Pérola)*

Estudo aponta que a utilização das PICS tanto pode fortalecer a medicalização na área da saúde, como pode fragilizá-la, de acordo com as práticas utilizadas e o profissional ou agente que está operando tal prática. Na APS, no entanto, os autores sustentam que a utilização de PICS leva à diminuição da medicalização da vida<sup>17</sup>, promovendo saúde e qualidade de vida.

Já a integralidade da atenção é produzida a partir do olhar ampliado em relação à saúde. Isso pode ser identificado tanto no Grupo de Crianças, que busca promover a saúde sem medicalizar e também nas atividades do Programa Saúde na Escola que, através de parcerias intersetoriais, alcançam outras dimensões da vida que não apenas a doença, como a aprendizagem, por exemplo:

*Conseguimos acompanhar as crianças por meio do grupo e identificar situações que precisam de intervenção precocemente. Intervir em situações que podem gerar traumas na criança é algo muito importante. Trabalhamos em parceria com a escola, que ajuda nessas situações. (Mandala)*

*As ações do PSE, quando conseguimos dar seguimento às demandas, impactam na possibilidade de aprendizagem da criança. Quando identificamos um problema de acuidade visual e aquela criança consegue ter acesso aos óculos, todo o curso de aprendizagem vai ser favorecido. (Cinema)*

O conceito ampliado de saúde, o cuidado integral e a intersetorialidade são pressupostos da PS presentes em suas estratégias de operacionalização<sup>15</sup>. Ações coordenadas entre diferentes setores da administração pública, nas quais estão previstas as demandas geradas, podem produzir efeitos positivos na vida das pessoas, proporcionando uma abordagem integral pelo setor saúde, desde que consigam atender as demandas identificadas.

## **Dificuldades e limitações para a realização de práticas de Promoção da Saúde na APS**

As dificuldades e limitações relatadas pelos entrevistados em relação à realização de práticas de PS na APS se referem a: mudanças no modelo de atenção e falta de legitimação/priorização da PS no processo de trabalho das equipes de APS; precarização das políticas públicas; falta de infraestrutura e espaço físico; participação dos usuários nas atividades; dificuldades de diálogo e articulação com outros setores; e, violência presente nos territórios.

As mudanças no modelo de atenção e a falta de legitimação/priorização da PS no processo de trabalho das equipes de APS, são apontadas nos seguintes relatos:

*A falta de cobertura de 100% de equipes de APS no município nos limita, porque identificamos demandas com as ações do PSE que acabam ficando sem seguimento, porque o aluno não tem uma Unidade de Saúde de referência. (Cinema)*

*Perda do modelo de atenção pautado no modelo da Saúde da Família e Comunidade. Temos a perda dos ACS que trabalhavam com essa articulação entre equipe e comunidade. Então, por isso, a importância de resgatar o Conselho [Local de Saúde], como um local de defesa da própria Unidade de Saúde. (Capoeira)*

O modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi eleito, nas primeiras edições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>18</sup> como estratégia prioritária para a organização da APS no Brasil. Inicialmente, a adoção desse modelo foi fortemente induzida nos municípios e, a partir da publicação da PNAB, em 2011<sup>19</sup>, o Ministério da Saúde amentou os incentivos financeiros para a ampliação e a qualificação do número de equipes de ESF. Além disso, outras estratégias foram oportunizadas aos municípios, como o programa Requalifica UBS (Unidade Básica de Saúde), voltado à melhoria da estrutura física das Unidades de Saúde; o programa das academias da saúde, voltado à criação de espaços para a realização de atividade física, próximos às US e sob coordenação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASFs), que também se constituem como uma estratégia de qualificação da APS no país desde 2008<sup>20</sup>. Além disso, destacam-se a vinculação territorial das equipes e a vinculação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a um número específico de usuários/famílias desse território.

O modelo de atenção utilizado na ESF deveria priorizar as ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, enfocando a promoção no processo de trabalho das equipes. A atuação nos territórios e a vinculação proporcionada pelo trabalho dos ACS possibilitava que as ações das equipes fossem organizadas de acordo com as necessidades da comunidade. Além disso, oportunizava a problematização dessas questões nos territórios, buscando o enfrentamento coletivo dos problemas e a responsabilização do Estado.

Nos últimos anos, no entanto, observamos uma fragilização maciça da atuação do Estado na condução das políticas públicas de saúde e a emergência de um neoliberalismo conservador ou autoritário<sup>8</sup>, que conduziu à adoção de medidas de austeridade fiscal. Estas, ao retirar investimentos públicos da área social, reduzem a sua capacidade de atuação. O reflexo de tais medidas pode ser observado já na publicação da PNAB de 2017, na qual são flexibilizados aspectos como a vinculação territorial das equipes, o número de ACS e o financiamento dos serviços<sup>21</sup>. Somado a isso, o não credenciamento de novas equipes de NASF também limitou a atuação das equipes de APS, especialmente em relação às práticas de Promoção da Saúde.

Os NASF são equipes constituídas por profissionais que não integram a equipe mínima de ESF (quais sejam: Medicina, Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde). Sua atuação se sustenta nos princípios do apoio matricial e da Educação Permanente. O apoio destas equipes para as equipes de ESF tem uma importante dimensão pedagógica, pois amplia o escopo de atuação da ESF, incluindo também as práticas de Promoção da Saúde, junto aos territórios dos quais são corresponsáveis. Ressaltamos que o cenário em que foi realizada a pesquisa ainda conta com equipes de NASF atuantes. Boa parte dos trabalhadores entrevistados são integrantes do NASF e se responsabilizam por uma parcela importante das práticas de PS relatadas. Outro núcleo profissional responsável por conduzir um número expressivo de práticas de PS são os ACS. Por isso, podemos relacionar a fragilização das equipes de NASF e a diminuição do número de ACS nas equipes à diminuição e desqualificação das práticas de PS nos territórios em que tais medidas estão sendo adotadas. Tal situação tende a ser generalizada no país, pois a principal forma de manutenção destes serviços depende do financiamento ofertado pelos governos federais e estaduais<sup>21</sup>.

Outro aspecto apontado como dificuldade se refere ao espaço secundário ocupado pela Promoção da Saúde na organização do processo de trabalho das equipes:

*As atividades assistenciais têm espaço protegido. Para outras, como a Promoção da Saúde e a Educação em Saúde, a coisa não é tão espontânea, elas ficam nesse limbo do “se der tempo eu faço, se eu tiver vontade eu faço”. Isso gera uma sobrecarga para o trabalhador. Porque é preciso estar sempre se convencendo que é algo importante. (Dança, grifos no original)*

Identificamos o lugar marginal que as ações de Promoção da Saúde acabam ocupando no cotidiano de trabalho das equipes. As atividades assistenciais possuem rotinas bem estabelecidas e diretrizes institucionais para que sejam realizadas, incluindo metas e indicadores. Ações de prevenção ainda acontecem com maior frequência, pois se destinam a evitar doenças e agravos específicos. Já a Promoção da Saúde demanda ações mais abrangentes, com necessidade de disponibilidade de tempo dos trabalhadores e envolvimento dos participantes. Com as mudanças no modelo de atenção adotado, a PS parece ter cada vez menos espaço em relação às atividades assistenciais.

Somada à precarização das políticas públicas de saúde, a precarização de outras políticas intersetoriais, que tem relação direta com a saúde, também fragilizam as ações capazes de alcançar os DSS:

*A precarização da rede de serviços, de saúde, assistência social, educação, no território limita as possibilidades de pensarmos de maneira integral o território e as possibilidades de produção de práticas e sentidos em Promoção da Saúde. Quando precisamos olhar para o que é mais urgente, não conseguimos fazer Promoção da Saúde, ficamos na linha do tratamento. (Bacurau)*

As medidas de austeridade fiscal, legitimadas pela Emenda Constitucional 95<sup>22</sup> em 2016, já demonstram os sinais de devastação do padrão de proteção social brasileiro. Os efeitos até agora observados, no curto intervalo de tempo, são de um desastroso rebaixamento das condições de vida dos cidadãos brasileiros, anulando conquistas históricas<sup>23</sup>. Na área da saúde, o desmonte do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) impacta diretamente na abordagem integral das situações identificadas nos territórios e no alcance das práticas de Promoção da Saúde. A rede de proteção social, constituída por políticas intersetoriais, nelas incluídas as políticas integrantes do SUAS, são imprescindíveis para que o cuidado realizado pelas equipes de saúde, nos

territórios, possa ter abordagem ampliada, capaz de atingir minimamente os DSS e, assim, produzir a integralidade da atenção. Isso pode ser exemplificado pela fragilização dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), presentes nos territórios em que atuam as equipes pesquisadas, por meio da precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais que atuam nesses espaços, pela falta de condições mínimas de trabalho (linha telefônica e internet, por exemplo) e, também, pelas poucas possibilidades de ofertar políticas inclusivas para a população atendida.

Ainda, integrando as dificuldades, em quase todas as US foram relatadas limitações em relação ao espaço físico para realizar as atividades:

*Nossa principal dificuldade é o espaço físico. O grupo precisou ser interrompido porque não tínhamos onde fazer. Agora conseguimos um espaço da comunidade para fazer a atividade. (Pérola)*

Essa limitação se inscreve na precarização dos serviços de saúde, cuja estrutura física necessitaria de reformas e investimentos para ampliação e melhoria da ambiência. Na mesma linha, os espaços públicos também apresentam fragilidades:

*Temos a questão do espaço para fazer a atividade. Geralmente, caminhamos nas praças do bairro. Algumas tem o terreno um pouco irregular, que é ruim. Tem também a questão da segurança. Temos receio de assaltos. (Movimento)*

Observa-se também o esforço da equipe e da própria comunidade em solucionar questões que seriam responsabilidade da administração pública. Acompanhando a racionalidade neoliberal, o Estado se exime de suas responsabilidades e delega para os trabalhadores da saúde e usuários a busca por alternativas, de acordo com as suas possibilidades, o que nem sempre é o mais adequado e seguro<sup>23</sup>.

A falta de participação nas atividades também foi apontada como uma limitação.

*A maior dificuldade é a participação. Fazer as pessoas participarem de um grupo para mudança de estilos de vida. (Música)*

*A dificuldade é conseguir com que as pessoas [participem]. Tem gente que vai sempre, mas são poucos. A gente não dá o devido valor para os espaços de*

*participação social. (Teatro)*

A pouca participação nos espaços de Promoção da Saúde pode ser entendida como reflexo também da expansão da racionalidade neoliberal que, como descrevemos antes, constrói subjetividades segundo as quais as pessoas precisam enfrentar seus problemas sozinhas, sem identificar a dimensão coletiva deles<sup>1,10</sup>.

Outra dificuldade apresentada se refere à realização de ações intersetoriais:

*Às vezes, é difícil conseguir uma boa articulação com a escola. Conseguir sentar juntos e planejar as atividades de maneira compartilhada. Parece que não conseguimos ter os mesmos objetivos e dar a mesma importância para a atividade. (Nataraja)*

São apontadas como limitações, na ação intersetorial, a falta de comunicação e as articulações descontínuas entre os atores e setores como os aspectos mais frágeis. O planejamento de ações incoerentes com as necessidades de saúde da população, pode gerar sobreposição de ações no território e limitar o alcance das intervenções. Por outro lado, iniciativas intersetoriais foram mais abrangentes quando definidas como política integrada do governo municipal para a construção de interfaces e cooperação entre os diversos setores<sup>24</sup>.

Por fim, a questão da violência nos territórios é uma dificuldade importante, pois afeta tanto os trabalhadores, quanto os moradores:

*Fomos assaltadas saindo do grupo. Estávamos de carro, com computador, celular... levaram tudo! Depois disso, decidimos não levar mais recursos próprios. Então, os professores emprestavam os seus recursos próprios. (Dança)*

*Na comunidade, temos dificuldades em relação ao poder paralelo, ao tráfico. As pessoas têm medo de se reunir e se expor. (Capoeira)*

A violência presente nos territórios de atuação da APS pode ser também entendida como produto da forte investida da racionalidade neoliberal sobre estes locais. Abandonados pelo Estado, os territórios mais empobrecidos são ocupados pelo poder paralelo, que impõe suas regras de funcionamento. Para a população que reside nas comunidades, resta aceitar tais regras, considerando o perigo que seria afrontá-las.

Igualmente, em relação à violência sofrida pelos trabalhadores das equipes, novamente a precarização, proveniente da lógica econômica vigente, pode ser entendida como fator preponderante. Ao utilizar os recursos próprios, como computador, carro, celular, para viabilizar as atividades, as equipes se tornam alvos fáceis e tem prejuízos que são por eles mesmos assumidos, sem contar os efeitos psicológicos deletérios para essas pessoas.

É necessário qualificar a caracterização qualitativa e quantitativa da violência armada e de suas consequências, a partir de uma abordagem intersetorial com ampla participação comunitária na busca por respostas coerentes e significativas. Também é preciso garantir a proteção e a segurança, bem como as condições de trabalho, dos profissionais para que a presença dos serviços de saúde nos espaços seja contínua e respaldada pelo Estado<sup>25</sup>. Além destas medidas emergenciais, é imperativo que tais questões sejam problematizadas junto ao Estado, de modo que medidas de segurança pública sejam implementadas, com políticas públicas adequadas, presentes dentro das comunidades, oferecendo oportunidades para os seus integrantes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As práticas de PS, relatadas no cenário pesquisado, têm seu maior efeito como resistência aos processos de medicalização. Se colocam como oposição à tendência medicalizante que reforça a indústria e o mercado da saúde. Tem pouco alcance, no entanto, em relação aos DSS, em função dos processos de fragilização das políticas públicas intersetoriais, evidenciada, especialmente nos últimos anos, com a incrementação de medidas de austeridade fiscal no Brasil.

As análises desta pesquisa apontam que a Promoção da Saúde parece assumir um caráter heterogêneo, que a caracteriza com a polissemia conceitual e com a multiplicidade de práticas realizadas, no cenário pesquisado. Algumas se alinham à vertente de abordagem comportamental, presente nas correntes mais antigas e conservadoras da Promoção da Saúde. Outras práticas assumem o caráter de resistência e contraconduta à perspectiva da medicalização absoluta da vida e propõe a ampliação da clínica, como forma de promover outros modos de vida. Estas últimas estão inscritas e encontram suas bases técnico-operacionais na Saúde Coletiva do Brasil, que possui relação intrínseca com as lutas travadas pelo Movimento Sanitário Brasileiro, na constituição do SUS.

As estratégias de PS estruturadas tanto em nível macro quanto as identificadas no cenário da pesquisa parecem se caracterizar e alcançar as duas vertentes da PS acima

descritas: a comportamental e a reformista. Uma focada na mudança de hábitos e comportamentos individuais e a outra propondo a estruturação de políticas públicas favoráveis a criar ambientes de vida saudáveis. Embora exista, no discurso de grupos e coletivos organizados na área da Saúde Coletiva, a identificação e o desejo de que sejam operadas mudanças estruturais profundas na sociedade brasileira, como imperativo para que as pessoas consigam efetivamente ter uma vida com mais qualidade e que isso seja permanente, sem estar à mercê da mudança de governos e influências da instabilidade econômica, não são encontrados relatos históricos que apontem para qualquer investida nesse sentido, em nosso país, pelo menos nas últimas décadas. Em nível local, encontramos esse mesmo cenário, talvez ainda mais fragilizado, pois o alcance das práticas de Promoção da Saúde identificadas na pesquisa, parece ter pouco impacto coletivo. Resgatar o caráter coletivo das demandas em saúde, bem como as possibilidades de conquistas reais para as comunidades, parece ser uma possibilidade para resistir a racionalidade neoliberal, que impõe a competitividade, a culpabilização e a responsabilização individual.

## REFERÊNCIAS

- 1 Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 2 Castiel LD, Diaz CAD. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 3 Mattioni FC, Nakata PT, Dresch LC, Rollo R, Bittencourt LSB, Rocha CMF. Health Promotion practices and Michel Foucault: a scoping review. *American Journal Health Promotion*. [Internet]. 2021. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890117121989222>
- 4 Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];25(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- 5 Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo, SP (BR): Martins Fontes; 2008.
- 6 Gallo S. Biopolítica e subjetividade: resistência? *Educar em Revista*. 2017;(66):77-94.
- 7 Brasil. Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988.[citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

8 Lockmann K. As reconfigurações do imperativo da inclusão no contexto de uma governamentalidade neoliberal conservadora. *Pedagía y saberes*. 2020;(52):67-65.

9 Foucault M. O nascimento da biopolítica. São Paulo, SP (BR): Martins Fontes; 2008.

10 Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a capacidade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

11 Foucault M. Microfísica do poder. 28 ed. São Paulo, SP (BR): Paz e Terra; 2014.

12 Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* [Internet]. 2014. [citado 2021 Abr 12];44(23). Disponível em: <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>

13 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466. Regulamente a pesquisa com seres humanos no país. 2012. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

14 Lupton D. Risk. Londres: Key Ideas; 1999.

15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.426, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2014. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)

16 Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Bonow CA, Almeida MCV. Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Rev Bras Enferm*. 2013. [citado 2021 Jun 07];66(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018>

17 Tesser CD, Dallegrave D. Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2020. [citado 2021 Jun 07];36(9). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>

18 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2006. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)

19 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2011. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

20 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2008. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)

21 Pinto HA. Análise da mudança da política nacional da atenção básica. *Saúde em redes*. 2018; 4(2):191-217. Doi: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n2p191-217>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Redefine a

Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)

22 Brasil. Emenda Constitucional 95. 2016. [citado 2021 Mai 11]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm)

23 Santos JWB. Flexibilização e precarização do trabalho no desmonte da política de assistência social. Estado Democracia e Saúde. 2020. [citado 2021 Jun 07];46(22). Disponível em: [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v22i46.25526](https://doi.org/10.26512/ser_social.v22i46.25526)

24 Magalhães R, Bodstein, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009. [citado 2021 Jun 07];14(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300021>

25 Barbar AEM. Atenção primária à saúde e territórios latino-americanos marcados pela violência. Rev Panam Salud Publica. 2018. [citado 2021 Jun 07];42(8). Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.142>

## 5.4 PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO RESISTÊNCIA E CONTRACONDUCTA À GOVERNAMENTALIDADE NEOLIBERAL<sup>30</sup>

### HEALTH PROMOTION PRACTICES AS RESISTANCE AND COUNTERCONDUCT TO NEOLIBERAL GOVERNMENTALITY

Lutemos por formas de sujeição que não nos submetam tão radicalmente naquilo que nos mais é caro, nossa subjetividade. (FOUCAULT, 2012, p.66)

**RESUMO:** Esse artigo tem como objetivo analisar os discursos presentes nas práticas de Promoção da Saúde (PS), realizadas na Atenção Primária em Saúde (APS), capazes de se constituir como ações de resistência e contraconduta às práticas inscritas na governamentalidade neoliberal. Realizamos uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa, no contexto da APS de um município do sul do Brasil. Foram entrevistados 23 trabalhadores. Os dados foram analisados por meio de estratégias de inspiração genealógica. Os relatos dos participantes da pesquisa apontam as possibilidades a serem exploradas para potencializar a Promoção da Saúde na APS: o fortalecimento das atividades formativas no âmbito das unidades de saúde; a problematização dos Determinantes Sociais da Saúde e os métodos de fomento à participação; a coletivização das demandas em saúde; a valorização e reforço das conquistas e das ações coletivas; o resgate da cultura e de hábitos comunitários locais; e, o *advocacy* pela Promoção da Saúde na APS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde, Atenção Primária em Saúde, Governamentalidade, Resistência, Contraconduta.

**ABSTRACT:** This article aims to analyze the discourses present in Health Promotion (HP) practices, carried out in Primary Health Care (PHC), capable of constituting actions of resistance and counter-conduct to practices inscribed in neoliberal governmentality. We carried out a field research, descriptive and exploratory, with a qualitative approach, in the context of PHC in a municipality in southern Brazil. 23 workers were interviewed. Data were analyzed using genealogical inspiration strategies. The reports of research participants point out the possibilities to be explored to enhance Health Promotion in PHC: the strengthening of training activities within the scope of health units; the problematization of the Social Determinants of Health and the methods to encourage participation; the collectivization of health demands; the appreciation and reinforcement of achievements and collective actions; the recovery of local community culture and habits; and, PS advocacy in PHC.

**KEY-WORDS:** Health Promotion, Primary Health Care, Governmentality, Resistance, Counterconduct.

<sup>30</sup> Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista *Ciência e Saúde Coletiva*, ainda não submetido. Regras para submissão estão disponíveis em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/submissao/como-submeter-seu-artigo/25?id=25>

## INTRODUÇÃO

A racionalidade neoliberal contemporânea se constitui como algo que vai além de uma teoria econômica. Seus pressupostos e mecanismos de funcionamento se alastraram por todos os domínios da vida, de modo que, a lógica empresarial, em que se destaca a hipervalorização dos sujeitos capazes de atingir o máximo desempenho, por meio de processos de autogestão, além de predominar cada vez mais no âmbito das relações de trabalho, também alcançam o âmbito das relações pessoais, sanitárias, estéticas, educacionais, entre outras<sup>1</sup>.

Essa nova roupagem do capitalismo atual, cujas bases se desenvolveram ao longo de todo o século XX e se sedimentaram no século XXI, utiliza tecnologias que mobilizam os sujeitos por meio de recursos psicológicos, que modulam seus desejos e vontades. Deste modo, as pessoas não precisam ser coagidas a produzir em maior escala ou a assumir determinados modos de vida. O processo de subjetivação inscrito na racionalidade neoliberal atual é capaz de produzir sujeitos que encontram satisfação e prazer no sucesso alcançado por meio do seu máximo desempenho<sup>1</sup>.

Desde o século XV, com o surgimento dos Estados-Nação, foram desenvolvidas medidas cujo objetivo era possibilitar o desenvolvimento do capitalismo. Ao longo dos séculos, os mecanismos empregados para modular o comportamento das populações foram se adequando, de acordo com as necessidades apresentadas para o desenvolvimento econômico e social. A partir do século XVIII, o método empregado para modular os comportamentos deixa de ser algo individualizado, como até então o era, e passa a consistir em investidas sobre o conjunto da população, por meio de um emaranhado de dispositivos capazes de imprimir modos de vida às pessoas, sem que fosse preciso usar a força para tal. Essa complexa trama de relações de poder, capaz de conduzir as condutas de pessoas em uma população, de maneira mais ou menos homogênea, foi chamada por Foucault de biopolítica. A estratégia biopolítica que se sobressaiu desde então (nos cenários analisados pelo autor) foi a governamentalidade, cujos dispositivos são constituídos por instituições, leis, meios de comunicação, entre outros mecanismos capazes de, por meio de processos de subjetivação, definir condutas individuais<sup>2</sup>.

Assim, pode-se dizer que a razão que impera no sistema capitalista atualmente é uma governamentalidade neoliberal, cujo funcionamento contempla os mecanismos de subjetivação que enaltecem o desempenho individual e depositam no sujeito todas as responsabilidades pela obtenção de sucesso, nos diferentes âmbitos da vida<sup>1</sup>.

O campo da saúde e, mais especificamente o da Promoção da Saúde (PS), não permaneceu imune às investidas dessa racionalidade. Desde a constituição do conceito contemporâneo de Promoção da Saúde, estiveram em disputa diferentes racionalidades que podem ser identificadas tanto nos documentos técnico-legais que se referem ao tema, quanto nas práticas de PS, realizadas em diferentes cenários. Assim, a PS pode ser caracterizada por duas vertentes principais na atualidade. Uma se constitui por abordagens comportamentais, voltadas unicamente para a mudança de hábitos e adoção de estilos de vida saudáveis. A outra vertente contempla práticas intersetoriais, direcionadas à melhoria dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), conceituados como os fatores que interferem nas condições de vida individuais e coletivas<sup>3</sup>. Destacamos que a Educação em Saúde, voltada à adoção de hábitos saudáveis, também integra essa segunda vertente, ao passo que os comportamentos individuais também são considerados parte dos DSS.

A literatura<sup>4</sup> aponta que as práticas de PS se inscrevem majoritariamente na racionalidade da governamentalidade neoliberal. Ou seja, as abordagens visam a mudança de hábitos e comportamentos individuais, a partir da compreensão de que o indivíduo é capaz de, ele próprio, assumir toda a responsabilidade por sua saúde e apresentar bons resultados por meio de seu desempenho.

No entanto, em um campo de práticas em que se estabelecem relações de saber e de poder, também podem ser identificadas resistências e contracondutas. As resistências se caracterizam pela ruptura com a prática de governamentalidade. Já a contraconduta significa assumir uma conduta diferente daquela ditada pela prática inscrita na governamentalidade<sup>2</sup>.

Assim, nos sentimos instigadas a olhar para o cenário de práticas de Promoção da Saúde, constituído na Atenção Primária em Saúde (APS). Escolhemos esse ponto da rede de atenção em saúde, integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), por ser o espaço privilegiado para a realização de práticas de Promoção da Saúde, conforme preconizam a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>5</sup> e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)<sup>6</sup>. O objetivo deste artigo é analisar os discursos presentes nas práticas de Promoção da Saúde, realizadas na APS, capazes de se constituir como como ações de resistência e contraconduta às práticas inscritas na governamentalidade neoliberal.

## MÉTODOS

Realizamos uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa e inspiração genealógica, no contexto da APS em um município do sul do Brasil. Os dados da pesquisa foram produzidos através de entrevistas semiestruturadas com trabalhadores responsáveis por conduzir práticas de Promoção da Saúde em doze Unidades de Saúde (US), que correspondem a 39 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e cinco Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estas US são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente cem mil usuários. Os núcleos profissionais dos participantes (e o respectivo número de participantes) foram: Serviço Social (06), Enfermagem (05), Psicologia (04), Agente Comunitário de Saúde (ACS) (03), Medicina (02), Odontologia (02), Nutrição (01), totalizando 23 participantes. A coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a maio de 2020. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Além disso, foi utilizado um diário de campo, no qual foram anotadas as primeiras impressões em relação ao campo de estudo.

A análise dos dados foi realizada através de técnicas inspiradas na pesquisa genealógica, que possibilita que tensões, disputas, discursos, práticas e relações de poder, possam ser identificados. A genealogia é o estudo das formas de poder: “(...) na sua multiplicidade, nas suas diferenças, na sua especificidade, na sua reversibilidade: estudá-las, portanto, como relações de força que se entrecruzam, que remetem umas às outras, convergem ou, ao contrário se opõem (...)”<sup>7:71</sup>. A tarefa do genealogista consiste em analisar os possíveis efeitos intrínsecos a uma prática discursiva, a fim de encontrar as condições de possibilidade que originaram as formações discursivas, bem como os poderes que estão em jogo nesse processo<sup>8</sup>.

Buscamos assim identificar nas práticas de Promoção da Saúde relatadas, os saberes e suas respectivas relações de poder, presentes no cenário da APS pesquisado. Adotamos os seguintes passos analíticos: leitura das entrevistas transcritas; leitura dos principais documentos técnico-legais referentes à APS<sup>5,9-10</sup> e à Promoção da Saúde no Brasil<sup>6,11</sup>; identificação e análise das resistências e contracondutas presentes nas práticas de Promoção da Saúde, no cenário da pesquisa. A partir de análises sustentadas pelo referencial teórico de Michel Foucault, de autores contemporâneos que atualizam suas teorizações e de referenciais da Saúde Coletiva, da Promoção da Saúde e da APS, serão descritas as ações que representam potencialidades para resistências e contracondutas diante da racionalidade neoliberal.

Deste modo, neste artigo, são apresentados parte dos resultados da pesquisa realizada para a construção de Tese de Doutorado, junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para preservar o anonimato, os participantes da pesquisa foram identificados com codinomes, que remetem a expressões artísticas, por eles mesmos escolhidos. Durante toda a pesquisa, foram observados os procedimentos éticos exigidos para estudos com seres humanos no Brasil<sup>12</sup>. A realização da pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Grupo Hospitalar Conceição, de acordo com os números de protocolo CAAE 16078319.7.0000.5347 e CAAE 16078319.7.3001.5530, respectivamente.

## RESULTADOS

### Potencialidades e desafios para a Promoção da Saúde na APS

Os relatos dos participantes da pesquisa apontam as possibilidades a serem exploradas como caminhos para potencializar a PS na APS. São eles: o fortalecimento das atividades formativas no âmbito das Unidades de Saúde (US); a problematização dos DSS e os métodos de fomento à participação; a coletivização das demandas em saúde; a valorização e reforço das conquistas e das ações coletivas; o resgate da cultura e de hábitos comunitários locais; e, o *advocacy* pela PS na APS.

A oferta das atividades formativas, que caracteriza as Unidades de Saúde pesquisadas como um “serviço escola”, se apresenta como potencialidade para a Promoção da Saúde. As US são campo para a Residência em Medicina de Família e Comunidade, Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, estágios de graduação e cursos técnicos da área da saúde. De acordo com os relatos a seguir, a proximidade com o ensino em saúde estimula a criação de novas práticas e fortalece a continuidade das práticas existentes:

*A realização de um projeto de extensão da Universidade foi fundamental para a criação e continuidade da oficina de Escrita Criativa. (Criatividade)*

*A Residência em Saúde, tanto da Medicina quanto a Multiprofissional, contribuem muito para a realização das práticas de Promoção da Saúde. (Pérola)*

Identificamos, assim, a importância da utilização de metodologias de ensino que favorecem o aprendizado em serviço, pois tanto os profissionais em formação desenvolvem habilidades para trabalhar no SUS, como os serviços se qualificam com o constante processo reflexivo proposto às equipes no percurso pedagógico dos cursos

para os quais são campo de formação<sup>13</sup>. Isso se aplica também para a Promoção da Saúde, dimensão que integra as habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais em formação e, por isso, é fortalecida no processo de ensino e aprendizagem no SUS.

Outra potencialidade identificada se refere à construção de espaços para a problematização das condições que interferem na saúde das pessoas (DSS), com a utilização de linguagem e métodos acessíveis aos participantes, resgatando características que se perderam ao longo dos anos:

*Tornar o Conselho de Saúde um espaço de ampliação da consciência, para as pessoas entenderem que uma Emenda Constitucional, que congela os investimentos em Saúde e Educação, vai se materializar na perda de direitos para elas, de coisas palpáveis nas suas vidas. Que isso pode precarizar ainda mais o seu atendimento de saúde. (...) Um nó crítico é a questão de como comunicamos, traduzimos para a comunidade, para as pessoas que estão passando fome e sem trabalho. (Capoeira)*

A utilização de metodologias capazes de subverter os processos individualizantes dominantes na sociedade atual parece ser um dos maiores desafios para a Promoção da Saúde. Uma forma de aproximação da comunidade, potente para estimular processos reflexivos, é apontada a seguir:

*A arte pode ser um recurso potente para mobilizar as pessoas para a participação. É uma forma de traduzir as questões para as pessoas, utilizando a sua linguagem. (Capoeira)*

Estimular processos criativos e reflexivos, junto às comunidades, utilizando metodologias capazes de envolver e estimular a participação pode ser uma prática problematizadora. A crítica reflexiva convida indivíduos e comunidades à problematização de suas condições, bem como de suas condutas frente às questões que dizem respeito à Promoção da Saúde. Tais posturas se opõem à vertente neoliberal da Promoção da Saúde, a partir da qual a indução de padrões de comportamento se dá por parâmetros já determinados por governos e corpo técnico da saúde.

No entanto, ressalta-se que o exercício reflexivo da crítica, na perspectiva de Foucault<sup>14</sup>, não prevê um processo capaz de gerar a transcendência ou uma emancipação definitiva dos sujeitos. Pelo contrário, significa manter uma atitude reflexiva e crítica constante, referente aos processos individuais e coletivos da vida<sup>14</sup>. As problematizações podem ser definidas como “o conjunto das práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento<sup>15:236</sup>. Nessa perspectiva, o ato de

problematizar não deve ser encarado como uma metodologia, mas como um modo de agir diante do objeto que está posto em questão, para promover um trabalho do pensamento. Significa, ainda, compreender que as verdades únicas e universais são construções e só existem por terem sido criação de discursos que estabelecem uma relação com o que é considerado verdadeiro (ou falso) em dado momento histórico<sup>16</sup>. Assim, a problematização no sentido abordado, pressupõe a manutenção de uma atitude reflexiva e crítica constante, uma crítica da crítica, ou ainda uma hipercrítica referente aos processos individuais e coletivos<sup>14,17</sup>.

O caráter permanente da problematização, proposta por Foucault<sup>14</sup>, pode ser uma atitude mais eficiente no enfrentamento à investida das práticas individualizantes. Na medida em que o processo reflexivo se mantém, pois os jogos de poder e a correlação de forças são suscetíveis às condições de possibilidades apresentadas pela história, há mais chances de se perceber as investidas do poder hegemônico e adotar posturas de resistência e contraconduta diante dele. Ou seja, constituir forças capazes de romper totalmente (resistência) com a conduta prescrita por meio de uma prática de governamentalidade, ou ainda, adotar uma conduta diferente à esperada (contraconduta) pela prática de governamentalidade<sup>5</sup>.

Outro aspecto que aponta para o fortalecimento da Promoção da Saúde como estratégia de melhoria dos DSS é a coletivização das demandas em saúde:

*Sempre que se consegue promover o encontro entre as pessoas, a atividade impacta na vida delas, porque alguma experiência ela leva. Mesmo que uma dúvida ou uma experiência seja manifestada individualmente, quando ela é coletivizada, algo diferente pode ser produzido, porque o problema deixa de ser individual. O encontro proporciona a produção de afetos e também de identidades. A aproximação entre os vizinhos, o reconhecimento de fragilidades em comum e a possibilidade de buscar soluções coletivas. (Vibração)*

A coletivização das demandas individuais, por meio dos espaços de encontro e problematização, parece ser o efeito mais próximo a uma abordagem da PS voltada aos DSS, na APS. A racionalidade neoliberal contemporânea possui um alcance que ultrapassa os limites do funcionamento econômico do sistema capitalista. A lógica da responsabilização individual, dos sujeitos como empresários de si mesmos, capazes de fazer a autogestão de suas próprias vidas e, a competição em todos os níveis de convivência se espalhou para todas as dimensões sociais e permeia as relações estabelecidas em todos os âmbitos<sup>1,18</sup>.

No campo técnico-político da PS, a racionalidade neoliberal também ocupou espaços, na medida em que, sob a influência de organismos financeiros internacionais, incorporou práticas de saúde voltadas à responsabilização e culpabilização de indivíduos e comunidades, reforçando a ideia do gerenciamento individual de riscos e fragilizando ações voltadas aos DSS.

Diante desse cenário, práticas de PS capazes de resgatar o caráter coletivo das demandas em saúde, bem como a necessidade de corresponsabilidade no enfrentamento dos fatores que causam os problemas de saúde, frisando o papel do Estado como provedor de políticas públicas, representam pontos de resistência em um campo no qual são operados discursos hegemônicos de que a responsabilidade pelo cuidado da saúde é individual. Assim, a coletivização das demandas tem potência para construir outros modos de produzir saúde no contexto da APS, de maneira mais abrangente, na qual indivíduos e comunidades entendam a saúde como produto dos DSS, e que a responsabilidade pela melhoria das condições de vida não é individual, é coletiva e envolve o protagonismo do Estado e da sociedade como um todo.

Frente à individualização das responsabilidades pela saúde, a valorização e reforço das conquistas, fruto das ações coletivas, também pode se constituir como um caminho para aproximar a PS de estratégias que alcancem os DSS. As comunidades, cujas US fizeram parte da pesquisa, possuem um histórico de lutas coletivas para conseguir os recursos locais:

*Todos os recursos que existem na comunidade foram conquistados da organização comunitária. O posto de saúde, o galpão de reciclagem, a escola infantil. Então, acho que é potente resgatar essa história para trabalhar esse senso de luta comunitária com as pessoas. (Capoeira)*

Ressaltar a potência da organização coletiva, reativando a memória de todos os ganhos reais para a vida dos integrantes da comunidade, pode ser um caminho alternativo às práticas individualizantes. Além disso, aparecem como estratégias de Promoção da Saúde o resgate de hábitos e da cultura local. Diante da homogenização proposta pela governamentalidade neoliberal, que busca moldar os modos de viver<sup>1,19</sup>, e que também ocupa posição hegemônica nas práticas de Promoção da Saúde, reativar hábitos locais pode representar ações de resistência e contraconduta frente a práticas medicalizantes e individualizantes no âmbito da saúde e de padrões de consumo (material e cultural) no âmbito da vida:

*O resgate da cultura da comunidade, de suas raízes, pode ser potente para a*

*Promoção da Saúde. A comunidade em que eu atuo foi reassentada. Eles foram retirados de um lugar em que existia um espaço amplo, onde existiam hortas, plantavam árvores, tinham pátio. No reassentamento, não tem esse espaço. Tem muito concreto, é muito árido. Então tentamos fazer esses mutirões de plantio de árvores para tentar resgatar essa característica da comunidade e para deixar o espaço menos árido. (Capoeira)*

O ato de privilegiar a cultura local e garantir espaço para o saber popular está previsto na Política Nacional de Educação Popular em Saúde, ao passo que propõe uma prática político-pedagógica para orientar as ações voltadas para a “(...) promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos (...)”<sup>20:14</sup>. O resgate de práticas ancestrais e tradicionais pode se constituir como resistência à homogeneização dos modos de viver propostos pela governamentalidade neoliberal. Estudo sobre práticas educativas na APS ratifica esse argumento, demonstrando que as práticas de saúde, capazes de resgatar a cultura ancestral da comunidade, reforçam a sua identidade e o seu protagonismo coletivo<sup>21</sup>.

Por fim, a noção de *advocacy* pela saúde<sup>3</sup>, difundida no campo da Promoção da Saúde como estratégia de melhoria dos DSS, pode ser aqui adaptada ao *advocacy* pela Promoção da Saúde no contexto da APS:

*Acho que o que faz com que as atividades de controle social nunca tenham parado em nosso território é o perfil da equipe. Muitos profissionais estão engajados no processo e estimulam a população a participar. Conversam sobre a importância de participar. Os ACS, que tem relação direta com a comunidade, se envolvem muito com isso aqui no território. Vai ter uma quebra, uma dificuldade muito grande em relação a isso sem elas. (Teatro)*

Tal como o *advocacy* pela saúde que busca defender a estruturação de políticas públicas intersetoriais, capazes de criar ambientes favoráveis à saúde<sup>3</sup>, a defesa do espaço da Promoção da Saúde na APS é algo que, se protagonizado pelos trabalhadores e usuários, pode ampliar a luta das comunidades na defesa de práticas de saúde menos individuais e biomédicas:

*Os profissionais precisariam ter mais conhecimento das possibilidades no âmbito coletivo. A maioria acha que toda atividade coletiva é grupo de convivência e que só o atendimento individual pode ter resultados em um processo terapêutico. (Mosaico)*

Para tanto, é necessário que as equipes tenham persistência nos processos iniciados, a fim de que se instituem como espaços legítimos junto à comunidade, capazes de ter reconhecimento quanto à potência de seus resultados junto aos gestores da saúde:

*O grupo precisa de persistência. Os profissionais tem que manter o grupo, mesmo que com poucos participantes. Ele precisa acontecer para se instituir e mais pessoas passarem a participar. (Brincar)*

A partir dos relatos expostos, é possível identificar que as possibilidades para a ampliação do escopo das práticas de Promoção da Saúde na APS, visando alcançar os DSS, se insere em um campo heterogêneo de forças, no qual certos saberes (ou racionalidades), instituídos de poder, tensionam (e questionam) as práticas existentes (ou comumente utilizadas) para fortalecer uma Promoção da Saúde alinhada à racionalidade neoliberal, que individualiza e culpabiliza ou, por outro lado, outros saberes, também investidos de poder e colocados nessa relação, promovam as ações de resistência e contraconduta, visando o fortalecimento do SUS como construção permanente e coletiva. Buscamos, aqui dar visibilidade aos elementos que potencializam práticas que ampliam o escopo da Promoção da Saúde na APS, relatadas pelos próprios trabalhadores e que podem ser estratégicas, diante do cenário excludente imposto pelo neoliberalismo conservador na contemporaneidade.

## **DISCUSSÃO**

Conforme descrito na introdução deste artigo, a racionalidade neoliberal contemporânea se reveste de um caráter conservador<sup>1,18</sup>, cujas características se opõem aos princípios de cidadania, “bem comum” ou “bem público”, presentes no contexto das sociedades democráticas de direito<sup>1</sup>. A governamentalidade neoliberal, em sua versão conservadora, ataca os princípios da cidadania, tal como se construiu nos países ocidentais desde o século XVIII. “É o que se vê em especial pelo questionamento prático de direitos até então ligados à cidadania, a começar pelo direito à proteção social, que foi historicamente estabelecido como consequência lógica da democracia política”<sup>1:374</sup>. A reforma gerencial da ação pública afeta diretamente a possibilidade da população acessar os recursos sociais no que diz respeito a emprego, saúde e educação, acentuando as desigualdades, reforçando a lógica da exclusão e a produção de “subcidadãos” e “não cidadãos”<sup>1:375</sup>.

As investidas para induzir mudanças no modelo de atenção adotado no contexto

da APS brasileira, por meio da PNAB<sup>5</sup> e da precarização das políticas públicas de saúde, se alinham à lógica de abordar usuários do SUS como empresários de si mesmos, que devem ser os únicos provedores das condições adequadas de vida para a produção de sua saúde. O modelo de vigilância em saúde, operacionalizado pelas listas de usuários, fragiliza as ações estruturadas em base territorial, que teriam maiores chances para a organização e realização de ações intersetoriais junto às comunidades, bem como a mobilização das comunidades para a identificação e reivindicação de melhorias de demandas relativas aos DSS. Ou seja, ações de vigilância em saúde, que abordam indivíduos de maneira dissociada de suas famílias e comunidades, tendem a individualizar seu processo de adoecimento, assim como as abordagens centradas unicamente nos comportamentos individuais, que reforçam a vertente comportamental da Promoção da Saúde. De acordo com esse modelo, espera-se que as pessoas recebam as informações sobre como cuidar da sua saúde e, elas próprias, sejam responsáveis por fazer a gestão do seu cuidado, obtendo os melhores resultados possíveis, utilizando-se, inclusive, de mecanismos de automonitoramento para isso<sup>22</sup>.

Cabe destacar, no entanto, que a expansão desta forma de relação entre usuário e serviço de saúde tende a produzir desfechos que não necessariamente se traduzem em melhorias da saúde, se considerarmos o conceito ampliado de saúde. A autogestão da saúde, através do automonitoramento, muitas vezes utilizando tecnologias com custo financeiro elevado (dispositivos eletrônicos), ao contrário de gerar a melhorias, tende a imprimir a lógica da competitividade (com os outros, mas sobretudo consigo mesmo), na medida em que a vida passa a exigir o controle e o atingimento de metas nas atividades mais corriqueiras: contagem de calorias, de passos, de frequência cardíaca, entre tantas medidas possíveis<sup>23</sup>.

A corrida para atingir as metas - impostas pelas próprias pessoas, sob influência dos parâmetros de saúde estabelecidos e divulgados amplamente nos serviços de saúde e nas mídias digitais – gera um processo de autocompetitividade intenso que, ao não ser alcançado, pode se traduzir em frustração e ansiedade aumentando a incidência do adoecimento psíquico. Afinal, vivemos em tempos de máxima cobrança individual das pessoas em relação a si mesmas, inclusive em relação à produção de sua saúde<sup>24</sup>.

Essa equação, porém, não pode ser equilibrada, caso os DSS não sejam incluídos no processo de construção da saúde. Sabe-se, no entanto, que a abordagem que considera os comportamentos individuais como único fator relacionado às condições de saúde não é capaz de produzir cuidados integrais, alcançando diferentes dimensões da vida, como

preconiza o conceito ampliado de saúde. Para ter uma saúde equilibrada, são necessárias, antes de mais nada, condições objetivas para uma vida digna: moradia, renda, transporte público, boas condições ambientais e trabalho garantidos são apenas alguns elementos necessários para uma vida saudável. Na racionalidade neoliberal, no entanto, a responsabilidade por prover tais condições também é inteiramente delegada aos indivíduos. Realizar orientações relativas à adoção de hábitos saudáveis para uma população que não possui as condições mais elementares de vida, incorre em práticas de Promoção da Saúde cínicas, em que os serviços de saúde orientam o que deve ser feito, sem considerar as reais condições para a adoção dos comportamentos sugeridos<sup>23</sup>.

Podemos apontar dois desfechos possíveis como resultado da utilização desta racionalidade no contexto dos serviços de saúde. Nas classes sociais com melhores níveis de renda, parece prevalecer o sofrimento que advém de uma vida baseada na competição consigo mesmo, em todas as esferas da vida (trabalho, saúde, relações sociais e afetivas, entre outros) e suas frustrações correspondentes, quando o máximo desempenho não é atingido. Como resposta a tais adoecimentos, um vasto mercado de psicotrópicos atua em um intenso processo de medicalização das pessoas<sup>1,24</sup>.

Em relação às populações mais empobrecidas, os efeitos são ainda piores. Além de estarem vivendo em condições de precariedade, com a privação de condições elementares à vida, as pessoas também são subjetivadas pela lógica do empresariamento de si mesmas. Além de arcar com o sofrimento advindo das condições de miserabilidade, estas pessoas também são induzidas a crer que tais condições são unicamente responsabilidade sua, e que sair de uma situação de miséria, “sub cidadania”<sup>1</sup> ou “não cidadania”<sup>1</sup> é apenas uma questão de força de vontade ou mérito pessoal<sup>25</sup>. Assim, na atual conjuntura brasileira, em que 23,3 milhões de pessoas (11,2% da população)<sup>26</sup> vivem abaixo da linha da pobreza e 10% da população concentra 41,9% de toda a renda do país<sup>26</sup>, além de todos os adoecimentos, comprovadamente relacionados às iniquidades sociais, a população que vive em situação de pobreza extrema também sofre com o adoecimento psíquico gerado pela frustração e ansiedade de não conseguir sair dessa condição.

Ao assumir os atributos da racionalidade neoliberal, a Promoção da Saúde se caracteriza como estratégia biopolítica de controle dos corpos, através da modulação de comportamentos. No entanto, os discursos presentes nas práticas de Promoção da Saúde, descritos nos resultados apresentados, podem ser compreendidos como expressões de resistência e contraconduta às práticas de PS inscritas na perspectiva da governamentalidade neoliberal. Em um campo de saber-poder, em que predominam

práticas de PS que induzem à governamentalidade neoliberal, encontramos práticas que escampam a essa vertente, que incitam a resistência e, principalmente, propõem condutas diferentes das ditadas pela governamentalidade neoliberal.

Fortalecer o caráter formativo (serviço-escola) das Unidades de Saúde; problematizar os DSS e os métodos de fomento à participação; coletivizar as demandas em saúde; valorizar e reforçar as conquistas e as ações coletivas; resgatar a cultura e os hábitos comunitários locais; e, promover o *advocacy* pela PS na APS, são práticas que aparecem dotadas de discursos que remetem aos princípios de cidadania e participação. Ainda que sob grande influência das subjetividades presentes no Movimento Sanitário Brasileiro, cujas bases se sustentam em uma sociedade democrática de direito, tais discursos podem representar mais do que a reivindicação pelo retorno a um antigo modo de funcionamento social.

Concordamos com autores<sup>1,27</sup> que defendem que vivemos em tempos de falência das democracias liberais, de modo que, além de estratégias biopolíticas, que visam a manutenção da vida, em sociedades como a brasileira, os processos de exclusão e desigualdades promovem também a morte de grupos populacionais, desprovidos de qualquer proteção social. Nesse caso, opera uma necropolítica<sup>28</sup>, ou a política que faz morrer parte da população não desejável e inútil ao sistema.

Diante desse cenário, visualizamos potencialidades nos discursos relatados por essa pesquisa, no sentido da construção de outros processos de subjetivação que não se inscrevem na racionalidade neoliberal. Por meio da potência do encontro entre usuários do SUS e trabalhadores, que favorecem o fortalecimento dos espaços de discussão e problematização, acreditamos ser possível a co-produção de subjetividades que promovam as ações de resistência e contraconduta.

Essa perspectiva se alinha com a proposta de constituição de uma governamentalidade do “bem comum”<sup>1</sup>, na qual os sujeitos se co-produzem em relações horizontais, dialógicas, respeitadas, solidárias e amorosas. A finalidade não é o desempenho, tampouco a competitividade. A finalidade é produzir sujeitos solidários, cooperativos, interessados no cuidado de si e no cuidado do outro. Esse outro contempla todas as formas de vida e os recursos necessários a ela, presentes no planeta.

A prática social anticapitalista já tem mostrado que as lutas sociais visam e devem visar à instituição de “comuns”, isto é, a disponibilidade das pessoas para construir e produzir meios materiais e imateriais necessários à manutenção da coletividade. O princípio do comum radicaliza a democracia ao instituir o autogoverno

das pessoas, que, assim, realizam a própria libertação, seja da dominação explícita do Estado, seja da dominação abstrata do sistema econômico vigente. Pretende-se, com o resgate do “bem comum”, responder a um anseio generalizado por novas formas de vida em que mulheres e homens se realizem como seres humanos num mundo sustentável e ecologicamente preservado<sup>29</sup>.

Em nível local, a construção desta nova governamentalidade, voltada ao “bem comum”, pressupõe que as práticas realizadas nas comunidades – aqui consideramos as práticas de Promoção da Saúde – sejam capazes de favorecer o caráter coletivo (ou comum, como definem os autores) e não o individual. Além disso, deve ser capazes de resgatar a potência que reside no enfrentamento à doença e à busca por soluções coletivas e corresponsáveis, reforçando o caráter das lutas sociais em prol de uma sociedade mais equânime. O fortalecimento de tais práticas de Promoção da Saúde, em cenários de formação de trabalhadores para o SUS, tende a potencializar a construção de valores coletivos e solidários, que poderão multiplicá-los em seus novos espaços de trabalho.

Identificamos assim, o caráter artesanal da produção de práticas de Promoção da Saúde capazes de ativar resistências e contracondutas diante das práticas que se inscrevem na governamentalidade neoliberal. Apenas o efeito de diminuir a responsabilização individual e a culpabilização, inclusive das populações mais desfavorecidas e excluídas, já representa avanços no cenário atual. A manutenção desse exercício de encontro e produção de subjetividades, como práticas de Promoção da Saúde na APS, que almejem uma sociedade mais justa, cooperativa, solidária e sustentável é imperativa para criarmos os nichos de resistência democrática e anticapitalista capazes de frear as políticas de exclusão operadas na atualidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A possibilidade da emergência de uma governamentalidade que não esteja inscrita na racionalidade neoliberal parece ser a grande potencialidade dos discursos presentes nas práticas de PS que se colocam como ativadoras de resistências e contracondutas à vertente da Promoção da Saúde que visa apenas modular comportamentos, responsabilizar e culpabilizar indivíduos por suas condições de saúde. Ainda que, na contramão da história, ações de Promoção da Saúde - capazes de produzir subjetividades que evidenciem o caráter coletivo e solidário das demandas em saúde - parecem ser uma saída à favor da vida, diante do cenário de exclusões e mortes presente em nosso país na atualidade.

## REFERÊNCIAS

- 1 Dardot P, Laval C. A nova razão do mundo: ensaio sobre a capacidade neoliberal. São Paulo: Boitempo; 2016.
- 2 Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- 3 Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];25(12). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- 4 Mattioni FC, Nakata PT, Dresch LC, Rollo R, Bittencourt LSB, Rocha CMF. Health Promotion practices and Michel Foucault: a scoping review. American Journal Health Promotion. 2021. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0890117121989222>
- 5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.426, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2014. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
- 7 Foucault M. Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.
- 8 Deleuze G. Conversações. São Paulo: Editora 34; 2005.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2006. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html)
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2011. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
- 11 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. [citado 2021 Abr 12]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html)
- 12 Brasil. Ministério da Saúde. Resolução 466. Regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. 2012. [citado 2021 Abr 26]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- 13 Silva LB. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev. Katálysis 2018. [citado 2021 Jun 07];21(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n1p200>
- 14 Foucault M. Ditos e escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de

pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.

15 Foucault M. Ditos & Escritos V: Ética, sexualidade, política. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2014.

16 Traversini CS, Milani J, Steffen KF. Potências e desafios da relação entre cegueira epistemológica e problematização para a pesquisa com a escola. *Educação e Cultura Contemporânea*; 2018. 39:196-214.

17 Veiga-Neto A. Foucault e a Educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.

18 Chamayou G. A sociedade ingovernável: uma genealogia do liberalismo autoritário. São Paulo: Ubu Editora; 2020.

19 Foucault M. O nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

20 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. 2012. [citado 2021 Jun 07]. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>

21 Mano MAM. Da casa pra horta, da horta pra rua: processos educativos em práticas sociais em um território de remoção. [Tese de Doutorado]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2021.

22 Lupton D. Health promotion in the digital era: a critical commentary. *Health Promotion International* [Internet]. 2014. [citado 2021 Jul 19];30(1):174-183. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/30/1/174/2805780>

23 Castiel LD, Xavier C, Moraes DR. A procura de um mundo melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

24 Carvalho, SR. Nosso “futuro psiquiátrico” e a (bio)política da Saúde Mental: diálogos com Nikolas Rose (Parte 4). *Interface comunic saude*. [Internet]. 2020. [citado 2021 Abr 12];24(e190732). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190732>

25 Sandel M. A tirania do mérito. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2020.

26 Fundação Getúlio Vargas. Qual foi o impacto da crise sobre a pobreza e a distribuição de renda? [Internet]. 2021. [citado 2021 Jul 2]. Disponível em: <https://cps.fgv.br/Pobreza-Desigualdade>

27 Brown W. Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Editora Filosófica Politeia; 2019.

28 Mbembe A. Necropolítica. 3 ed. São Paulo: N1-edições; 2018.

29 Dardot P, Laval C. Comum: ensaio sobre a revolução no século XXI. São Paulo: Boitempo; 2017.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta Tese foi analisar as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde, a partir das teorizações foucaultianas. Para atingir o pretendido, realizei uma pesquisa de campo, descritiva, qualitativa, com inspiração genealógica. A partir dos argumentos apresentados, procurei sustentar a seguinte Tese: a Promoção da Saúde é polissêmica, influenciada por diferentes vertentes epistemológicas e construída a partir de condições de possibilidades históricas. Os diferentes saberes que a constituem se colocam em uma arena de relações de poder, que se traduzem e, ao mesmo tempo, produzem práticas de saúde. Embora existam práticas hegemônicas, que representam os regimes de verdade da contemporaneidade, resistências e contracondutas à governamentalidade neoliberal também podem ser identificadas e têm potência para produzir outras práticas e diferentes modos de (re)existência na APS.

Os dois artigos que integram a fundamentação teórica, caracterizados por serem revisões sistemáticas de literatura, apontam que as práticas de PS realizadas na APS se inscrevem, majoritariamente, na racionalidade da governamentalidade neoliberal. São práticas que alcançam apenas a dimensão do comportamento individual, visando a mudança de hábitos de vida, sem o suporte de políticas públicas capazes de construir ambientes favoráveis às escolhas saudáveis. Ainda, como resultados dos dois artigos de revisão, foi possível identificar que existem práticas de PS que se caracterizam como resistências e contracondutas no campo de saber-poder da Promoção da Saúde na APS.

Os quatro artigos destinados à apresentação dos resultados da pesquisa realizada convergem e ampliam as análises obtidas por meio da revisão de literatura.

O primeiro artigo - *Promoção da Saúde na Atenção Primária: sobre discursividades e tensões em um cenário de práticas* -, apresentou como resultados a identificação de um campo heterogêneo de práticas de Promoção da Saúde, que se constitui por meio da circulação de diferentes saberes e poderes. As práticas são permeadas por discursividades que se alinham à governamentalidade neoliberal e práticas que se colocam como contraconduta a tais discursividades.

O segundo artigo, intitulado *Emergências e proveniências de discursos que constituem as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde*, sintetiza os resultados em três períodos históricos: as décadas de 1980/90, período da

redemocratização e constituição de cidadãos de direitos; os anos 2000, com a emergência das políticas públicas na área da saúde, marcado pela governamentalidade neoliberal democrática; e, o período de 2016 até a atualidade, com a austeridade fiscal e o recrudescimento das Políticas Públicas, marcado pela governamentalidade neoliberal conservadora ou autoritária. Os resultados deste artigo sugerem que, após a constituição do Estado democrático de direito no Brasil, atravessamos um período de intensa emergência de políticas públicas de saúde, dentre elas as primeiras versões/edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006a) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006a), que, junto a outros fatores locais, induziram a ampliação da quantidade e do escopo das práticas de PS na APS. Na contemporaneidade, a emergência de medidas de austeridade fiscal fragilizam as práticas de PS na APS, tendendo a desqualificá-las e, até mesmo, inviabilizá-las.

O terceiro artigo, *Promoção da Saúde na Atenção Primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador*, aponta que o principal efeito das práticas de Promoção da Saúde está na diminuição da medicalização e na adoção de elementos da Clínica Ampliada no cuidado realizado. De acordo com os resultados, as principais dificuldades para as práticas de PS na APS decorrem da precarização das políticas públicas, oriundas das medidas de austeridade fiscal adotadas nos últimos anos. Fortalecer o caráter coletivo das demandas em saúde parece ser uma possibilidade de resistência diante da racionalidade neoliberal autoritária que impera no Estado brasileiro atualmente.

O quarto e último artigo - *Práticas de Promoção da Saúde como resistência e contraconduta à governamentalidade neoliberal* - traz como possibilidades, a serem exploradas para potencializar a Promoção da Saúde na APS: o fortalecimento das atividades formativas no âmbito das unidades de saúde; a problematização dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e os métodos de fomento à participação; a coletivização das demandas em saúde; a valorização e reforço das conquistas e das ações coletivas; o resgate da cultura e de hábitos comunitários locais; e, o *advocacy* pela Promoção da Saúde na APS. A partir das análises realizadas nesse último texto que integra a Tese, foi possível identificar a possibilidade de construção de subjetividades capazes de se constituírem como resistências e contracondutas, na micropolítica do trabalho realizado na APS.

A partir da síntese dos resultados apresentada, é pertinente a reflexão sobre o

conjunto de práticas identificadas. Considerando a heterogeneidade de racionalidades presentes no cenário pesquisado, bem como a influência das condições de possibilidade históricas para a constituição das práticas, peço ajuda, mais uma vez, ao autor que ofereceu os principais conceitos-ferramenta para a sustentação dos argumentos que desenvolvi. A fim de evitar juízos de valor sobre determinadas práticas (o que não significa abster-me de um posicionamento nesse campo de saber), aciono as palavras de Foucault (1995, p.256), para quem:

(...) nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. Portanto, minha posição não conduz à apatia, mas ao hiperativismo pessimista. Acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo.

Concordando com os ditos do autor, reitero o esforço para evitar posicionamentos binários ou que tendem a demonizar certas práticas em relação a outras. Ao longo da Tese, procurei não adotar tal postura, a fim de produzir análises que visam a “identificação dos perigos” e a descrição de potencialidades. Quero dizer com isso que os resultados dessa pesquisa não pretendem incorrer na postura culpabilizadora de serviços e trabalhadores por adotar determinada prática. Somos todos constantemente subjetivados e condicionados a operar de acordo com certas racionalidades, que podem assumir um caráter “perigoso”, de acordo com Foucault.

Assim, chamo a atenção para as dicotomias históricas presentes no campo da Promoção da Saúde, referentes a abordagens comportamentais em relação a abordagens ampliadas de práticas. Espero que isso tenha ficado evidente ao longo da Tese, porém reitero aqui, por precaução. A crítica realizada não se destina à defesa da extinção da Promoção da Saúde ou, ainda, para refutar a necessidade de adoção de hábitos saudáveis pelas pessoas. Tais práticas são necessárias e não adotá-las também seria um modo de abandono e falta de cuidado. O que busquei apontar, no entanto, foram as limitações e os efeitos, inclusive aqueles contraditórios (e, pior, cínicos), de práticas de Promoção da Saúde verticais, culpabilizantes e descontextualizadas da realidade de vida das pessoas. Reitero que a os comportamentos individuais, condicionados a tantos fatores, também integram os Determinantes Sociais da Saúde. Sendo assim, o encontro entre trabalhadores e usuários dos serviços de APS, destinado para a abordagem comportamental e individualizante em relação à saúde pode ser transformado, deixando de ser uma estratégia para apenas transmitir informações e prescrever ações, no sentido de se constituir como um espaço de reflexão e de produção de subjetividades capazes de

olharem para a vida em suas diferentes dimensões e identificarem em que medida a atuação individual será capaz de produzir saúde e quais problemas necessitam da ação coletiva para buscar suas soluções. Um espaço (e uma estratégia) de reflexão que permita(m) pensar a saúde (e a promoção dela) como atitude de identificar os males que nos afligem, revelar as contradições e gerar alternativas possíveis.

Conceber práticas de Promoção da Saúde que almejem a produção de saúde para que as pessoas possam viver da melhor forma possível as suas vidas, aproveitando o lazer, a arte, a cultura e - até mesmo o tão mal falado e compreendido (em sociedades produtivistas como a nossa) - ócio, é algo que representa pontos de resistência e contraconduta em relação às práticas de PS que se inscrevem nos discursos da racionalidade neoliberal, que visam a normalização de corpos, tornando-os mais produtivos, para seguirem consumindo o máximo possível daquilo que produzem freneticamente. Tais práticas de contraconduta ainda ocupam um lugar marginal no campo discursivo da Promoção da Saúde, como foi possível identificar nesta pesquisa. No entanto, foram também identificadas práticas que concebem a Promoção da Saúde como “um meio” para uma vida mais plena, tal como previa a *Carta de Otawa*. Estas práticas se distanciam do controle absoluto sobre riscos de adoecimento e buscam promover a saúde a partir de seu conceito ampliado, considerando a necessidade de equilíbrio entre as diferentes dimensões da vida. Ou seja, conceber a Promoção da Saúde como um meio para a produção de vida e não como um fim em si (AKERMAN e GERMANI, 2020).

Não tenho a pretensão de afirmar que tal atitude, cujo objetivo é produzir subjetividades capazes de resistir às investidas da racionalidade neoliberal, especialmente em sua apresentação contemporânea, será capaz de produzir uma grande revolução para mudar o mundo. No entanto, prestar atenção, ser crítico àquilo que “é perigoso” nos tempos em que vivemos, significa ser capaz de identificar quando somos levados a crer que toda a responsabilidade por nossa vida, inclusive nossos fracassos, é responsabilidade unicamente individual e que não existem saídas coletivas.

Retomo uma vez mais Galeano (2013, p.8), aqui, pois ele nos mostra alguns dos “perigos” da vida na atualidade:

Caminhar é um perigo e respirar é uma façanha nas grandes cidades do mundo ao avesso. Quem não é prisioneiro da necessidade é prisioneiro do medo: uns não dormem por causa da ânsia de ter o que não têm, outros não dormem por causa do pânico de perder o que têm. O mundo ao avesso nos adentra para ver o próximo como uma ameaça e não como uma promessa, nos reduz à solidão e nos consola com drogas químicas e amigos cibernéticos. Estamos condenados a morrer de fome, a morrer de medo ou a morrer de tédio. Isso se uma bala perdida não vier

abreviar nossa existência. Será esta liberdade, a liberdade de escolher entre ameaçadores infortúnios, nossa única liberdade possível? O mundo ao avesso nos ensina a padecer a realidade ao invés de transformá-la, a esquecer o passado ao invés de escutá-lo e a aceitar o futuro ao invés de imaginá-lo: assim pratica o crime, assim o recomenda. Em sua escola, a escola do crime, são obrigatórias as aulas de impotência, amnésia e resignação. Mas está visto que não há desgraça sem graça, nem cara que não tenha sua coroa, nem desalento que não busque seu alento. Nem tampouco há escola que não encontre sua contraescola.

Ao mesmo tempo, suas palavras nos permitem vislumbrar alguns fios de uma teimosa esperança que, diante de um cenário tão adverso, nos permitem reconhecer a potência da produção de pequenas resistências e contracondutas e a construção de subjetividades que se alinhem a uma outra governamentalidade, talvez não muito em voga, nem muito proclamada ou desejada: aquela forma de viver que enalteça o bem comum, conforme defendem Dardot e Laval (2017). Esse parece ser um caminho potente e possível para a Promoção da Saúde, na Atenção Primária em Saúde, considerando a proximidade dos serviços ao contexto de vida das pessoas e comunidades. Além disso, o vínculo e a longitudinalidade presentes nas relações entre usuários e trabalhadores, representam um *locus* privilegiado para a produção permanente da crítica, no sentido foucaultiano já descrito.

Talvez esse seja o principal apontamento para a Promoção da Saúde, de acordo com as teorizações foucaultianas. Mesmo que sejam realizadas mudanças estruturais profundas na sociedade (algo que nem de perto está posto para o Brasil e, sendo bem pessimista, para o mundo na atualidade), a atitude crítica, ou a hipercrítica, jamais deve ser abandonada, pois não há realidade acabada e construída capaz de garantir o equilíbrio e a justiça absolutas, como se fosse possível erradicar o mal de uma sociedade de uma vez por todas.

Assim, para além de retornarmos a uma sociedade democrática de direito, que sabidamente tende a melhorar as condições de vida da população, mas que, ao mesmo tempo, é capaz de produzir desigualdades e autoritarismos, o principal desafio para a Promoção da Saúde, inscrita no conceito ampliado de saúde, creio ser aquele de promover práticas de resistências e contracondutas, capazes de construir subjetividades que visem outros modelos de sociedade e de vida e que consiga revisar padrões de produção, de desempenho, de consumo e das relações de cuidado consigo, com o outro e com o planeta.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; GERMANI, Ana Claudia Camargo Gonçalves. Um clamor pela ampliação do conceito de saúde: capricho acadêmico ou necessidade política? **Rev do Centro de Pesquisa e Formação**, 2020. Disponível em: [https://repositorio.usp.br/directbitstream/5c3e9813-512a-47b4-8e79-7e46a033bfa4/HSP\\_21\\_2020.pdf](https://repositorio.usp.br/directbitstream/5c3e9813-512a-47b4-8e79-7e46a033bfa4/HSP_21_2020.pdf)

BENEDETTI, Mário. **Cotidianas**. Montevideo: Aguilar, 1979.

BOTTEGA, Carla; ROLLO, Rosane Machado; RAMOS, Adriana Roesse; ROCHA, Cristianne Maria Famer. Produções coletivas e leituras compartilhadas: encontro como dispositivo de criação. **Polis e Psique**, v. 10, p. 246-264, 2020.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Institui a Política Nacional da Atenção Básica, 2006a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto648_28_03_2006_comp.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prto687_30_03_2006.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Regulamenta a pesquisa com seres humanos no país. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

BUSS, Paulo Marchiori. Globalização, pobreza e saúde. **Ciênc saúde coletiva** 12(6);2007. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600019>

BUSS, Paulo Marchiori; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; PINTO, Luiz Felipe, ROCHA, Cristianne Maria Famer. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc saúde coletiva**, 25(12); 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

CARREIRO, Paula Katiana da Silva; DIAS, Marly de Jesus Sá. Estratégia de Saúde da Família: limites e dificuldades de uma política focalizada. **II Jornada Internacional de Políticas Públicas**: UFMA, 2015.

CASTIEL, Luiz David; DIAZ, Carlos Álvarez-Dardet. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CHAMAYOU, G. **A sociedade ingovernável**: uma genealogia do liberalismo autoritário. São Paulo: Ubu Editora, 2020.

CRARY, Jonathan. **Capitalismo tardio e os fins do sono**. São Paulo: Ubu, 2016.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo**: ensaio sobre a capacidade neoliberal. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **Comum**: ensaio sobre a revolução no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2017.

DELEUZE, Gilles. **Conversações** - 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DINGO BELLS. **Eu vim passear** (letra). Disco Maravilhas da vida moderna: 2015. Disponível em: <https://www.letras.com.br/dingo-bells/eu-vim-passear>

DONA IVONE LARA. **Alguém me avisou** (letra). Disco Sorriso Negro: 1982. Disponível em: <http://www.donaivonelara.com.br/samba.php?id=3>

FLEURY, Sônia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc Saúde Coletiva**, 14(3): 743-752, 2009.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 18 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009a.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**. 37 ed. Petrópolis: Vozes, 2009b.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **O que é a crítica**. Coimbra: Imprópria, 2012.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**: a vontade de saber, v. I. Paz e Terra, 2019.

FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: RABINOW, P.; RABINOW, H. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GALEANO, Eduardo. **As palavras andantes**. Porto Alegre: (L&PM), 1999.

GALEANO, Eduardo. **De pernas pro ar**: a escola do mundo ao avesso. Porto Alegre: (L&PM), 2013.

GALLO, Sílvio. Biopolítica e subjetividade: resistência? **Educar em Revista**, 66;77-94, 2017.

LUPTON, Deborah. **Risk**. Londres: Key Ideas; 1999.

MOSÉ, Viviane. **Nietzsche hoje**. Petrópolis: Vozes, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa**. Ottawa: OMS: 1986.

ROUVROY, Antoinette; BERNIS, Thomas. Governamentalidade algorítmica e perspectivas de emancipação: o díspar como condição de individuação pela relação? **Revista Eco Pós**, Rio de Janeiro, v.2, n.8, p.36-56, 2015.

SAFATLE, Vladimir; SILVA JUNIOR, Nelson; DUNKER, Christian. **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2021.

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do governo... In. RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz B. Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo. (orgs.) **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002, p.13-34.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Idade: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_

Equipe: \_\_\_\_\_

Núcleo Profissional: \_\_\_\_\_ Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação/Residência: \_\_\_\_\_

Tempo de SSC-GHC: \_\_\_\_\_ Tempo de Equipe: \_\_\_\_\_

Prática de Promoção da Saúde pela qual é responsável: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

1 – Gostaria de saber um pouco sobre a prática (ou práticas) de Promoção da Saúde que você conduz aqui na Unidade de Saúde. Como se chama a atividade?

2 – Quando e como surgiu essa prática de Promoção da Saúde? Me conta um pouco da história dessa prática...

3 – Como a prática é realizada atualmente? Que recursos utiliza (materiais, pedagógicos, outros)? Com que frequência é realizada?

4 – Qual o objetivo da prática? Para que público ela é voltada? O que se espera com a sua realização? De que forma você acredita que essa prática interfere na saúde dos participantes?

5 – Que fatores favorecem, contribuem com a realização da prática de Promoção da Saúde (recursos materiais, pedagógicos, manuais/cadernos, incentivo da gestão)?

6 – Que fatores dificultam a realização de práticas de Promoção da Saúde?

8 – Você recebeu algum tipo de formação na área da Promoção da Saúde?

9 – Para você, qual é a importância da Promoção da Saúde na APS?

7 – Que outras práticas de Promoção da Saúde você tem conhecimento que são realizadas na sua Unidade de Saúde?

**APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Trabalhadores Responsáveis por conduzir práticas de Promoção da Saúde<sup>31</sup>**

**Projeto de Pesquisa:** Pelas lentes de Michel Foucault: reflexões sobre as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária.

**Pesquisadora Assistente:** Fernanda Carlise Mattioni (Doutoranda/ Escola de Enfermagem da UFRGS) Contato: [nandacmattioni@gmail.com.br](mailto:nandacmattioni@gmail.com.br)

**Pesquisadora Principal:** Cristianne Maria Famer Rocha (Orientadora/ Escola de Enfermagem da UFRGS). Contato: [rcristianne@gmail.com](mailto:rcristianne@gmail.com)

**Instituição de Origem:** Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGENF-ENF-UFRGS)

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul:** Contato telefônico: (51) 3308-3738 E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

**Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição:** Contato telefônico: (51) 3357-2285 E-mail: [ensinoepesquisa@ghc.com.br](mailto:ensinoepesquisa@ghc.com.br)

**Caro Participante,**

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa intitulada “Pelas lentes de Michel Foucault: reflexões sobre as práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária”, cujo objetivo é analisar as práticas de Promoção da Saúde que são realizadas na Atenção Primária em Saúde. Essa pesquisa faz parte do curso de doutorado da pesquisadora. Nos interessa realizar este estudo para conhecer as narrativas relativas as práticas de Promoção da Saúde no contexto da Atenção Primária em Saúde; para caracterizar as práticas de Promoção da Saúde que são realizadas no Serviço de Saúde Comunitária do GHC e também para identificar dificuldades e potencialidades para a realização de práticas de Promoção da Saúde na APS.

Você está sendo convidado a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista sobre a prática ou as práticas de Promoção da Saúde pela qual você é responsável na sua Unidade de Saúde. A entrevista será realizada em horário e local de sua escolha. Será gravada em áudio e depois transcrita. Os dados obtidos por meio das entrevistas serão digitados e sistematizados. Esses documentos ficarão arquivados em local seguro. Sua privacidade será preservada e seu nome não

<sup>31</sup> Este documento segue as normas de Pesquisa em Saúde, conforme disposto na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – Brasil (BRASIL, 2012).

será identificado. Para garantir seu anonimato utilizaremos “nomes inventados”. Gostaríamos de esclarecer que a participação neste estudo não trará benefícios diretos para você, mas ajudará a identificarmos e realizarmos uma reflexão acerca das práticas de Promoção da Saúde que são realizadas no SSC-GHC. As análises produzidas poderão ser subsídio para a qualificação das práticas de Promoção da Saúde no serviço estudado. Também, poderão contribuir com estudos futuros sobre o assunto.

Também destacamos que não são conhecidos riscos que possam resultar da sua participação neste estudo. Apesar disso, nos colocaremos a disposição para auxiliá-lo em caso de desconforto no momento da realização da entrevista. Por fim, informamos que sua participação neste estudo é voluntária, ou seja, não é obrigatória. Você não receberá nenhum tipo de pagamento e não terá nenhum custo. Se você não aceitar participar, isso não lhe trará nenhum prejuízo. Caso você aceite, será possível desistir de participar do estudo em qualquer momento, sem qualquer tipo de perda. As informações produzidas serão utilizadas somente com o fim acadêmico, para a produção da Tese de doutorado da pesquisadora e publicações científicas, sem nenhuma outra implicação jurídica ou legal para os envolvidos.

Se você tiver qualquer dúvida, durante o período da pesquisa, me disponho a esclarecê-las. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, para esclarecimentos, através do telefone 3359-7640 e da UFRGS, através do telefone 3308-3738 das 8h às 17h. Uma via deste Termo ficará com você e outra comigo, após sua assinatura.

---

**Nome do Participante**

---

**Assinatura**

---

**Nome do Pesquisador**

---

**Assinatura****Local e Data:** \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

### **ANEXO A: Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**

#### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PELAS LENTES DE MICHEL FOUCAULT: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16078319.7.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.462.073

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de tese de doutorado de Fernanda Mattioni, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, sob orientação da Profa. Cristianne Maria Famer Rocha.

Pesquisa qualitativa, de campo, descritiva e exploratória, no contexto do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, RS.

Hipótese: As Práticas de Promoção da Saúde, realizadas na APS, possuem múltiplas características e se inscrevem em vertentes epistemológicas distintas e em modelos de atenção distintos, o que confere a elas diferentes impactos, desde o governo das condutas, por meio de práticas prescritivistas de controle e de mudanças

de hábitos até práticas problematizadoras das condições de vida e de saúde, que podem levar à práticas de contraconduta e a práticas de resistência.

Para a produção de dados, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores (contratados ou residentes) responsáveis por práticas de Promoção da Saúde nas doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC.

A escolha dos trabalhadores que serão convidados a participar da pesquisa se dará pelo método “bola de neve”, que se caracteriza pela constituição de uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência. A execução da amostragem em “bola de neve” inicia por meio do contato com documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como sementes, a fim de localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro da população geral. Seguindo a proposta da estratégia “bola de neve”, solicita-se que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem pode crescer a cada entrevista, caso seja do interesse do pesquisador. A amostragem em “bola de neve” mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação, ou seja, não há novos nomes oferecidos ou os nomes encontrados não trazem informações novas ao quadro de análise. Foram previstos 20 participantes.

**Critério de Inclusão:** ser responsável pela prática de Promoção da Saúde, independente do tempo que estiver exercendo a atividade; ser integrante das equipes de ESF do SSC/GHC, vinculado por meio de contrato direto, como residente do Serviço ou ainda, Agente Comunitário de Saúde; aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Critério de Exclusão:** não ser integrante das equipes de ESF do SSC/GHC e desistir, durante ou após a realização da entrevista, de seguir participando da pesquisa.

Após a definição dos primeiros trabalhadores a serem convidados para participar da pesquisa, será realizado contato prévio para apresentá-la, bem como para convidar os participantes. Após o aceite, a entrevista será agendada em local e horário de escolha do participante. Será apresentado e explicado o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias, que será assinado pelo entrevistado e pela pesquisadora. Uma via será entregue ao participante e a outra ficará de posse da pesquisadora. As entrevistas serão gravadas e transcritas. Os dados serão mantidos em sigilo sendo utilizados unicamente para fins desta pesquisa e guardados por cinco anos após o seu encerramento, conforme prevê a legislação. Após este período, os dados serão destruídos.

Metodologia de Análise de Dados: Os dados provenientes das entrevistas serão organizados e sistematizados durante e após o término da coleta, no sentido da produção de categorias analíticas por meio de inferências que se darão a partir das aproximações teóricas aos dados empíricos. Serão utilizados, no processo analítico, o referencial teórico dos estudos foucaultianos e da Saúde Coletiva, respeitando as aproximações possíveis entre os dois campos, para apreender os mecanismos de poder e de subjetivação presentes no cenário estudado e, a partir disso, analisar as práticas de Promoção da Saúde na APS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar práticas de Promoção da Saúde (PS) na Atenção Primária em Saúde (APS), a partir das teorizações foucaultianas.

Objetivos Secundários:

- Conhecer as narrativas de trabalhadores da APS relativas às práticas de Promoção da Saúde que protagonizam.
- Caracterizar as práticas de Promoção da Saúde que são realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde.
- Conhecer as dificuldades e potencialidades para a realização de práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios está descritos de modo adequado, conforme especificados a seguir:

Riscos: A pesquisa prevê a possibilidade de riscos mínimos, tais como cansaço e desconforto decorrentes da participação na entrevista. Caso isto ocorra, será garantido ao participante a possibilidade de desistir, a qualquer momento, da sua participação, sem que isto incorra em prejuízos.

Benefícios: Os benefícios aos participantes, ainda que indiretos, estão relacionados à possibilidade de problematizar as práticas de PS a partir do alcance de seu objetivo principal que é analisar as práticas de Promoção da Saúde (PS) na Atenção Primária em Saúde (APS). Ao final da pesquisa realizada, será ofertada ao SSC/GHC uma análise foucaultiana das práticas de Promoção da Saúde nele realizadas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem elaborado, com sustentação teórica consistente, procedimentos metodológicos descritos adequadamente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados os seguintes documentos:

- Projeto de pesquisa
- Formulário Plataforma Brasil
- Roteiro de Entrevista Semiestruturada
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- Cronograma
- Orçamento: todas as despesas previstas serão de responsabilidade da pesquisadora principal.
- Termo de anuência do responsável pelo serviço onde será realizada a pesquisa
- Termo de compromisso de entrega de relatórios do GHC
- Termo de referência da pesquisa no GHC
- Relação integrantes projeto de pesquisa GHC
- Parecer do Centro de Estudo e Pesquisa em Atenção Primária em Saúde do GHC

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está adequado quanto aos aspectos éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo   | Postagem               | Autor                            | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------------|----------|
| Outros  | Documentos_CEP.pdf                                | 10/07/2019<br>17:15:30 | MARIA DA GRAÇA<br>CORSO DA MOTTA | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DÔ_PROJETO_1360252.pdf     | 22/06/2019<br>12:15:18 |                                  | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhaderostoassinadaCristianneMariaFamerRocha.pdf | 22/06/2019<br>12:14:48 | CRISTIANNE MARIA<br>FAMER ROCHA  | Aceito   |
| Cronograma  | cronograma.pdf                                    | 29/05/2019<br>20:57:38 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf  | 29/05/2019<br>20:57:17 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_DOUTORADO_UFRGS_VE_RSÃO_CEP.pdf           | 29/05/2019<br>20:57:02 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Outros  | termos_referencia_GHC.pdf                         | 29/05/2019<br>20:49:54 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Outros  | termo_compromisso_entrega_relatorio_GHC.pdf       | 29/05/2019<br>20:47:34 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Outros  | parecer_CEPAPS_GHC.pdf                            | 29/05/2019<br>20:44:26 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Outros  | relacao_integrantes_pesquisa.pdf                  | 29/05/2019<br>20:43:31 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |
| Outros  | autorizacao_gestor_GSC_GHC.pdf                    | 29/05/2019<br>20:39:39 | Fernanda Mattioni                | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 19 de Julho de 2019.

**Assinado por:**

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**

**(Coordenador(a))**

## **ANEXO B: Parecer consubstanciado Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição**

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PELAS LENTES DE MICHEL FOUCAULT: REFLEXÕES SOBRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16078319.7.3001.5530

**Instituição Proponente:** HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.539.918

#### **Apresentação do Projeto:**

O presente documento é resultante de projeto de tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulado “Pelas lentes de Michel Foucault: Reflexões sobre as práticas de promoção da saúde na atenção primária”.

A pesquisadora apresenta, enquanto referencial teórico da pesquisa, o modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) – “no que compreende-se que a saúde é produto de diferentes interfaces, a partir da influência de diferentes determinantes”. Compreende também um apanhado teórico sobre a Promoção da Saúde (PS) – abrangendo literatura sobre Atenção Primária em Saúde (APS), dado que a APS é responsável pela realização de práticas de Promoção da Saúde.

Contextualiza o estudo dentro da área da Saúde Coletiva utilizando das teorias de Michel Foucault.

O trabalho quer dar visibilidade a questões: Como estamos produzindo saúde? Qual saúde estamos produzindo? Para quê e para quem estamos produzindo saúde? Quais as racionalidades utilizadas para a produção da saúde? A Promoção da Saúde, nos modos como vem sendo realizada, tem produzido saúde na Atenção Primária?

O processo de pesquisa, a partir de questões teóricas, salienta o objeto de estudo nas Práticas de Promoção de Saúde no cenário da APS. Como perguntas guias se têm: quais narrativas e práticas de Promoção da Saúde estão presentes no contexto da Atenção Primária em Saúde? Como ocorrem as práticas de Promoção da Saúde na APS? Quais discursos, interesses e jogos de poder que produzem subjetividades e regimes de verdade referentes à Promoção da Saúde estão presentes no cenário da APS? Existem alternativas aos discursos hegemônicos? Quais são?

A pesquisadora tem como hipótese de pesquisa uma “delimitação mais precisa das práticas possíveis no cenário da APS, protagonizadas pelas equipes, guiada por um marco teórico-metodológico que contemple APS e Promoção da Saúde. Além disso, pode ser disparador de discussões quanto às possibilidades de ampliação de práticas e responsabilidades relativas a processos sociais mais amplos nos territórios adscritos aos serviços de APS”.

Como metodologia a pesquisadora utiliza a vertente epistemológica foucaultiana “por acreditar no seu potencial para a produção de análises acerca dos modos como se produzem práticas de Promoção da Saúde, por meio da construção e articulação de narrativas que constituem os regimes de verdade no campo da saúde”.

Com isso a pesquisa inscreve-se como metodologia qualitativa, “de campo, descritiva e exploratória” a ser realizada “no contexto do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição”. Pretende-se “identificar quais as práticas de Promoção da Saúde estão sendo realizadas no SSC/GHC, bem como, conhecer as narrativas que constituem tais práticas, na perspectiva dos trabalhadores do Serviço citado”.

Serão realizadas “entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores das equipes, responsáveis por realizar práticas de Promoção da Saúde”. Os participantes serão convidados e a mesma dar-se-á com o “método “bola de neve”, que se caracteriza pela constituição de uma amostra não probabilística, utilizando cadeias de referência. A amostragem em “bola de neve” mostra-se como um processo de permanente coleta de informações, que procura tirar proveito das redes sociais dos entrevistados identificados para fornecer ao pesquisador com um conjunto cada vez maior de contatos potenciais, sendo que o processo pode ser finalizado a partir do critério de ponto de saturação”.

Os participantes da pesquisa serão trabalhadores contratados ou residentes “responsáveis por práticas de Promoção da Saúde nas doze Unidades de Saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC”. A pesquisadora buscará “contemplar pelo menos uma entrevista por Unidade de Saúde e também a diversidade de dimensões da Promoção da Saúde” estimando que o universo da pesquisa seja “composto por aproximadamente 20 participantes do estudo, todos trabalhadores das equipes do SSC/GHC”.

### **Objetivo da Pesquisa:**

Tem-se como Objetivo Geral:

Analisar práticas de Promoção da Saúde (PS) na Atenção Primária em Saúde (APS), a partir das teorizações foucaultianas.

E como Objetivos Específicos:

- Conhecer as narrativas de trabalhadores da APS relativas às práticas de Promoção da Saúde que protagonizam.
- Caracterizar as práticas de Promoção da Saúde que são realizadas em um cenário da Atenção Primária em Saúde.
- Conhecer as dificuldades e potencialidades para a realização de práticas de Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora descreve como Riscos: “a possibilidade de riscos mínimos, tais como cansaço e desconforto decorrentes da participação na entrevista. Caso isto ocorra, será garantido ao participante a possibilidade de desistir, a qualquer momento, da sua participação, sem que isto incorra em prejuízos”.

Como benefícios “ainda que indiretos, estão relacionados à possibilidade de problematizar as práticas de PS a partir do alcance de seu objetivo principal que é analisar as práticas de Promoção da Saúde (PS) na Atenção Primária em Saúde (APS). Ao final da pesquisa realizada, será ofertada ao SSC/GHC uma perspectiva geral das práticas de Promoção da Saúde nele realizadas”.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto é bem elaborado, com uma breve sustentação teórica e apresentação dos procedimentos metodológicos.

Como referencial teórico são apresentados 4 subitens. O primeiro trata sobre “A construção de práticas em Saúde Coletiva na perspectiva epistemológica, técnica e política” no qual a pesquisadora fala sobre algumas contribuições de autores do campo da saúde, como José Ricardo Ayres, e do campo dos estudos da filosofia da saúde como Georges Canguilhem, lembrando do seu famoso texto que trata das questões acerca do Normal e Patológico.

O segundo subitem fala sobre “A Promoção da Saúde: história, narrativas e práticas”, e o terceiro sobre “A Promoção da Saúde no cenário da Atenção Primária em Saúde”, aqui a autora fala sobre a Promoção da Saúde e a Política Nacional de Saúde (PNPS) e suas contribuições para o cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS).

Por fim a pesquisadora apresenta um apanhado sobre “As teorizações foucaultianas como ferramentas para a análise das práticas de Promoção da Saúde na APS”. Com o aporte da produção conceitual de Foucault a pesquisadora quer “buscar as origens dos discursos que permeiam tais práticas e buscar reconhecer os jogos de poder-saber que estabelecem os regimes de verdade nesse campo”.

Para tanto trata de alguns conceitos do pensamento foucaultiano, de forma rápida, não entrando em contextualizações maiores e diálogos com leitores contemporâneos.

Tratar questões, ou categorias conceituais, como “discurso”, “verdade”, “(estratégias de) poder”, “dispositivo”, “resistência”, “contraconduta”, “(poder) disciplina(r – e pastoral)”, “biopoder”, “biopolítica”, “governamentalidade”, “cuidado de si”, entre outras apresentadas no projeto de pesquisa, requer uma um tempo maior de escrita, problematização, e de apresentação de tais conceitos.

A pesquisadora tem consciência relatando que “as inquietações expressas nos parágrafos anteriores tangenciaram muitos conceitos foucaultianos, os quais inevitavelmente precisarão ser mais e melhor trabalhados e sua aproximação ao meu objeto de estudo aprofundada [...] Acredito que, se acionados a partir de outros autores que também os trabalharam, será possível ampliar as possibilidades de análise e reflexão acerca da temática em estudo”.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram anexados os documentos pertinentes a pesquisa e exigidos pela CONEP e pelo CEP GHC.

### **Recomendações:**

O Projeto versa sobre questões dos estudos foucaultianos, dessa forma, cabe lembrar que a utilização de alguns termos entra em conflito com o que o autor desenvolve em suas pesquisas, como o uso da palavra reflexão. É importante ter presente que alguns desdobramentos metodológicos são bastante utilizados, enquanto procedimento de pesquisa e análise de dados, como, para ficar em dois exemplos, Análise de Discurso ou formulações discursivas e Arqueogenealogia, sem contar a visibilidade e legibilidade que tais processos podem disparar.

Salienta-se a necessidade de tais problematizações, enquanto produto de pesquisa e de tese, criando condições de possibilidade para tal aporte teórico tomar corpo conceitual, para ser trabalhado como agenciamento do pensamento, em uma tentativa de aproximação com a temática a ser pesquisada, dando mais consistência ao título do projeto, “pelas lentes de Michel Foucault” de acordo com as concepções éticas e metodológicas do projeto.

Por fim, o próprio conceito de “Práticas” muito utilizado por Michel Foucault e debatido por alguns comentadores pode ser trabalhado pela pesquisadora no decorrer de sua pesquisa.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está adequado quanto aos aspectos éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo   | Postagem               | Autor                         | Situação |
|---|---|------------------------|-------------------------------|----------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEdoutorado12ago2019.pdf                        | 12/08/2019<br>17:52:29 | Rogério Farias Bitencourt     | Aceito   |
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1400402.pdf     | 12/08/2019<br>17:23:55 |                               | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_DOUTORADO_UFRGS_VE_RSAO_CEP_GHC_12_08.pdf | 12/08/2019<br>17:21:11 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | Lattes_Fernanda_Mattioni.pdf                      | 12/08/2019<br>17:18:40 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | Lattes_Cristianne.pdf                             | 12/08/2019<br>17:17:55 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | Documentos_CEP.pdf                                | 10/07/2019<br>17:15:30 | MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf  | 29/05/2019<br>20:57:17 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_DOUTORADO_UFRGS_VE_RSAO_CEP.pdf           | 29/05/2019<br>20:57:02 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | termos_referencia_GHC.pdf                         | 29/05/2019<br>20:49:54 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | termo_compromisso_entrega_relatorio_GHC.pdf       | 29/05/2019<br>20:47:34 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | parecer_CEPAPS_GHC.pdf                            | 29/05/2019<br>20:44:26 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | relacao_integrantes_pesquisa.pdf                  | 29/05/2019<br>20:43:31 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |
| Outros  | autorizacao_gestor_GSC_GHC.pdf                    | 29/05/2019<br>20:39:39 | Fernanda Mattioni             | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Agosto de 2019.

Assinado por:

**Daniel Demétrio Faustino da Silva**  
**(Coordenador(a))**