

# UM CLAMOR PELA AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE: CAPRICHOS ACADÊMICO OU NECESSIDADE POLÍTICA?

Marco Akerman<sup>1</sup>, Ana Claudia C. G. Germani<sup>2</sup>

---

## RESUMO

No campo da Saúde Coletiva cunhou-se a expressão “determinação social do processo saúde-doença” para indicar a complexidade das causas, efeitos, consequências e respostas necessárias na abordagem dessa tríade. Essa expressão clama por um conceito ampliado de saúde. Entretanto, há um imaginário social em formação que restringe a saúde à busca por serviços sanitários e, mais deletério ainda, propaga a ideia de que ter saúde é poder comprar serviços da iniciativa privada. Este artigo quer dialogar com os leitores sob a égide da seguinte pergunta: “A ampliação do conceito de saúde é um capricho acadêmico ou uma necessidade política?”. Logo de saída, os autores respondem que tal ampliação é, sim, uma necessidade política. O desafio é que não basta explicitar essa posição, há que se produzir modos de responder a essa necessidade, entendendo que, por ser política, envolve disputas de poderes e narrativas que buscam atrair corações e mentes para suas respectivas hostes. Em outras palavras, envolve disputas de imaginários na arena pública. Mostra-se neste artigo que, apesar de existirem muitas oportunidades para a ampliação do conceito de saúde, a batalha vem sendo ganha pelo seu conceito restrito. Há alternativas, e aqui serão apresentadas.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva. Promoção da Saúde. Conceito Ampliado de Saúde. Imaginário Social em Saúde.

## ABSTRACT

The Collective Health movement coined the expression “social determination of the health-disease-care process,” to indicate the complexity of the causes, effects, consequences, and answers needed to address this

- 
- 1 Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, com mestrado e doutorado pela Universidade de Londres, nas áreas de ensino e pesquisa: avaliação de políticas, programas e serviços; determinação social do processo-saúde-doença-cuidado; intersetorialidade; pesquisa participativa de base comunitária; desenvolvimento sustentável e promoção da saúde. E-mail: marco.akerman@gmail.com.
  - 2 Professora da Faculdade de Medicina da USP, com mestrado e doutorado pela mesma instituição. Pesquisa a promoção da saúde articulada aos seguintes temas: atenção primária a saúde (APS), competências profissionais, educação interdisciplinar/interprofissional (EIP) e educação apoiada em tecnologias digitais. E-mail: ana.germani@fm.usp.br.

triad. This expression calls for an expanded concept of health. However, there is a social imaginary that is becoming restricted to health, the search for health services, and even more deleterious, conveying the idea that having health is being able to buy services from the private sector. This article wants to dialogue with readers under the aegis of the following question: “Is the expansion of the concept of health an academic caprice or a political need?” And at the beginning, the authors reply that this expansion of the concept of health is a political necessity. But the challenge is that it is not enough to explain this position, it is necessary to produce ways of doing it, and if it is politics, there are disputes of powers and narratives that seek to attract hearts and minds to their respective hosts. In other words, there are imaginary disputes in the public arena. We will show that there are many opportunities for expanding the concept of health, but the restricted concept of health has won this battle. But there are alternatives and here we will present them.

**Keywords:** Collective Health. Health Promotion. Expanded Health Concept. Health Social Imaginary.

#### **PONTO DE PARTIDA**

Os autores deste artigo são professores universitários do campo da Saúde Coletiva<sup>3</sup> brasileira e vêm desenvolvendo suas atividades de ensino e pesquisa acadêmica na área de promoção da saúde. Ambos são médicos, não definem saúde como ausência de doenças, entendem que a produção da saúde vai além dos cuidados médicos e dos serviços de saúde e que medicamentos e cirurgias são apenas uma parte do repertório de ações de cuidado disponíveis para atender às necessidades de saúde das pessoas.

A Saúde Coletiva não trata de saúde e doença como polos binários. Concebe-as como processos sociais e, portanto, cunhou a expressão “determinação social do processo saúde-doença” para indicar a complexidade das causas, efeitos, consequências e respostas necessárias na abordagem dessa tríade (BORDE et al., 2015).

Essa expressão clama por um conceito ampliado de saúde. Entretanto, há um imaginário social em formação que restringe a saúde à busca por

---

3 O termo tem origem na América Latina na década de 1970 (SILVA et al., 2019). Os profissionais de saúde coletiva se reúnem na Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, que realiza os Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; de Epidemiologia; de Ciências Sociais e Humanas na Saúde; de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, bem como os Simpósios Brasileiros de Vigilância Sanitária e de Saúde e Ambiente. Ver: <<https://www.abrasco.org.br/site/>>.

serviços sanitários e, mais deletério ainda, propaga a ideia de que ter saúde é poder comprar esses serviços da iniciativa privada.

Este artigo quer dialogar com os leitores sob a égide da pergunta que o intitula: “A ampliação do conceito de saúde é um capricho acadêmico ou uma necessidade política?”. Como defende Batistella (2007), embora sejam “recortes parciais de uma realidade sempre mais complexa, são os conceitos que nos possibilitam rediscutir as intervenções sobre esta mesma realidade”.

E começamos dando um *spoiler*, pois não deixaremos a resposta a essa pergunta para o final: respondemos, logo de saída, que não se trata de um capricho acadêmico, e que, ao contrário, é urgente ampliar o conceito de saúde na arena pública como uma necessidade política. Política com P maiúsculo, no sentido de definir na *res publica* que saúde é um direito humano, e não uma mercadoria a ser leiloadada no mercado.

Um direito que assegura saúde e bem-estar às pessoas e suas famílias e, também, direito de segurança na doença (DUDH, 2009). Aqui já ficam marcadas sutilmente as diferentes racionalidades que envolvem os conceitos de saúde e doença (AYRES, 2007). É importante pontuar, ainda que de forma breve, que esses conceitos variam ao longo da história (BATISTELLA, 2007).

O desafio é que não basta explicitar essa posição, há que se produzir modos de ampliar o conceito de saúde, assumindo que, se essa necessidade é política, ela envolve disputas de poderes e narrativas que buscam atrair corações e mentes para suas respectivas hostes. Em outras palavras, envolve disputa de imaginários na arena pública, e para avançar precisamos acionar lições aprendidas sobre a reivindicação de direitos, isto é, ter clareza sobre o que se quer e quem são os tomadores de decisão (LIBARDONI, 2000).

Vamos mostrar que, apesar das muitas oportunidades existentes para a ampliação do conceito de saúde, a batalha vem sendo ganha pelo seu conceito restrito. Somos agentes de mudança e, como tais, precisamos de fluência para comunicar e, assim, transformar conhecimentos e evidências científicas em influência sobre os diferentes níveis de formadores de opinião e tomadores de decisão (GERMANI; AITH, 2013).

Há alternativas, e convidamos cada leitor e leitora deste artigo para nos acompanhar em sua busca. A proposta é um andar individual, de cada leitor ou leitora, e ao mesmo tempo, um andar coletivo. Convidamos cada leitor e leitora para o deslocamento físico dos olhos pelas palavras, acompanhado pelo deslocamento psíquico e mental que nos aproxime (JOLÉ, 2005).

Este artigo/percurso, trilhado já por tantos acadêmicos que se debruçam sobre o conceito de saúde, agora é mapeado e apresentado em três partes: o caminhar, os encontros e diálogos no caminho, o horizonte.

### **O CAMINHAR: OPORTUNIDADES PERDIDAS?**

Ayres (2007), em sua bela e consistente reflexão sobre uma concepção hermenêutica de saúde, lança a pergunta: “Se neste exato momento fosse perguntado a você, leitor ou leitora, se está saudável, o que responderia?”. Aqui, para nosso percurso, pedimos que faça o exercício mental-corporal-emocional de responder:

### **COMO ANDA SUA SAÚDE?**

Aprofunde um pouco mais e responda: quais parâmetros você levou em consideração?

A avaliação da própria saúde é influenciada tanto por aspectos socio-demográficos, hábitos de vida e presença de morbidades (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013), tanto por características da vizinhança como avaliação de aspectos estéticos e da mobilidade, qualidade dos serviços, (des)ordem física e social (RODRIGUES et al., 2015).

As fotos abaixo (figura 1), de anúncios no metrô de São Paulo, tiradas em 2019, resultam do caminhar pela cidade e sinalizam a influência de aspectos ambientais, sociais, econômicos na construção do imaginário social.

Figura 1 - Anúncios de empresa privada de saúde no metrô de São Paulo





Fonte: AKERMAN et al., 2014.

Ainda observando a publicidade veiculada no metrô paulistano, uma recém-criada empresa privada de serviços de “saúde popular” (<https://ciadaconsulta.com.br/>) apela à sensibilidade familiar da mãe provedora e cuidadora ao estampar o seguinte texto em seu anúncio:

“Saúde pra mim é ter uma clínica de confiança para cuidar da minha família inteira” – Renata, 43 anos:

- Ginecologia para mim
- Pediatria para os meus filhos
- Geriatria para minha mãe
- Ortopedia para o marido

Anúncios como estes vão tomando de assalto corações e mentes e construindo um imaginário social no qual saúde é sinônimo de consumo de serviços. A saúde vai cada vez mais sendo reduzida à compra de serviços.

Em nossas andanças é comum encontrarmos comunicações de saúde que tratam o público como consumidor ou focadas na informação. Defendemos aqui, a *media advocacy*, estratégia proposta para levantar vozes em um processo democrático, usando políticas para mudar sistemas e condições (DORFMAN; KRASNOW, 2014).

Outra oportunidade em nosso caminhar são as campanhas eleitorais, momento privilegiado para essa disputa política e construção de imaginário. Quando o tema “saúde” é sorteado em debates eleitorais televisionados,

a pergunta que logo se dirige ao candidato é sempre restrita ao seu plano para os serviços sanitários, como por exemplo: “Candidato, quais são os seus planos para as UPAs?”.

O mundo político é complexo e dinâmico. A pesquisa, por sua vez, produzida sobretudo por métodos mistos, pode ser valiosa nos esforços de reivindicar a saúde, em sua compreensão ampliada, como direito. Cabe a nós, individualmente e sobretudo coletivamente, aproveitar as “janelas de oportunidade” que se abrem e fecham rapidamente para demonstrar conhecimento e credibilidade (FARRER et al., 2015).

Datas comemorativas podem, também, constituir oportunidades de diálogo sobre o conceito de saúde. E a ONU, a partir da OMS, cria uma destas oportunidades preciosas: todos os anos, em 7 de abril, celebra o “Dia Mundial da Saúde”, que deveria se nutrir do conceito ampliado e positivo<sup>4</sup> de saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Em 2019, o tema foi “Saúde Universal: Para todas e todos em todos os lugares”. Uma oportunidade e tanto para a organização de eventos que debatessem o tema e ampliassem o conceito de saúde.

Ao mesmo tempo, nessa data tão importante, lá estão os grandes hospitais colaborando com a campanha mundial, mas oferecendo seus serviços de checkup, pois “a prevenção ainda é a abordagem mais indicada, simples e eficaz. Realizar regularmente *check-ups* – de acordo com o perfil e faixa etária de cada um...”<sup>5</sup>.

Suspeitamos que essas janelas de oportunidade que se abrem nos espaços cotidianos da vida urbana contemporânea, em que a saúde ocupa o centro do palco e que poderiam favorecer o fortalecimento do conceito ampliado de saúde, vêm sendo perdidas.

E quais os efeitos disso? Um dos mais importantes é fazer com que se vá perdendo a percepção de viver a saúde como uma aspiração social de bem-estar, produzida coletivamente e articuladamente no bojo das políticas sociais (AKERMAN et al., 2014).

Mas mudanças sociais pressupõem imaginar mundos outros. Há que se transformar o modo como estamos no mundo e como imaginamos e produzimos mundos. Há mundos em disputa e modos de viver radicalmente diferentes.

---

4 O conceito positivo de saúde, entendida como o conjunto de recursos, ativos e poder salutogênicos, contrapõe-se à sua concepção positivista e cartesiana (ANTONOVSKI, 1987).

5 Disponível em: <<https://www.hcor.com.br/imprensa/noticias/dia-mundial-da-saude/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

Safatle (2017) nos provoca à reflexão sobre como agir na diferença: “Faz parte de um iluminismo pueril a crença de que o outro não pensa como eu porque ele não compreendeu bem a cadeia de argumentos”.

Há, então, que se “desativar afetos”, expressão também usada por Safatle, nesse processo de disputa de imaginar mundos, no nosso caso o “mundo da saúde”, que demanda um combate sem trégua na disputa do imaginário social de outra saúde. E, como nos lembram Dilger, Lang e Pereira Filho (2016), essa disputa busca outra cosmovisão, que pressupõe descolonizar o imaginário, no sentido de “construir alternativas ao desenvolvimento”, ampliando o conceito de saúde para além do de mercadoria que é comercializada como um produto de compra e venda e não como direito humano.

Os treze ensaios reunidos nesse livro *Descolonizar o Imaginário* imaginam outro mundo em que desenvolvimento não poderia ser

entendido hegemonicamente como um processo linear, ininterrupto, associado à “dominação da Natureza”, reduzido ao acúmulo incessante de mercadorias. Predomina aqui uma perspectiva crítica em relação à feticização da técnica, convertida em reles instrumento para promover a racionalidade capitalista. No lugar do excludente e autoritário lema “ordem e progresso”, tão caro aos regimes pouco democráticos brasileiros, sugere-se uma narrativa radicalmente polifônica e diversa como horizonte para nossas construções coletivas. (DILGER et al., pp. 18-9).

Não se trata, porém, apenas da imprescindível crítica da coisificação do ser humano, submetido a uma modernidade infecunda, esterilizada de sentidos. Os autores partem do resgate da tradição latino-americana – e do diálogo com os saberes de seus povos ancestrais invisibilizados pelo pensamento eurocêntrico – para assim desvendar novas articulações e novos horizontes para o continente. E um aspecto fundante dessa abordagem é a proposição de um convívio ressignificado com a Natureza, a partir de uma relação pautada não mais pela instrumentalização, mas pela harmonia e pela autodeterminação.

## **OS ENCONTROS E OS DIÁLOGOS PARA PRODUZIR OUTROS FUTUROS**

O acesso a serviços de saúde como direito humano é parte da luta e do escopo da Saúde Coletiva, mas “promover saúde” é seu coração. A seguir nos aproximamos de momentos históricos decisivos.

O conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável.

A professora (...) Angélica Fonseca explica que o conceito ampliado de saúde foi formulado a partir de desdobramentos de lutas de militantes e profissionais da área desde décadas anteriores que tentavam ampliar a compreensão sobre saúde. “Ao adotar este conceito ampliado, há um deslocamento do que era o trabalho central na saúde, que era sustentado pelo conhecimento médico, que é também o trabalho da enfermagem mais clínica e que atua com uma dimensão mais biológica e curativa da compreensão de saúde. Então, com a ampliação, se traz todo o universo de ações da promoção, da prevenção e se convoca um olhar para refletir sobre determinantes sociais e interações das ações de saúde em outros níveis da sociedade e com outros setores”, diz.

De acordo com a sanitarista, dessa forma há uma reivindicação de articulação da saúde com outros setores, como a educação, o transporte e o trabalho, por exemplo, e, em última dimensão, colocando a saúde também no campo da economia. “Pensar a saúde também como um elemento que se torna condição das situações de vida e se relaciona com a questão da distribuição de riqueza. Isso põe outra perspectiva para o sistema”, afirma (JÚNIA, 2011).

Gastão Wagner de Sousa Campos amplia mais ainda o conceito ampliado de saúde:

“No Brasil, a constituição da área de saúde coletiva é feita a partir de uma concepção ampliada de saúde que valoriza o tema da determinação social do processo de saúde e doença. Isso fez com que o Brasil criasse outra visão da saúde pública e das próprias práticas médicas, clínicas a partir desse conceito ampliado”, comenta.

Ele conta que desde a década de 1960 vários cientistas sociais, médicos sanitaristas, enfermeiros e outros profissionais, por meio de estudos e reflexões, foram criticando a visão positivista da saúde, muito centrada na doença, e construindo a saúde coletiva. Ao mesmo tempo, em outros países havia movimentos também questionadores dessa visão tradicional. (...) “Existem também alguns setores da saúde coletiva que consideram que a determinação social do processo de saúde e doença daria conta, sozinha, de uma visão ampliada de saúde. Temos que pensar em tudo: nos planos sociais, no plano de influência da afetividade e subjetividade e no plano orgânico também, pois há fatores orgânicos – genéticos, de idade e outros – que influenciam a saúde”, sintetiza (ibidem).

Por oposição, o que seria um conceito restrito de saúde? Rozemberg e Minayo (2001), em um artigo seminal sobre pensamento complexo e olhares reducionistas, nos ajudam neste diálogo:



No campo da saúde o reducionismo mais visado é o do saber biomédico, que classicamente comporta uma visão de saúde reduzida a de “ausência de doença”, privilegiando os determinantes biológicos em detrimento dos sociais na interpretação dos fenômenos saúde e doença. Para Tesser et al. (1998) a atual crise da atenção à saúde está ligada ao exercício cotidiano desse saber biomédico, cuja racionalidade procura “fatos” numa relação de causalidade linear e mecânica. A base do saber biomédico é no dizer de Queiroz (1986) “o paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna”. Segundo Luz (1998) a objetivização científica das doenças instaurou um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença o que interessa ao médico, não mais os adoecimentos e curas dos sujeitos doentes. A tal ponto a biomedicina deslocou-se do mundo real da vida cotidiana, vivida pelos sujeitos doentes, que a maior parte dos relatos dos doentes hoje é desconsiderada pelo profissional de saúde como constituinte de seu objeto de saber e prática (TESSER et al. 1998). As consequências desastrosas desse paradigma que exclui a própria experiência dos sujeitos no âmbito da cultura em saúde são descritas em Illich (1995) e consagrada no termo “medicalização” da vida e da sociedade. Além da geração infinita de novas necessidades a serem satisfeitas exclusivamente por uma mediação técnica complexa e custosa e da consequente tecnificação do atendimento a serviço do capital industrial, outra consequência do positivismo mecanicista na biomedicina estaria na focalização da saúde–doença sempre no nível individual de responsabilização e de intervenção. Isso tem a ver com o fato de que um olhar fragmentado e intervencionista deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença (p. 116).

Dezenove anos se passaram desde a publicação desse artigo, e o mundo não para de mudar. Forma e conteúdo em tensão permanente. Mudanças importantes na graduação dos profissionais de saúde são dignas de nota, mas talvez não suficientes para reduzir o “olhar fragmentado e intervencionista” do cuidado em saúde, “que deixa pouco espaço para a compreensão do contexto onde se desenrolam, no mundo vivido, os processos saúde-doença.

Contribuindo com isso, novos arranjos tecnológicos vão apagando a pegada humana no cuidado, e retrocessos no financiamento público da saúde – no Brasil e no mundo (LABONTÉ; STUCKLER, 2016) – vão favorecendo o aumento da mercantilização na oferta de serviços de saúde.

Essa intenção clama por um conceito ampliado de saúde, que foi enunciado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) como

a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (p. 4).

Essa conferência influenciou a Constituição brasileira de 1988, que consagra o papel das políticas sociais e econômicas na produção da saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O material assinalado até aqui mostra que há argumentos provenientes de teorias, pesquisas, movimentos, arcabouços jurídicos que sustentam o conceito ampliado de saúde.

## HORIZONTES

Há que se evoluir da hierarquia biodemográfica – célula, órgão, tecido, corpo, ambiente – para uma hierarquia sociocultural – sujeito, família, território, sociedade (ALMEIDA FILHO, 2011).

Nesta esfera, cabe apontar o surgimento de novos termos, como a saúde única, definida como união indissociável entre a saúde animal, humana e ambiental (ZINSSTAG et al., 2011), e a saúde planetária, proposta em 2017 com a inclusão da sustentabilidade e da vida humana no planeta sob uma ótica cada vez mais integrativa, transdisciplinar e global (THE LANCET PLANETARY HEALTH, 2019).

Uma primeira aproximação do horizonte: *Reconhecer a nova hierarquia e a trama/sistema que ela compõe* nos ajuda a nos aproximarmos do horizonte do conceito ampliado de saúde.

Esse reconhecimento demanda superar três desafios:

- 1) Desafios da imaginação: por exemplo, como desenvolver outras medidas que não apenas as econômicas para medir o sucesso e tomar decisões? Como delinear outros modos de produção e consumo?
- 2) Desafios da pesquisa: por exemplo, como estimular mais pesquisas transdisciplinares?
- 3) Desafios de governo: por exemplo, como governos podem reconhecer a eficácia social e econômica em abordar os determinantes sociais da saúde? Como governos podem articular recursos de setores distintos para potencializar políticas sociais?

Quando instigadas e provocadas a expressar a concepção de saúde em seu cotidiano, crianças de 9 a 10 anos percebem o entrelaçamento entre a saúde, os determinantes sociais e o território (MORÉS; SILVEIRA, 2013). Com base na construção do Mapa Falante<sup>6</sup> como dinâmica de criatividade e sensibilidade, que dá voz às crianças em um território, foi possível promover a discussão sobre a saúde a partir de seus determinantes e seguir acercando-se do horizonte: educar, instigar, provocar em uma perspectiva dialógica, transformadora. Gramsci produziu uma obra infantil simples e sofisticada, que mostra como podemos reivindicar direitos em prol da promoção da saúde e do bem-estar coletivo (GARISTA et al., 2015) como um exemplo pioneiro de mapa falante. Uma narrativa curta, com personagens surpreendentes (um rato, uma montanha), ajuda na formação criativa e reflexiva em promoção da saúde. Uma formação que ativa a minha, a sua, a nossa presença no mundo; a minha, a sua, a nossa intervenção no mundo (FREIRE, 1996).

Outro movimento em direção ao horizonte: *Intervir conjuntamente no mundo*.

No início do artigo chamamos a atenção para o fato de sermos professores universitários do campo da Saúde Coletiva. É chegado o momento de refletir se a nossa prática docente vem contribuindo para essa aproximação do horizonte aqui delineado.

O que temos feito em ensino contribui para o conceito ampliado de saúde? Mais que apresentar uma mera descrição curricular, cabe demonstrar criticamente um dos nossos esforços no ensino da graduação nesta direção.

Sem nenhuma intenção instrumental, talvez a explicitação de alguns caminhos metodológicos e conceituais por nós adotados possam ser úteis para a reflexão e aplicação por parte das leitoras e leitores que, porventura, também desempenhem atividades de ensino-aprendizagem em Promoção da Saúde.

Esse movimento de ensino-aprendizagem aqui selecionado tem como aposta instigar, problematizar, debater e desativar afetos em relação ao conceito de saúde. A cidade e seus habitantes, o modo de ocupação de suas ruas e avenidas coloca o espaço urbano em cena, como palco possível da percepção da ampliação do conceito de saúde pelos estudantes<sup>7</sup>.

---

6 Metodologia que combina várias técnicas de pesquisas em modos criativos e sensíveis de representação gráfica para ampliar processos comunicacionais de compreensão e disseminação dos achados de pesquisa, abrindo espaço para vozes usualmente excluídas se manifestarem.

7 Essa experiência já foi aplicada em curso de graduação em Saúde Pública, em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, em cursos de extensão sobre Promoção da Saúde e Saúde Planetária, sendo compartilhada também com professores da Educação Básica.

Eles são estimulados a fazer percursos a pé na cidade de São Paulo. Utilizam como inspiração o texto “Reconsiderações sobre o ‘andar’ na observação e compreensão do espaço urbano”, de Michèle Jolé, já referenciado neste artigo:

A cidade se apresenta à flor da pele, e o andar permite vê-la, compreendê-la (...) Essa exploração é, ao mesmo tempo, importante e crítica. Ela se constitui um instrumento de reflexão sobre as formas, os usos, a história, os sentidos dos espaços percorridos (pp. 423; 424).

### **Uma descrição geral da tarefa**

Categoria analítica: o *urbano* como determinante social da saúde, para ampliar o conceito de saúde.

Objetivo: Detecção de sinais de Promoção da Saúde em locais selecionados de São Paulo: Caminhada da Faculdade de Saúde Pública até o Mercado Municipal; da FSP até o fim da avenida Paulista; da FSP até o parque do Ibirapuera; da FSP até o fim da rua Augusta. Caminhar por estes pontos sugeridos na cidade, estimulados por um conjunto de perguntas, e analisar ao final o que viram os olhos, escutaram os ouvidos, cheiraram as narinas, pensou a mente e sentiu o coração em relação aos territórios percorridos.

Proposta de um roteiro para a atividade externa. (Orientação geral: não é necessário seguir o roteiro à risca!)

- Que pensamentos nos ocorreram com a proposta da atividade?
- Para onde fomos?
- Que percurso foi feito?
- Em quanto tempo desenvolvemos a atividade?
- Como andamos? Rapidamente? Devagar?
- Quem vimos?
- O que vimos?
- O que sentimos?
- O que nos marcou mais?
- Conte-nos um caso da caminhada sobre pessoas, lugares e relações.

Sugere-se gravar e/ou filmar e/ou fotografar.

Ao final da caminhada: roda de conversa para destacar o visto, ouvido, pensado, sentido, cheirado.

Numa dessas caminhadas, o grafitti abaixo deu o mote para o debate sobre ampliação do conceito de saúde; nessa imagem, segundo a fala de um estudante: “a infância, mesmo roubada, pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, representados pela aranha, a cobra e o escorpião, que estão aos pés da criança, não impedem que ela na sua luta por produção de saúde possa alcançar o conhecimento”.



Deixamos aqui uma pequena contribuição para outras e outros que queiram analisar suas experiências docentes em Promoção da Saúde na graduação dos profissionais de saúde (e outras profissões) por meio de narrativas.

As narrativas devem expor as representações do autor sobre sua experiência docente em análise, especificando a qual disciplina se refere e realizando uma narrativa por disciplina.

Estas narrativas visam a produção de um diálogo entre as experiências realizadas e as possibilidades de aplicação e de transformação da realidade.

As narrativas podem ser elaboradas levando-se em conta:

Curso de Graduação

Nome da Disciplina (Obrigatória? Eletiva?)

Carga Horária

Média de participantes

Referência/Artigo de base da Disciplina (se houver)

Objetivos

Metodologias utilizadas

Atividades de campo

Foco específico ou explícito em alguma competência da Promoção da Saúde? (ver [https://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core\\_Competencies\\_Standards\\_linkE.pdf](https://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core_Competencies_Standards_linkE.pdf)).

Que categorias da Promoção da Saúde são priorizadas? Determinação Social? Determinantes Sociais? Participação Social? Intersetorialidade? Ações multiestratégicas? Empoderamento? Equidade? Sustentabilidade? Autonomia? Ativos? Salutogenese? Qualidade de Vida? Concepção Holística? Outras?

Ao narrar, reconstruímos o mundo vivido. E, mais do que isso, dotamos os fatos e vivências narrados de sentido(s) e clareza. Quando narramos, fazemos inevitáveis recortes que não necessariamente nos obrigam a perder o contexto, uma vez que aquilo que destacamos pode – ao mesmo tempo – ressaltar o que se elencou como objeto/foco de análise.

Dependendo de como articulamos conteúdo e forma, a narrativa pode tomar contornos de uma crônica, um conto, uma peça teatral ou uma fábula, dentre tantas outras. Uma narrativa pode vir entremeada de falas e pensamentos dos atores envolvidos na situação, possibilitando sempre que os diversos pontos de vista envolvidos sejam expressos.

As narrativas devem corresponder a experiências ligadas às atividades docentes e que sejam consideradas “críticas”, no sentido da reflexão sobre um especial esforço, sobre as tomadas de decisões e ações com seus respectivos desdobramentos. Devem apontar as contradições e os questionamentos envolvidos, tanto em relação aos próprios valores e atuação como dos demais participantes mobilizados. A possibilidade de a narrativa contemplar diferentes posições dos diversos atores envolvidos já é um exercício para a ampliação da nossa leitura e análise de conjuntura.

Assim como um relato de vida, uma narrativa pode: refletir dúvidas, emoções e reflexões. Recomenda-se que sejam preservados os nomes reais das pessoas envolvidas e do cenário escolhido, favorecendo transposições para as diferentes realidades de quem venha a processar a narrativa e a produção de novos conhecimentos a partir das histórias compartilhadas.

Quanto à forma de apresentação, recomenda-se que a narrativa contenha: (i) cabeçalho com identificação da atividade e data de elaboração e/ou apresentação, quando pertinente; (ii) título que expresse o foco da narrativa sem, no entanto, antecipar o que será abordado, evitando a redução de possibilidades de interpretação, e (iii) texto com redação clara, que seja de leitura agradável e desperte o interesse.

Estar aberto para o encontro com o outro, com os outros. O poder do diálogo aparece como chave para o processo saúde-doença que produza compartilhamentos e propicie a apropriação com o que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido.

Diálogo na perspectiva hermenêutica, isto é, como a  *fusão de horizontes!* (AYRES, 2007)

Esperamos que o clamor pela ampliação do conceito de saúde tenha sido ouvido ao longo do percurso deste artigo. Esperamos que a necessidade política tenha sido delimitada, contornada, marcada.

Este trecho compartilhado da jornada termina aqui, esperamos outros encontros.

“O andar funda o olhar... O caminho está aberto” (JOLÉ, 2005).

## REFERÊNCIAS

- AKERMAN, Marco, et al.. “Intersetorialidade? IntersetorialidadeS!”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, pp. 4.291-4.300, 2014.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ANTONOVSKY, Aaron. *Unraveling the Mystery of Health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- AYRES, José Ricardo C. M. “Uma concepção hermenêutica de saúde”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, pp. 43-62, abr. 2007.
- BATISTELLA, Carlos. “Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica”. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007, pp. 25-49.
- BORDE, Elis; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo F. S. “Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, pp. 841-54, jul./set. 2015.

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Presidência da República, 1988.
- CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986, 29 p.
- DILGER, Gerhard; LANG, Miriam; PEREIRA FILHO, Jorge (org.). *Descolonizar o imaginário: debates sobre pós-extratativismo e alternativas ao desenvolvimento*. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo, 2016.
- DORFMAN, Lori; KRASNOW, Ingrid D. “Public Health and Media Advocacy”. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v. 35, n. 1, pp. 293-306, mar. 2014.
- DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2009 [1948]. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>.
- FARRER, Linden et al. “Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review”. *The Milbank Quarterly*, Londres, v. 93, n. 2, pp. 392-437, 2015.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GARISTA, Patrizia et al. “The Mouse Gave Life to The Mountain: Gramsci and Health Promotion”. *Health Promotion International*, Londres, v. 30, n. 3, pp. 746-55, set. 2015.
- GERMANI, Ana Claudia C. G.; AITH, Fernando. “Advocacia em promoção da saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde”. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 14, n. 1, pp. 34-59, mar./jun. 2013.
- JOLÉ, Michèle. “Reconsiderações sobre o ‘andar’ na observação e compreensão do espaço urbano”. *Caderno CRH*, Salvador, v. 18, n. 45, pp. 423-29, set./dez. 2005.
- JÚNIA, Raquel. “Conceito ampliado de saúde pode ajudar a saber se uma população é saudável”. *Agência Focruz de Notícias*, 04/04/2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2Xg3TGi>>. Acesso em: 21 fev. 2020.
- LABONTÉ, Ronald; STUCKLER, David. “The Rise of Neoliberalism: How Bad Economics Imperils Health and What to Do about It”. *Journal of Epidemiology Community Health*, Londres, v. 70, n. 3, pp. 312-8, 2016.
- LIBARDONI, Marlene. “Fundamentos teóricos e visão estratégica da advocacy”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, pp. 167-9, 2000.
- MORÉS, Fernanda B.; SILVEIRA, Esalva M. C. “Unveiling the Notion of Health in a Group of Children Included in Health Promotion Activities”. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, pp. 241-50, abr./jun. 2013.
- PAVÃO, Ana Luiza B.; WERNECK, Guilherme L.; CAMPOS, Mônica R. “Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-34, abr. 2013.



- RODRIGUES, Daiana E. et al. “The Place Where You Live and Self-Rated Health in a Large Urban Area”. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n.supl. 1, pp. 246-56, 2015.
- ROZEMBERG, Brani; MINAYO, Maria Cecília S. “A experiência complexa e os olhares reducionistas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, pp. 115-23, 2001.
- SAFATLE, Vladimir. “Um fascista mora ao lado”. *Folha de S.Paulo*. São Paulo, 3 março 2017.
- SILVA, Marcelo J. S.; SCHRAIBER, Lilia B.; MOTA, André. “O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica”. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2019.
- THE LANCET Planetary Health. “The Bigger Picture of Planetary Health” (introduction). *The Lancet Planetary Health*, Amsterdã, v. 3, n. 1, p. e1, jan. 2019.
- ZINSSTAG, Jakob; SCHELLING, Esther; WALTNER-TOEWS, David; TANNER, Marcel. “From ‘One Medicine’ to ‘One Health’ and Systemic Approaches to Health and Well-Being”. *Preventive Veterinary Medicine*, Amsterdã, v. 101, n. 3-4, pp. 148-56, 2011.