

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Mariana Morette Pan

Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social

Rio de Janeiro

2017

Mariana Morette Pan

Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, vigilância e avaliação das condições de saúde

Orientador: Prof. Dr. Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas

Coorientador: Prof. Dr. Gil Sevalho

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P187a Pan, Mariana Morette.

Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social / Mariana Morette Pan. -- 2017.

133 f. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Carlos Machado de Freitas.

Coorientador: Gil Sevalho.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2017.

1. Promoção da Saúde. 2. Cultura. 3. Educação da População.
4. Educação em Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613

Mariana Morette Pan

Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Território, vigilância e avaliação das condições de saúde

Aprovada em: 5 de maio de 2017.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Patricia Silva Dorneles
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Eduardo Navarro Stotz
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Gil Sevalho (Coorientador)
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dr. Carlos Machado de Freitas (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2017

Hoje eu completei oitenta e cinco anos. O poeta nasceu de treze. Naquela ocasião escrevi uma carta aos meus pais, que moravam na fazenda, contando que eu já decidira o que queria ser no meu futuro. Que eu não queria ser doutor. Nem doutor de curar nem doutor de fazer casa nem doutor de medir terras. Que eu queria era ser fraseador. Meu pai ficou meio vago depois de ler a carta. Minha mãe inclinou a cabeça. Eu queria ser fraseador e não doutor. Então, o meu irmão mais velho perguntou: Mas esse tal fraseador bota mantimento em casa? Eu não queria ser doutor, eu só queria ser fraseador. Meu irmão insistiu: Mas se fraseador não bota mantimento em casa, nós temos que botar uma enxada na mão desse menino pra ele deixar de variar. A mãe baixou a cabeça um pouco mais. O pai continuou meio vago. Mas não botou enxada.

BARROS, 2008, p.39.

Aos meus pais.
Sem eles essa trajetória certamente não seria possível.
Longe ou perto, sempre minha morada.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Carlos Machado e Gil Sevalho por confiarem na construção deste percurso, pela disponibilidade e por toparem o desafio de me orientarem por fronteiras inusitadas.

À Marize, por tanto contribuir para a produção desse trabalho - teórica e afetivamente.

À Rosely, que ao longo de todo processo acreditou nessa empreitada e auxiliou no desenho desse estudo.

Aos professores da ENSP que, de alguma forma, fizeram parte dessa minha trajetória e compartilharam tantos ensinamentos.

Ao Eduardo Stotz e à Patrícia Dorneles, pelos valiosos apontamentos.

Às minhas queridas companheiras de mestrado e de vida, Vivi e Stef, pelas contribuições acadêmicas, incentivo, e, sobretudo, pelo encontro que fez e faz lar nessa terra. Não teria sido possível concluir essa travessia sem a presença de vocês.

Ao Fabricio, por dividir as durezas e a poesia desse processo de criação. E claro, por ter me apresentado com tanto afeto a linda Belém.

À turma de mestrado de 2015, pelos valiosos olhares e pelas trocas ao longo desses dois anos.

A todos aqueles que em minha trajetória acadêmica e profissional produziram marcas que me constituem hoje: usuários, professores, supervisoras, preceptores e trabalhadores.

Aos meus companheiros de trabalho e ao IFRJ que me deram todo apoio para que pudesse concluir essa empreitada.

Aos estudantes do Instituto que me ensinam cotidianamente sobre o que é ser professora.

À Carol, por todo apoio, amizade e parceria. Por ser fundamental no acolhimento existencial e acadêmico (que muito contribuiu no desenvolvimento desse trabalho).

À Ana Luisa, pela presença delicada na minha vida desde minha chegada no Rio.

À Clara, um encontro de sorte, alegre e sensível, que se fez ímpar nesse período tão intenso.

Ao Thiago, pelo compartilhar poético e por me salvar tantas vezes com meu computador.

Às diversas pessoas e paisagens que cruzaram meu caminho nesses dois anos e me fizeram pertencer, estranhar e refletir. Certamente dessa travessia, acadêmica e de vida, não saio a mesma e carrego em mim os sinais dessas trocas todas.

Aos meus queridos amigos que ficaram em São Paulo, por terem se feito presentes e

amorosos mesmo na distância.

À minha tia Márcia, pelo carinho de sempre.

À minha vó (em memória), que não pôde ver concluído esse meu percurso, mas que é sempre viva e presente em mim. Pela força, exemplo e amor sem tamanho.

Ao Bruce Wayne, que compartilha meu cotidiano, deita sobre meus livros e alegra imensamente meu (nosso) lar.

*Aos esfarrapados do mundo e aos que neles se descobrem e, assim descobrindo-se, com eles
sofrem, mas, sobretudo, com eles lutam.*

FREIRE, 1987, p.12.

RESUMO

A presente dissertação debruça-se na reflexão sobre as possibilidades de aproximação entre cultura e promoção da saúde. Parte-se do entendimento de que a promoção da saúde em sua interface com a cultura resguarda grande potência para a construção de percursos emancipatórios, favorecendo a produção de saúde e vida. É proposto o conceito de ação cultural, desenvolvido por Paulo Freire, como chave de leitura crítica para contribuir na referida articulação. Este estudo consiste em percurso teórico, desenvolvido através de uma revisão de literatura de artigos brasileiros que tratam da temática. Buscou-se, com isso, a construção de um “estado da arte” sobre a aproximação desses campos. Os artigos selecionados foram analisados através de análise de conteúdo temática proposta por Bardin, em diálogo com o marco teórico de referência. Verificou-se que, embora coexistam tendências distintas e conflitantes no campo da promoção da saúde, que emergem inclusive concomitantemente em algumas produções, a maioria das proposições aponta para o horizonte emancipatório, da produção de autonomia e participação social, onde a interface com a cultura se faz particularmente potente. Constatou-se ainda que há uma polissemia do conceito de cultura nas produções analisadas e que o mesmo não é debatido em profundidade. Observou-se que muitos artigos tecem essa articulação a partir da educação em saúde, em especial, pautados em apontamentos centrais da educação popular de base freireana, porém sem, em geral, explicitar essa referência. Conclui-se que o conceito de ação cultural, concebido como ação política, dialógica e coletiva pode ser um constructo relevante para subsidiar a produção de práticas transformadoras. Também se evidencia a importância do aprofundamento de estudos que tratem de ambas as temáticas, cultura e promoção da saúde, haja visto as inconsistências teórico-conceituais verificadas.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Cultura. Ação Cultural. Educação Popular e Saúde.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the possibilities of approaching culture and health promotion. It is based on the understanding that the promotion of health in its interface with culture safeguards great power for the construction of emancipatory paths, favoring the production of health and life. The concept of cultural action, developed by Paulo Freire, is proposed as a critical reading key to contribute to this articulation. This study consists of a theoretical course, developed from a literature review of Brazilian articles that deal with the theme. It was sought, therefore, to construct a "state of the art" about the approximation of these fields. The selected articles were analyzed through analysis of thematic content proposed by Bardin, in dialogue with the theoretical frame of reference. It was verified that, although there are different and conflicting tendencies in the field of health promotion, which emerge even concomitantly in some productions, most of the propositions point to the emancipatory horizon, based on the production of autonomy and social participation, where the interface with culture becomes particularly powerful. It was also observed that there is a polysemy of the concept of culture in the analyzed productions and that it is not discussed in depth. It was observed that many articles link this articulation with health education, in particular, based on central notes of Freirean popular education, but without, in general, making such reference. It is concluded that the concept of cultural action, conceived as political, dialogical and collective action, can be a relevant construct to subsidize the production of transformative practices. It is also evident the importance of deepening studies that deal with both issues, culture and health promotion, given the theoretical-conceptual inconsistencies verified..

Keywords: Health Promotion. Culture. Cultural Action. Popular Health Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa da distribuição da produção científica pelos Estados do Brasil...	78
Quadro 1 -	Classificação dos artigos por: Título e Ano de Publicação.....	63
Quadro 2 -	Classificação dos artigos por: Autores, Instituição, Área de Conhecimento, Periódico e Tipo de Estudo.....	75
Quadro 3 -	Classificação dos artigos por: Público alvo, estratégias e contexto das ações desenvolvidas.....	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos artigos por área do periódico de publicação.....	80
Tabela 2 - Recorte da matriz analítica temática com enfoque na categoria 1.....	98
Tabela 3 - Recorte da matriz analítica temática com enfoque na categoria 5.....	101
Tabela 4 - Recorte da matriz analítica temática articulando as categorias 1 e 5.....	104
Tabela 5 - Recorte da matriz analítica temática com enfoque na perspectiva de educação em saúde e em uma concepção de cultura.....	109

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PACTO	Programa Permanente Composições em Terapia Ocupacional
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
CDSS.	Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
MSL	Medicina Social Latino-americana
PNC	Plano Nacional de Cultura
MINC	Ministério da Cultura
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PnaPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
BIRD	Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
MEBs	Movimentos de Educação de Base
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DecS	Descritores em Ciências da Saúde
CAPS AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS	15
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO E TENSIONAMENTOS CONTEMPORÂNEOS	26
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÕES NO DIÁLOGO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	33
3.2 EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE.....	37
4. CULTURA: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO	41
4.1 CULTURA E AÇÃO CULTURAL: UMA PERSPECTIVA FREIREANA.....	50
5. PERCURSO METODOLÓGICO	55
5.1 REVISÃO DE LITERATURA.....	55
5.1.1 Estratégia de busca	57
5.1.2 Seleção dos trabalhos científicos	58
5.2 PROCESSO DE ANÁLISE.....	58
5.2.1 Desenvolvimento da análise	60
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
6.1 CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS.....	63
6.1.1 Título e ano de publicação	63
6.1.2 Autores, instituição, área de conhecimento/atuação, periódico e tipo de estudo	74
6.1.3 Público alvo, estratégia e contexto	83
6.2 ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DOS ARTIGOS NA ÍNTEGRA.....	90
6.2.2 Cultura	91
6.2.1 Promoção da saúde	98
6.2.3 Ação Cultural: uma proposta dialógica e libertadora para o campo da promoção da saúde	111
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	117
ANEXO A	126
APENDICE A	127
APENDICE B	131

1. APRESENTAÇÃO

O interesse pelo tema do presente estudo teve início em meados do meu percurso na graduação em Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo, entre os anos de 2005 e 2009. Nesse período me inseri enquanto estagiária no Programa Permanente Composições Artísticas e Terapia Ocupacional (PACTO - USP), um laboratório que propõe a construção de práticas em Terapia Ocupacional voltadas à ampliação da participação sociocultural da população atendida enquanto “estratégia de construção de projetos de vida, (...) de convivência e de trocas subjetivas” (LIMA et. al. 2009, p.143).

Ademais, minha posterior formação e atuação profissional no âmbito da saúde mental em diversos serviços da rede de atenção psicossocial, evidenciou-me, entre tantas outras questões, a importância do desenvolvimento de práticas integrais de cuidado pautadas tanto na superação da ótica psiquiátrica clássica, cujo enfoque recai sobre a doença, como também na compreensão da complexidade dos sujeitos acompanhados e na garantia de seus direitos. Dentre tais práticas, uma perspectiva que me chamou particularmente a atenção por sua potência refere-se à aproximação do universo da cultura com o da saúde, objeto de estudo do presente trabalho.

Ressalta-se que tais práticas se ancoram nos pressupostos da reforma psiquiátrica, processo este iniciado no Brasil no fim dos anos 1970. O mesmo configura-se como processo social complexo que propõe não somente a superação dos manicômios, com a construção de uma rede substitutiva potente capaz de acolher e oferecer cuidado aos sujeitos com transtornos mentais, mas também busca superar o paradigma psiquiátrico clássico, sendo igualmente um processo de ruptura epistemológica. Tal ruptura reside na desconstrução da loucura enquanto objeto único do saber biomédico (psiquiátrico), incorporando reflexões oriundas de distintos campos do conhecimento, como a psicologia, a psicanálise, a filosofia, a antropologia, a sociologia, a história, a geografia, entre outros (AMARANTE, 2007).

Tais apontamentos sobre o campo da saúde mental podem ser considerados análogos às construções epistemológicas da saúde coletiva brasileira (cujo início remonta ao processo de reforma sanitária, também iniciado no final da década de 1970) no que tange aos conceitos de saúde e doença, que passaram a ser compreendidos não somente em sua dimensão biológica, mas também social e cultural - decorrendo disso práticas sanitárias mais integrais e transdisciplinares.

Partindo desses pressupostos, as práticas de cuidado propostas no âmbito da saúde mental não mais se dirigem exclusivamente ao tratamento da doença, mas visam à produção

de saúde e vida. Dentre tantas intervenções territoriais e ampliadas, verifiquei que o favorecimento da participação dos sujeitos com transtornos mentais no universo da cultura é uma potente forma de se produzir saúde e cidadania.

Certamente a participação e o acesso às ações de cultura beneficiam não somente a população descrita, mas configuram-se como direitos básicos de todos os cidadãos – “tão importante quanto o direito ao voto, à moradia, à alimentação, à saúde e à educação” (BRASIL, 2006a, p. 13) – podendo favorecer a saúde e a qualidade de vida dos sujeitos, contribuindo para o desenvolvimento humano sustentável (BRASIL, 2010).

Abordar a temática da cultura, sem dúvida, é um desafio pois o próprio conceito é polissêmico e permeado por distintas perspectivas teóricas, como alertam autores que se debruçam sobre a temática (GEERTZ, 1978; CASCÃO, 2007).

Neste estudo Paulo Freire (1987) é convocado como importante interlocutor teórico, apresentando a cultura como “atividade humana de trabalho que transforma, produzida por diferentes movimentos e grupos culturais constituidores do povo” (OSOWSKI, 2008, p. 106). Dessa maneira, para o autor, esta é um processo de criação e recriação do homem por meio do trabalho. Ressalta-se que na pedagogia freireana a noção de cultura está alinhada à produção de autonomia e identidade na perspectiva da construção da liberdade.

No presente trabalho, o conceito de cultura é base conceitual fundamental de onde se parte para chegar à noção de ação cultural enquanto uma faceta desse conceito maior. À luz do pensamento freireano afirma-se o caráter dialógico, coletivo e transformador que está imbricado nesse conceito, entendido, portanto, como ação política.

Almeja-se nessa empreitada desenvolver uma investigação que articule os campos da cultura e da saúde, resguardando suas devidas particularidades e autonomia, concebendo as ações de cultura como eixo de promoção de potências emancipatórias, o que pode favorecer a produção de saúde e vida (DORNELES et al. 2016).

Por fim, ressalta-se que a trajetória que se busca traçar neste estudo reflete o interesse teórico pela temática, abarcando, portanto, seu aspecto, conceitual, como também almeja-se desenvolver reflexões que possam contribuir para a produção de práticas transdisciplinares e possibilidades tecnológicas baseadas nessa interface. Não obstante, demarca-se, por fim, sua dimensão política – dimensão essa verificável em todo processo de produção de conhecimento – que nessas próximas linhas revela um profundo acreditar em práticas transformadoras e resistentes (tanto no campo da saúde como no da cultura), construídas conjuntamente com os diferentes atores sociais.

2. INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei N. 8.080 de 1990, concebe a saúde como um direito dos cidadãos e dever do Estado, pautado no acesso universal e igualitário (BRASIL, 1988). A conquista da saúde enquanto direito universal, concretizou-se no bojo da redemocratização do país na década de 1980, sendo resultado de um longo processo de lutas sociais. Cabe destacar, nesse contexto, a importância do movimento de reforma sanitária - fenômeno histórico e social (PAIM, 2009) - iniciado no país na década de 1970, cuja premissa era a construção de um projeto contra hegemônico no âmbito da saúde (MERHY et al, 2004). Tal movimento, todavia, pretendia propor mais do que uma reforma setorial, tendo como norte a construção da democracia e da cidadania no país (PEPE, 2011). Carvalho (2013, p.31) compreende que o SUS é

a expressão de uma política social que faz parte de um projeto democrático e popular mais amplo, que procura repensar as relações sociais, tendo como objetivo a universalização dos direitos e a radicalização a vida democrática.

O movimento de reforma sanitária se deu concomitantemente à construção do marco da saúde coletiva no Brasil, portanto, também na década de 1970. Datam, contudo, da segunda metade do século XX, os projetos de saúde emergentes que forneceram as bases para a construção desse novo campo científico e movimento ideológico – como definem Paim (2009) e Campos (2000) - denominado de saúde coletiva, tais como: a medicina preventiva e a medicina social (NUNES, 1994).

A saúde coletiva, segundo Campos (2013), foi muito influenciada pelo marxismo, estruturalismo e pós-estruturalismo francês e, apoiada nesses referenciais, se propôs a um questionamento da lógica biomédica de produção de conhecimento e tecnologias. Tal campo ainda consolidou como um de seus pilares a dimensão política de aproximação entre saúde e direito, trazendo para o campo sanitário conceitos como democracia, movimentos sociais, participação popular, políticas públicas, entre outros.

No bojo da construção desses dois processos, tanto da emergência da saúde coletiva, como da reforma sanitária, demarcou-se a importância da ampliação do conceito de saúde a partir de críticas às abordagens pautadas no modelo biomédico tradicional.

A aceção de saúde como produção complexa, construída na correlação entre distintas dimensões da realidade apontou, portanto, para a necessidade de se ampliar o escopo investigativo a respeito da mesma, fazendo-a objeto de outras disciplinas, para além

daquelas forjadas no campo biomédico. Para Czeresnia (2009) o pensamento científico pautado na racionalidade médica, que tem em sua base as ciências positivas e o reducionismo e a especialização - características da produção de conhecimento moderna - “não contempla a significação mais ampla da saúde e do adoecer” (CZERESNIA, 2009, p. 46).

A saúde não é objeto delimitável, “não se traduz em conceito científico” (CZERESNIA, 2009, p. 46), haja visto todas as suas possíveis significações em diferentes campos - biológico, social, cultural e subjetivo (considerando as experiências singulares vivenciadas pelos sujeitos). Buscou-se assim, na construção da saúde coletiva, integrar conhecimentos oriundos de campos diversos como a filosofia, sociologia, antropologia, história, geografia, entre outras, para abarcar a complexidade da temática em questão.

A interdisciplinaridade emergiu no campo da saúde coletiva, portanto, tanto como um desafio que proporcionou uma abertura conceitual bem como uma necessidade interna, delimitada por seu próprio objeto, que só pode ser compreendido a partir *do e no* atravessamento de fatos econômicos, políticos, ideológicos e sociais (VILELA e MENDES, 2003).

Constituiu-se, desse modo, uma ruptura epistemológica que permitiu o agenciamento de práticas outras que não apenas as focadas diretamente nos eventos de morbidade e agravos. A emergência de tais referenciais colocou em cena e institucionalizou, através de marcos legais, a noção da saúde como uma produção multidimensional, afetada e condicionada pela “alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e [pelo] acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1988, s/p), o que permitiu o aprofundamento, segundo Campos (2000), da compreensão da determinação social do processo saúde- doença- cuidado¹.

Porto e Pivetta (2009) assinalam que com o alargamento conceitual da noção de saúde, esta passou a assumir um caráter positivo, não mais pautada na ausência de doença, o que contribuiu sobremaneira para a compreensão da determinação social, política, econômica e ambiental da saúde.

Cabe destacar que desde o século XIX têm sido produzidos estudos que apontam relações entre as condições socioeconômicas de diferentes grupos populacionais com seus níveis de saúde. No âmbito da América Latina investigações abordando tal temática são mais recentes e datam de meados do século XX (BARATA, 2001). No Brasil, desde esse período,

¹ A utilização do termo “processo saúde-doença-cuidado” está ancorada nas proposições teóricas de Samaja (2000), que evidencia que a consciência e o cuidado da saúde dependem da produção, no campo coletivo, de modelos compartilhados de entendimento acerca destes fenômenos.

sanitaristas vêm estudando as relações entre saúde e sua determinação social e, a partir desses estudos, propondo ações concretas, ainda que baseados em diferentes modelos assistenciais (CNDSS, 2008; MERHY et al, 2004; TEIXEIRA, 2002).

Merhy et al. (2004) destacam, como um dos aspectos fundamentais da construção do paradigma da saúde coletiva, a definição de saúde a partir do contexto histórico de determinada sociedade, em dado momento de seu desenvolvimento e como resultante das condições gerais de vida.

Analogamente, diversos autores do campo da saúde coletiva (tanto do Brasil como de outros países latino-americanos), que discutem os processos de determinação social, apontam que as concepções de saúde e doença, assim como as ações sanitárias que dessas decorrem, são construídas historicamente, imersas em um contexto político, social, cultural e econômico, ligadas aos processos de reprodução social e produtiva (SABROZA, 2005; SAMAJA, 2000; CASTELLANOS, 1997). Para o presente estudo a dimensão da cultura envolvida na determinação da saúde ganha importante destaque uma vez que essa é uma das vias de aproximação entre tais campos.

Para Samaja (2000) a reprodução social se dá através da articulação de quatro dimensões: a biológica (bio-comunal); a da autoconsciência e **conduta (comunal-cultural)**; a econômica (societal), e a ecológica-política (estatal). Tal autor contribui assim na construção do entendimento do processo saúde-doença-cuidado, enfatizando que o mesmo não só se trata apenas de fenômenos biológicos, mas está inscrito igualmente no campo das relações humanas, ou seja, se processa também através de mediadores simbólicos, permitindo aos sujeitos representá-lo intersubjetivamente (SAMAJA, 2000).

Em conformidade com tal apontamento é possível ressaltar que “os sistemas médicos de atenção à saúde, assim como as respostas dadas às doenças, são sistemas culturais, consonantes com os grupos e realidades sociais que os produzem” (LANGDON e WILK, 2010, p.173). As experiências de adoecimento e cuidado vivenciadas pelos sujeitos apresentam dessa maneira particularidades e singularidades que advém dos diferentes sistemas culturais nos quais inserem-se e dos quais são também produtores

Não obstante, essas compreensões são apenas parte de uma gama maior de perspectivas sobre o processo de determinação social da saúde.

Nota-se que, na apreciação teórica da determinação social da saúde, participam diferentes pontos de vista, salientando-se a diferença entre as perspectivas da Organização Mundial da Saúde (OMS) – através da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) (BUSS e PELEGRINI FILHO, 2007) e da Medicina Social Latino-americana (MSL)

(BREILH, 2008).

A CDSS preconiza, por exemplo, a noção de determinantes sociais, a partir do qual se observa um predomínio da abordagem funcionalista, cujas raízes epistemológicas remontam à sociologia funcionalista. Já a perspectiva da MSL, cujo aporte teórico central é a teoria marxista, utiliza o termo “determinação social” evidenciando seu caráter processual e complexo.

As duas abordagens distinguem-se ainda pela diferente compreensão de conceitos fundamentais no campo como desigualdade e iniquidade em saúde. Breilh (2008) critica a concepção de desigualdade proposta pela CDSS, que se fundamenta nos efeitos e não analisando os processos que os engendram. O autor refere que se trata de uma “velha epidemiologia que não pretende modificar o mundo e sim fatores” (BREILH, 2008, s/p). Nesse sentido, para a MSL as ações em saúde apontam para a necessidade de transformação social, dessa forma não há como compreendê-las dicotomizadas de um contexto maior.

Cabe destacar que a perspectiva da OMS e da CDSS, que discute os determinantes sociais a partir da relação entre morbi-mortalidade, estilos de vida, meio ambiente e as populações, foi preconizada pelo movimento desenvolvido em âmbito mundial pela construção de uma “nova saúde pública” também da década de 1970. A construção desse novo paradigma foi consolidada principalmente pelo movimento da promoção de saúde, inaugurado com a publicação canadense conhecida como informe de Lalonde em 1974 e pela instalação do discurso da atenção primária, proposto inicialmente na Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma Ata, em 1978 (FRANCO et. al, 2010; NUNES, 1994).

A partir de tais marcos iniciais decorreu uma diversidade de vertentes que tratam da promoção da saúde, que se expandiram e se internacionalizaram ocupando lugar importante no cenário brasileiro.

Cabe então destacar que o campo da promoção da saúde – conceitual, tecnológico e político – é, como descreve Bourdieu em sua discussão sobre a estruturação do conceito de campo, permeado pela existência de tensões e conflitos (CHARTIER, 2002).

Algumas abordagens oriundas do campo da promoção da saúde privilegiam enfoques mais individualizantes, centrados na adoção de hábitos e comportamentos saudáveis, na focalização de grupos e segmentos populacionais, no controle de fatores de risco e no fortalecimento da capacidade dos indivíduos e dos grupos sociais de transformarem suas realidades sociosanitárias, delegando à população a responsabilidade de administrar a própria vulnerabilidade (CAMPOS, 2013; FRANCO et. al., 2010).

Para Stotz e Araújo (2004) tais abordagens mostram-se mais afinadas com os preceitos das formulações sobre promoção da saúde de filiação neoliberal que se desenvolveram em âmbito mundial a partir do Canadá e foram difundidas principalmente pela OMS e pelo Banco Mundial. As mesmas, segundo os autores, podem ser consideradas alinhadas à cultura dominante no setor saúde, que descrevem como “pouco reflexiva, tecnicista e normativa” (STOTZ e ARAUJO, 2004, p 5.).

No bojo das ações de promoção da saúde afeitas a essa perspectiva desenvolvem-se práticas de educação em saúde alinhadas também com tais preceitos. Cabe destacar que a educação em saúde é uma das bases de sustentação do discurso da promoção, logo, diferentes tendências desse campo dão lugar a diferentes abordagens de educação em saúde respectivamente.

Em congruência com a tendência mais individualizante da promoção, que nesse estudo criticamente se denomina de conservadora, se esboçam práticas de educação em saúde voltadas a instrumentalizar e capacitar a população, através do repasse de normas de hábitos e comportamentos considerados saudáveis de maneira verticalizada. Nesse processo os educadores profissionais e técnicos em saúde do conhecimento técnico científico da biomedicina são responsáveis pela transmissão de conhecimento à população, desconsiderando, em grande medida suas concepções e práticas, calcadas na noção de cultura popular, envolvidas no processo de saúde-doença-cuidado (STOTZ, 2007).

Uma outra abordagem do campo da promoção, contudo, problematiza tal enfoque partindo de uma perspectiva crítica que ressalta a participação política como possibilidade de construção de novos processos sociais comprometidos com o questionamento e transformação das desigualdades e inequidades em saúde – alinhando-se a um entendimento de que a produção da determinação da saúde se dá no bojo do funcionamento da própria sociedade capitalista (STOTZ e ARAUJO, 2004). Tal abordagem será tratada nesse estudo como emancipatória na medida em que articula a produção da saúde com a construção de percursos de emancipação.

Em consonância com essa segunda concepção Waltner-Towes (2000, p.663) assinala que o processo saúde-doença se produz no bojo de relações de poder e da economia: “é precisamente nestas tensões – entre ser e relacionar-se, entre concentrar e dividir o poder (...) que revelamos o quão bem compreendemos saúde”. Para o autor, “sociedades saudáveis são aquelas em que as pessoas constantemente re-negociam como o poder e a saúde são distribuídos”. Dessa forma, faz uma defesa da promoção da saúde comprometida com a construção de programas e ações que promovam igualdade e participação popular no lugar

de ações burocráticas, individualistas e verticalizadas.

Essa perspectiva emancipatória, por sua vez, preconiza o desenvolvimento de ações educativas em saúde pautadas eminentemente no enfoque da educação popular, privilegiando a produção compartilhada de conhecimento, valorizando o saber da população, construindo estratégias educativas horizontalizadas e coletivas, buscando, a partir disso, a produção de processos emancipatórios.

Ainda que exista uma importante divergência entre essas proposições contemporâneas é possível assinalar que ambas apresentam como aspecto comum o fato de conceberem a produção do processo saúde –doença- cuidado à luz dos determinantes sociais.

Na Carta de Ottawa, uma publicação da OMS que sintetiza as intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, fica evidente o apontamento da saúde como produção multidimensional, que se dá na confluência de “fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos”, que podem tanto favorecê-la como prejudicá-la (OMS, 1986).

Segundo Machado e Porto (2003, p.121) “o entendimento dos processos mais importantes, em termos de determinantes e condicionantes da saúde, é a principal base para a construção de novas práticas de promoção”. Para Franco et. al. (2010) tais práticas, ainda que de maneiras distintas, abarcam enquanto conceitos-chaves as noções de equidade, articulação intersetorial e reorientação dos serviços de saúde.

Para o presente trabalho a noção de intersetorialidade – tão difundida com o movimento da promoção da saúde - ganha particular relevância. Concebe-se a importância da mesma na medida em que se opera com o conceito ampliado de saúde, ou seja, verifica-se como consequência prática desse alargamento conceitual a impossibilidade do setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes para garantir melhor qualidade de vida e saúde para a população (BRASIL, 2006b).

Assim, partindo do pressuposto que a produção de saúde (e conseqüentemente do adoecimento) é atravessada por múltiplos aspectos e dimensões, faz-se necessário articular ações de distintos setores para abarcar tal fenômeno, co-responsabilizando-se por sua garantia enquanto direito humano e de cidadania.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros

setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006b, p.13-14).

Em suma, partindo da ótica dos processos de determinação social da saúde-doença, concebe-se que as condições de vida – como: a alimentação, a escolaridade, a habitação, o trabalho, o acesso e participação nas ações de cultura, de esporte e lazer - influenciam a produção de saúde, não se pode, conseqüentemente, conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a articulação das políticas sociais, econômicas e ambientais (os espaços de lazer, circulação e poluição, arborização, entre tantos outros aspectos) (REDE HUMANIZASUS, 2014).

Obviamente a articulação entre setores, que foram seccionados a partir de uma perspectiva de especialização de práticas e conhecimentos, não é suficiente para abarcar a complexidade das questões sociais que se colocam no bojo do funcionamento sistêmico das sociedades. Entretanto, observa-se uma potência nessa articulação, que vai na contramão da formatação setorializada que compartimentaliza demandas sociais complexas em sua essência. A intersetorialidade, figura assim enquanto importante diretriz prática para se promover saúde e qualidade de vida da população, ao passo que a interdisciplinaridade se coloca enquanto marco conceitual favorável à produção de práticas e de conhecimentos críticos, inovadores e complexos, que extrapolam as tradicionais fronteiras do saber biomédico, calcado essencialmente nos eventos de agravo e morbidade.

Identificam-se neste cenário de interdisciplinaridade e complexidade vias de articulação entre saúde e cultura, escopo de pesquisa do presente trabalho. Busca-se refletir sobre as possíveis articulações entre esses campos tanto do ponto de vista prático/tecnológico, como do ponto de vista teórico. Entre as possibilidades práticas de articulação situa-se a diretriz da intersetorialidade cuja relevância foi ressaltada anteriormente.

O Plano Nacional de Cultura (PNC), instituído em 2010, contempla propostas de ações intersetoriais, comprometidas a consolidar o acesso e a produção cultural como direitos de todos os cidadãos. No que tange à sua aproximação com o setor saúde, o PNC traz proposições de ações voltadas às populações geralmente atendidas nesse âmbito, como pessoas com deficiências e idosos, e pessoas com a experiência de sofrimento psíquico, através, por exemplo, do edital “Loucos Pela Diversidade”, que cria uma agenda nacional “para discutir o papel da cultura na humanização do tratamento psiquiátrico no Brasil, enfatizando a articulação entre os setores” (BRASIL, 2013b).

Outra iniciativa do Ministério da Cultura que propõe a aproximação de tais campos é

a Política Nacional de Cultura Viva, “criada em 2014 para garantir a ampliação do acesso da população aos meios de produção, circulação e fruição cultural” (BRASIL, 2013). Tal política é descrita como a que possui a maior capilaridade e visibilidade no Ministério da Cultura (MinC), fazendo-se presente em cerca de mil municípios nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal. A mesma busca promover iniciativas dos mais diversos segmentos da cultura: “cultura de base comunitária, com ampla incidência no segmento da juventude, Pontos de Cultura Indígenas, Quilombolas, de Matriz Africana, a produção cultural urbana e a cultura popular”, tendo com um de seus aspectos fundamentais a integração com políticas públicas de outros setores, incluído a saúde (BRASIL, 2013a).

Como pilares de sustentação práticos dessa Política encontram-se os Pontos de Cultura, que segundo o MinC são “entidades culturais ou coletivos culturais certificados pelo Ministério da Cultura”.

(...) os Pontos de Cultura são uma base social capilarizada e com poder de penetração nas comunidades e territórios, em especial nos segmentos sociais mais vulneráveis. Trata-se de uma política cultural que, ao ganhar escala e articulação com programas sociais do governo e de outros ministérios, pode partir da Cultura para fazer a disputa simbólica e econômica na base da sociedade (BRASIL, 2013a, s/p).

Os Pontos de Cultura, podem ser considerados, portanto, como lócus privilegiado de construção de ações de cultura que se proponham à interface com outros setores, dentre eles, com a saúde.

Vale ressaltar que, segundo Dorneles (2011, p. 208), desde o processo de redemocratização do país na década de 1980 tiveram início ações e estratégias inovadoras no campo da cultura – inclusive sob a forma de políticas públicas - que colocaram em cena as aspirações de movimentos sociais e populares, possibilitando a construção de “um novo olhar sobre as formas de produção cultural”.

Verificou-se, com isso, um processo de descentralização da Cultura, fomentando as ações culturais nas periferias e voltadas às parcelas da população em situação de vulnerabilidade. A noção de ação cultural aqui desenvolvida articula-se ao que Dorneles (2011, p. 31) define como “instrumento processual que faz existir a política cultural”. Teixeira Coelho (1997, p.13) enfatiza que esse conceito se traduz como figura máxima da expressão da política cultural, sendo “entendida como a criação das condições para que os indivíduos e grupos criem seus próprios fins”. Tal apontamento de Coelho (1997) abre possibilidade de diálogo com a perspectiva freireana acerca da ação cultural, uma vez que

concebe o homem como agente histórico e transformador, e a sua ação como ação política (FREIRE, 1987).

A Política Nacional de Cultura Viva - que teve seu princípio delineado no Governo Lula, na gestão de Gilberto Gil no MinC, através do Programa Nacional de Cultura, Arte e Cidadania – “Cultura Viva”/ Pontos de Cultura, instituído em 2004, e finalmente estabelecida enquanto política de Estado no Governo Dilma, em 2014, através da Lei n. 13.018. A iniciativa representa a consolidação de um processo que permitiu valorização e desenvolvimento de uma produção cultural mais alinhada aos ensejos das classes populares, apontando para a apropriação e reapropriação de espaços da cidade e periferia e visando garantir “o pleno exercício dos direitos culturais aos cidadãos brasileiros, dispondo-lhes os meios e insumos necessários para produzir, registrar, gerir e difundir iniciativas culturais” (DORNELES, 2011; BRASIL, 2013a, p.1).

Para além das ações citadas tanto do PNC como da Política de Cultura Viva que abarcam a proposição de aproximação intersetorial como uma de suas metas, destacam-se a Rede Saúde e Cultura (uma parceria entre o MinC e a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz) - cujo objetivo é trabalhar pela promoção da saúde e pela qualidade de vida a partir do fortalecimento e da aproximação entre as políticas públicas de ambos os setores - e outras parcerias firmadas entre os Ministério da Saúde e da Cultura a partir da atenção a grupos populacionais específicos – considerando suas necessidades específicas dentro do horizonte da equidade (BARATA, 2001).

A temática da aproximação entre cultura e saúde ganha destaque especialmente ao se verificar os investimentos feitos nos últimos anos nas diversas ações e políticas públicas, que, contudo, encontram-se em cheque desde 2016, por conta do momento político atual que vive o país, onde se registra um avanço do neoliberalismo com um distanciamento da participação popular nas políticas públicas.

Essas possibilidades de aproximação entre os setores cultura e saúde, são ameaçadas na atualidade com a fragilização especialmente do setor da cultura dado ao contexto político atual. No que diz respeito especialmente à cultura, deve-se registrar a extinção do Ministério da Cultura e sua fusão com o Ministério da Educação no curso de uma nova política cultural e educacional que compromete a presença curricular das disciplinas e temáticas sociais, o que representou um evidente retrocesso em relação à linha que vinha anteriormente orientando as políticas públicas setoriais. Ainda que pouco depois da extinção do MinC, o governo tenha, devido à intensa polêmica e mobilização popular, recriado o referido

Ministério como tentativa de “serenar os ânimos”², conforme afirmado por Mendonça Filho, ministro da educação do referido governo, verifica-se a deslegitimação da cultura enquanto setor no momento político atual. Com isso, são constantes (e já verificáveis) as ameaças de cortes de verbas destinadas ao setor, especialmente com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241/55, também em 2016, que estipula teto para os gastos públicos, sendo o setor da cultura, conforme apontado por especialistas, um dos que mais ficam vulneráveis a importantes reduções orçamentárias, uma vez que o mesmo não tem um piso estipulado legalmente³.

Prossegue-se, no entanto, ainda que "sob ameaça" de desmanche, a perspectiva que vinha se desenvolvendo nos últimos anos, quando o contexto era de um cenário favorável à construção de políticas públicas intersetoriais abarcando a saúde e a cultura. Essas iniciativas de articulação representam uma das dimensões de diálogo crítico entre esses campos, que corre agora risco de esvaziamento.

Cabe assinalar que atualmente verificam-se diversas experiências e estudos que se debruçam nessa interface a partir de distintas perspectivas, seja do ponto de vista antropológico, como no caso da antropologia médica, seja do ponto de vista de processos educativos, como no âmbito da educação em saúde, seja concebendo a cultura e as distintas linguagens artísticas que nela se assentam como ferramentas tecnológicas para a produção de processos de cuidado em saúde.

É pertinente enfatizar, por fim, que o conceito de cultura tem sido evocado no desenvolvimento de variadas práticas de promoção da saúde, mas não tem sido debatido em profundidade no campo e pelos autores das publicações sobre a temática (BOEHS et al.,2007).

Muitas das práticas citadas acima partem do pressuposto da participação popular e da proposição de práticas transformadoras, que consistem em eixos comuns que permeiam tanto o campo da promoção da saúde, quando alinhada à perspectiva emancipatória que evidencia e reconhece o saber popular, que incorpora as experiências sociais e que se situa no contexto das lutas reivindicatórias pelo direito universal a saúde e por melhores condições

² FONTE: Portal G1 (21/05/2106). Retirado de: <http://g1.globo.com/politica/noticia/2016/05/temer-decide-recriar-ministerio-da-cultura-anuncio-deve-ser-na-terca.html>. <Acesso em: 10/03/2017>.

³ Sobre essa temática Ribas (2016) cita a “ameaça de um apagão cultural nos próximos anos”; afirmando que “Os direitos culturais deixam de ser percebidos pela população e o paradigma de cultura será o de megaeventos. A tônica da democratização do acesso à cultura dará lugar a políticas desarticuladas da ideia de desenvolvimento humano e de valorização da diversidade, questões que tem pouco lugar no mercado de entretenimento”. FONTE: Revista Fórum (11/11/2016). Retirado de: <http://www.revistaforum.com.br/2016/11/11/com-pec-re-cursos-da-cultura-terao-corte-de-90/> <Acesso em:10/03/2017>

de vida; como o da cultura, quando alinhada à concepção de estimular a participação dos sujeitos na produção, no acesso, na gestão e na difusão das iniciativas culturais e de favorecer a construção de territórios inventivos, a partir de estratégias de afirmação, resistência e cidadania (DORNELES, 2011)

Com o intuito de contribuir com esse panorama, aprofundando as reflexões que vêm sendo desenvolvidas sobre a interface de tais campos, o presente projeto objetiva construir uma reflexão, a partir da leitura crítica e interpretativa da literatura selecionada, sobre a aproximação e articulação do conceito de ação cultural com proposições de promoção da saúde. Especificamente objetiva-se: 1. Identificar a produção científica brasileira, sob o formato de artigo, que aproxima os campos da cultura e da promoção da saúde; 2. Analisar as concepções de cultura e de promoção de saúde presentes; 3. Relacionar as experiências de promoção da saúde com o conceito de ação cultural, analisando o seu potencial socialmente transformador. Ressalte-se, então, a emergência da educação popular como tema relacionado aos campos em destaque, particularmente em sua aplicação na saúde coletiva.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE: PERCURSO HISTÓRICO E TENSIONAMENTOS CONTEMPORÂNEOS

A promoção da saúde é considerada na atualidade “como um campo conceitual, político e metodológico” (MOYSÉS et al. 2004, p. 628) que se propõe tomar a como seu objeto central as condições de vida e o ambiente – tanto em sua dimensão local como global - na relação com os processos de saúde-doença-cuidado (CZERESNIA e FREITAS, 2009). Apresenta, portanto, como traço comum com o campo da saúde coletiva desenvolvido em âmbito nacional, o fato de atribuir grande importância à afirmação do social na determinação da saúde, o que influenciou sobremaneira o desenvolvimento do SUS no Brasil (CARVALHO, 2013).

Cabe enfatizar que autores que produzem conhecimento sobre a promoção da saúde referem-se ao conceito e às práticas a partir de diferentes terminologias, como: campo (MOYSES et al, 2004; RIVERA e ARTMANN, 2009), paradigma, modelo teórico-conceitual (CARVALHO, 2013), discurso (CZERESNIA e FREITAS, 2009; CZERESNIA, 2009), abordagem (FRANCO et.al. 2010), movimento (ANDRADE e BARRETO, 2002), projeto (BUSS e IVO DE CARVALHO, 2009). Se por um lado, na maioria das vezes tais designações aparecem como sinônimos, há que se atentar, por outro, para que tal diversidade possa apontar para o entendimento de que esse assunto é permeado por uma miríade de vertentes e compreensões.

Carvalho (2013), que atenta particularmente para o aspecto metodológico da definição do objeto, destaca que a utilização dos termos que elege (paradigma e modelo teórico-conceitual) respondem ao que considera uma síntese entre conceito/discurso.

De acordo com Czeresnia (2009) o discurso da promoção da saúde foi proposto primeiramente a partir de um resgate do pensamento da medicina social desenvolvido no século XIX – considerado seu precursor - a partir de autores como Virchow, Villermée, Chadwick, Snow, René entre outros.

A primeira utilização do termo promoção da saúde somente se deu a partir a Sigerist, em 1946, “para denominar ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado a melhoria das condições de vida ” (ANDRADE e BARRETO, 2002, p. 155; BUSS, 2009). Além de Sigerist, segundo Buss (2009), outros autores ao longo do século XX também fizeram referência ao termo promoção da saúde, como Winslow (em 1920) e Leavell e Clark (em 1965) e, de maneira geral, esses autores associavam ao termo as relações entre condições

de vida e saúde da população.

No entanto, foi somente a partir da década de 1970 que surgiu no Canadá o “moderno movimento de promoção da saúde”, com a publicação do documento ‘A new perspective on the health of Canadians’ – mais conhecido como informe de Lalonde (então Ministro de Saúde do Canadá) (BUSS, 2009; FRANCO et. al. 2010).

Segundo Carvalho (2004; 2013) tal marco formaliza o que o autor irá denominar de corrente behaviorista da promoção da saúde, a qual preconizava ações voltadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos concebidos pelo saber médico hegemônico como não-saudáveis. Seguiu-se, contudo, no próprio Canadá - na esteira dos apontamentos preconizados na Conferência de Alma Ata -, a emergência de novas correntes que enfatizavam a relação entre o processo saúde e doença e os determinantes socioambientais, em contrapartida à corrente behaviorista anteriormente citada, perspectiva essa denominada de “nova promoção de saúde” (CARVALHO, 2004).

Desde então seguiram-se inúmeros marcos relacionados à consolidação da promoção de saúde enquanto importante estratégia (teórico-prática) de enfrentamento global às diversas questões que afetam a saúde das populações (BUSS, 2009). Os mais importantes deles foram:

- a Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Alma Ata, em 1978 - responsável pela construção de um novo enfoque para o campo da saúde em âmbito mundial, enfatizando a importância da ação sobre os determinantes para a garantia da saúde das populações;

- a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986 - cuja produção principal “a Carta de Otawa” lançou as bases conceituais para a promoção da saúde. Na mesma se definiu não só o conceito de promoção da saúde – como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação nesse processo” (BRASIL, 2002, p. 19) – como também foram propostos direcionamentos para as principais ações a partir de cinco eixos, a saber: “1. Elaboração e implementação de políticas saudáveis; 2. Criação de ambientes favoráveis à saúde, 3. Reforço da ação comunitária, 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais; 5. Reorientação do sistema de saúde” (BUSS, 2009, p. 30; BUSS, 2002). Faz-se ainda importante destacar que a Carta de Otawa preconizou o discurso em torno da equidade como importante estratégia para lidar com os problemas de saúde das populações.

- as outras cinco Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde que se seguiram: a II em Adelaide, realizada em 1988, que teve como temática central as políticas

públicas saudáveis; a III em Sundsvall (Suécia), ocorrida em 1991, cujo enfoque recaiu na criação de ambientes favoráveis à saúde; a IV em Jacarta (Indonésia), em 1997, que realizou-se pela primeira vez no contexto de um país em desenvolvimento e reforçou a importância das ações comunitárias; a V na Cidade do México (México), em 2000, que, a partir do eixo temático “equidade”, reconheceu a responsabilidade dos governantes nas políticas de saúde, assim como a necessidade do compartilhamento dessas estratégias entre todos os setores sociais; e a VI em Bangkok (Tailândia), em 2005, cujo tema foi a “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado”, a qual que buscou identificar as ações, os compromissos e as promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde num mundo globalizado, através da promoção da saúde.

- e as Conferências Regionais que se realizaram, cabendo aqui ressaltar aquelas ocorridas nas Américas, sendo a principal delas a de Bogotá (Colômbia), em 1992, na qual pela primeira vez o Brasil se fez representar e foi signatário de sua declaração (STOTZ e ARAUJO, 2004).

Ressalta-se assim, que o discurso da promoção da saúde teve importantes ressonâncias no cenário nacional desde a década de 1970, contudo somente em 1992 o Brasil o aderiu oficialmente através da declaração de Bogotá.

No Brasil, desse modo, os princípios da promoção da saúde foram incorporados e disseminados (muitas vezes criticamente) pelo movimento de Reforma Sanitária, e se esboçaram tanto na Constituição Federal – conhecida como Constituição Cidadã – de 1988, como na Lei que instituiu o SUS, todavia, a promoção da saúde enquanto Política foi implementada somente no ano de 2006, no bojo das iniciativas do Pacto pela Saúde (MALTA et al. 2014).

Tal Pacto refere-se a uma articulação de três eixos que consolidam uma agenda de compromissos pela Saúde: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão.

A Política Nacional de Promoção da saúde – PnaPS – apoia-se nos princípios e diretrizes do SUS e no conceito de saúde ampliado que é base fundamental para o mesmo. Tem ainda como princípios “a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade” (BRASIL, 2010, p.4).

Um dos eixos estruturantes da PnaPS refere-se à necessidade de articulação com as demais políticas públicas, sob o horizonte da intersetorialidade, para consolidá-la, contando para tal com o protagonismo dos movimentos populares no enfrentamento aos determinantes

e condicionantes da saúde, apontados pelo texto da PnaPS de 2006 como “os modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006b, p.17).

A PnaPS apresenta ainda algumas temáticas centrais tidas como estratégicas para contribuir na melhoria da qualidade de vida da população e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde, dentre elas: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados assim como do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

Segundo Malta et al. (2014, p.4302).

A inclusão destes temas passou pelos critérios do quadro de magnitude da morbimortalidade, transcendência, atuação intersetorial, efetividade das práticas de Promoção da Saúde na resposta aos temas prioritários nos três níveis de gestão.

Sublinha-se dessa maneira, que a promoção da saúde corresponde a um campo em construção, especialmente no cenário nacional pela sua recente instituição enquanto Política. Diversos documentos e referências apontam que coloca-se como grande desafio o avanço das articulações intersetoriais para garantir melhores condições de saúde e vida, para indivíduos e coletivos (BRASIL, 2006b, 2014; MALTA et al., 2014).

Do ponto de vista crítico, cabe assinalar que a trajetória construída em torno do discurso da promoção da saúde não se deu de maneira linear, homogênea e neutra. Subsidiaram as diversas proposições de promoção da saúde, diferentes visões de mundo e projetos de saúde e, em maior escala, societários.

Conforme aponta Czeresnia (2009) o termo promoção da saúde ressurgiu em meados da década de 1970 em países industrializados, especialmente no Canadá, no contexto das sociedades capitalistas neoliberais, e foi forjado a partir de uma perspectiva pautada, eminentemente, na ampliação da concepção do processo saúde-doença-cuidado, baseada na crítica ao modelo biomédico hegemônico – segundo Campos (2013, p.14) influenciada por “referenciais oriundos da epidemiologia clássica, da sociologia funcionalista e da racionalidade sistêmica” (diferentemente das bases teóricas da saúde coletiva brasileira) - evidenciando sua relação com os seus determinantes.

A promoção da saúde emergiu assim sob a égide do discurso de uma “nova saúde pública”, diretamente relacionada a um contexto de crítica às ações de saúde especializadas

calcadas em abordagens exclusivamente médicas, seus altos custos e sua baixa capacidade de manejar eficazmente os problemas de saúde mais frequentes nas populações, tendo em vista, principalmente, a mudança do perfil epidemiológico nas últimas décadas (CZERESNIA e FREITAS, 2009; BUSS, 2009).

Contudo, diversos autores ressaltam criticamente que o delineamento do paradigma da promoção da saúde também emergiu como resposta à escassez e diminuição de recursos estatais voltados para o setor saúde em decorrência de uma política neoliberal, que se desenvolveu de maneira bastante ostensiva a partir da mesma década de 1970.

Conforme destaca Czeresnia (2009, p.44), “a perspectiva conservadora da promoção da saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos”. Carvalho (2013) complementa tal raciocínio ao afirmar que o pensamento neoliberal que atravessou a produção desse paradigma critica as políticas universalistas e redistributivas, incentiva o setor privado a ofertar serviços considerados essenciais, racionaliza os gastos estatais e estimula o discurso da participação e fortalecimento da sociedade civil, sob o pretexto desta assumir as responsabilidades atribuídas ao Estado.

Para Stotz e Araújo (2004) e Carvalho (2013) os marcos políticos e institucionais, como as diversas Declarações citadas, contribuíram para corroborar o discurso da promoção da saúde em âmbito mundial e forneceram bases conceituais e práticas para sua operacionalização. Os autores alertam, no entanto, que tais marcos contribuíram, da mesma forma, para reforçar o paradigma da promoção da saúde cujos preceitos apresentam-se fortemente influenciados pelo ideário neoliberal enquanto corrente dominante do “pensamento sanitário das principais agências multilaterais de financiamento como Banco Mundial e o BIRD (Bando Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento)” e também constitui-se como base dos “saberes e estratégias de agências tradicionais” como a OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e a OMS (CARVALHO, 2013, p. 37).

O discurso mais conservador da promoção da saúde viabilizou, assim, a emergência de práticas marcadas pela individualização, ou seja, reforçou a ideia de que indivíduos e coletivos são responsáveis pela sua própria condição de saúde (STOTZ e ARAUJO, 2004). Essa tendência preconizou, portanto, como enfoque a transformação dos comportamentos de indivíduos e comunidades, pautada na ideia de mudança dos estilos de vida e na proposição de processos educativos cujo enfoque recaem no controle de riscos (CARVALHO, 2004).

Verifica-se o delineamento de uma abordagem pautada na prevenção (ainda que

muitas vezes denominada de promoção), focada nos eventos de gravo e morbidade, construída a partir da focalização de grupos vulneráveis, centradas nas ações dos profissionais de saúde embasados em conhecimentos técnicos científicos oriundos da biomedicina. Para Czeresnia (2009, p. 49), “as ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações”.

Essa abordagem de cunho preventivo preconiza ações *sobre e dos* indivíduos, enfatizando a responsabilidade individual de os mesmos transformarem suas condições de saúde.

Nota-se assim que o discurso de fortalecimento da capacidade dos indivíduos e dos grupos sociais para transformarem os processos sociais e de tomada de decisão no sentido de modificação dos determinantes sociais da saúde é passível de diferentes (e inclusive divergentes) abordagens (FRANCO et al., 2010).

Se, por um lado, a compreensão do protagonismo dos indivíduos e populações possa ser considerado um avanço no sentido de envolvê-los enquanto sujeitos sociais de transformação que podem colocar em pauta e em ação as lutas reivindicatórias, por outro, a participação social pode operar como mecanismos de desresponsabilização do próprio Estado, como alertam algumas perspectivas críticas.

Resguardadas as devidas críticas ao caráter neoliberal que forja muitas das proposições do campo da promoção da saúde, vale destacar as importantes contribuições das propostas de participação popular e da noção de *empowerment* cunhada nessa trajetória (CAMPOS, 2013). Construções essas que estão inclusive presentes nas formulações de promoção da saúde mais progressistas do campo.

Em uma abordagem da promoção da saúde mais alinhada à proposição de processos participativos, é fundamental a articulação dos saberes técnicos com os populares, a aproximação entre ações individualizadas e coletivas e a mobilização de recursos diversos para a proposição de estratégias de cuidado.

Também se torna fundamental o reconhecimento da importância dos determinantes gerais sobre as condições de vida, sendo prioritária a construção de intervenções voltadas ao coletivo e ao ambiente sob o formato de políticas públicas universais e equitativas. Segundo Stotz e Araújo (2004, p.15),

A promoção de saúde nos países periféricos depende, em grande medida, de políticas de universalistas em áreas como trabalho, educação saneamento básico e preservação ambiental. Essas, que por sua vez estão vinculadas à política econômica.

Para tais autores a promoção da saúde vincula-se à construção de políticas públicas universais, em detrimento da priorização de políticas focalizadas em grupos mais vulneráveis (como proposto hegemonicamente pela OMS a partir do discurso da equidade) sobre os quais a noção de *empowerment* apresenta-se como alternativa de mudança – ou seja, *empowerment* (empoderamento) relaciona-se com a ideia de participação e fortalecimento da sociedade civil para que esta possa transformar suas condições de vida .

Segundo Stotz e Araújo (2004, p.17), todavia, a noção de *empowerment* “não modifica as condições estruturais geradoras de sua pobreza e exclusão, mas legitima sob a ótica da equidade a soberania limitada na periferia do sistema capitalista”. Dessa forma, ainda que tais autores reconheçam e exaltem a importância da participação popular na construção de estratégias de cuidado à saúde, a noção de *empowerment* não parece ser suficiente, segundo os mesmos, para abarcar a complexidade de tal processo e ainda parece tratar-se de percursos individualizados de responsabilização (STOTZ e ARAÚJO, 2004).

Em diálogo com essa concepção vale destacar a noção de *empowerment* mencionada por Freire em suas obras - organizada a partir de citações de trechos das mesmas sistematizados na publicação “Dicionário Paulo Freire”. Em uma perspectiva freireana, *empowerment* refere-se a processos de tomada de poder, por meio de conquistas históricas (sublinha-se aqui a ideia de *conquista*, em contrapartida à de doação) (GUARESCHI, 2008). Para Freire (1987, p.101) “ninguém liberta a ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”. Tal conceito, só adquire sentido nessa visão, portanto, se são viabilizadas práticas libertadoras em prol da coletividade. Nesse sentido, as propostas de *empowerment* que favorecem percursos individualizados, como citado e criticado por Stotz e Araújo (2004), não parecem coerentes.

Sevalho (2018) classifica o conceito de empoderamento como “escorregadio” por sua relação contraditória com discursos alinhados ao neoliberalismo, por um lado, e com concepções que se contrapõem criticamente a este modelo. Sobre sua ligação com o pensamento de Paulo Freire, Sevalho explica que há autores, como o referido Guareschi (2008), que consagram o termo como fundamental para o pensamento freireano, enquanto no dizer de Ana Freire, viúva de Paulo, o conceito só foi abordado por ele quando respondeu a interpelação sobre o tema, mas, de fato, não foi um conceito pelo qual o educador brasileiro tivesse aceitação.

Carvalho (2004), por sua vez, sublinha que a possibilidade da noção de *empowerment* ser abordada de forma crítica, ou seja, para além de uma vertente subjetiva que preconiza os

processos individuais, esse processo pode ter como resultado “o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas”. Nesse ponto, Carvalho (2004, p. 676) propõe a noção de “*empowerment* comunitário”- que dialoga em certa medida com a leitura freireana do termo.

Esse breve panorama sobre as distintas formas de conceber o conceito de *empowerment*, um dos centrais e mais difundidos no campo da promoção da saúde, exemplifica a polifonia de discursos que atravessam a temática.

Em um campo que não é meramente discursivo, mas essencialmente prático, faz-se fundamental produzir reflexões que favoreçam sua construção conceitual e metodológica, fornecendo elementos para a produção de práticas consistentes e coerentes. Um dos objetivos deste trabalho, portanto, consiste em mapear as distintas compreensões verificadas nas produções científicas a respeito do discurso da promoção da saúde, refletindo sobre as mesmas no diálogo com o campo da cultura.

3.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: REFLEXÕES NO DIÁLOGO COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Um dos importantes eixos de sustentação do modelo teórico-conceitual da promoção da saúde pauta-se no delineamento de práticas educativas inscritas no campo da saúde, aqui denominado de educação em saúde.

Machado e Wanderley (2012, p. 3) destacam que “a educação e a saúde são práticas sociais inseparáveis e interdependentes que sempre estiveram articuladas, sendo consideradas elementos fundamentais no processo de trabalho dos profissionais da saúde”.

A própria PnaPs, de 2006, também preconiza a educação em saúde como fundamental pilar na proposição de ações de promoção da saúde, sendo, inclusive esta Política é fruto de um trabalho que envolveu distintos representantes de órgãos públicos e privados, dentre estes a representação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde (evidenciando a relevante imbricação desses temas) (BRASIL, 2006b).

A temática da educação em saúde, assim como o campo da promoção da saúde, é permeada por uma disputa de discursos e proposições, produzidos por diferentes visões de mundo e projetos societários (MOROSINI et al., 2009).

Uma reflexão sobre as práticas da educação em saúde faz-se aqui relevante, pois estas guardam estreita relação com as proposições vigentes no campo da promoção da saúde,

sendo possível inclusive assinalar que as concepções de saúde, educação e sociedade subjacentes aos dois campos caminham *pari passu* no decorrer de períodos históricos.

Pode-se apontar que historicamente diferentes - e muitas vezes divergentes - modelos de educação em saúde se sucederam, contudo, não se trata de concebê-los a partir de uma visão evolucionista ou linear, mas sim, de situá-los no bojo de uma compreensão a respeito das práticas dominantes “em certos períodos em relação aos problemas de saúde destacados para a intervenção, visando à manutenção da hegemonia da classe dominante” (SILVA et al. 2010, p. 2540). Nessa perspectiva a noção de educação em saúde assume contornos mais conservadores e um lugar de manutenção do *status quo*.

Deve ser enfatizado que a consideração de que a educação é instrumento de controle social e domesticação é explicitada por Freire (1987, 1996).

Valla et al. (2007) reforçam essa reflexão, partindo de uma abordagem crítica e histórica, apontando que

Em se tratando de educação e saúde, os grupos hegemônicos têm como interesse convencer os trabalhadores a seguirem certas regras com intuito de preservar sua força de trabalho em condições minimamente saudáveis, e garantir que o trabalho executado produza o lucro necessário no processo de acumulação do capital (...). Eis, portanto, a invenção de educação e saúde: dominar, explorar, mas se proteger [fazendo menção às condições de vida de grupo subalternos encaradas socialmente como ameaça aos grupos hegemônicos] (VALLA et al., 2007, p. 59).

Stotz (2007), alinhado a essa perspectiva, fazendo uma reflexão sobre os diferentes enfoques ao longo da história a respeito da temática assinala que, do ponto de vista dominante, a educação em saúde tem sido concebida como uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltadas para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas.

Tal concepção considera a educação como um ato normativo, através do qual são transmitidas informações, através de práticas de eminentemente prescritivas e subsidiadas por uma pretensa objetividade, neutralidade e validade universal – base da racionalidade biomédica (STOTZ, 2007).

Observa-se que esse ponto de vista se alinha às abordagens tradicionais e funcionalistas de promoção em saúde, emergentes em meados da década de 1970, que preconizam o enfoque nos indivíduos, a mudança de comportamento e hábitos, o discurso preventivo e a transferência da responsabilidade do Estado, no que tange a resolução de diferentes problemas de saúde, para os sujeitos e grupos sociais, com base no discurso da

participação popular.

Dessa forma, assinala-se que essas concepções mais tradicionais influenciaram sobremaneira o campo da educação em saúde no Brasil, e somente em meados dos anos 1980, perspectivas progressistas passaram a ganhar força no cenário nacional.

Segundo Morosini et al. (2009), tem início, no final do século XIX e no início do século XX, no país, a construção de práticas de educação relacionadas ao campo da saúde, cujas bases situavam-se no higienismo. A Higiene desenvolveu suas proposições centradas na prescrição de normas - relacionadas a diferentes contextos de vida (casa, escola, família, trabalho) – voltada aos indivíduos (daí sua estreita veiculação à ideologia liberal).

Ao longo do século XX outras concepções emergiram e se desenvolveram nesse campo. A partir da década de 1920, passou a predominar a concepção de educação sanitária. Em tal concepção era preconizada a transmissão de conhecimentos pautados no saber médico, aos quais as camadas populares da população deveriam aderir - nesse momento a população alvo eram as famílias e escolares. Evidencia-se que nesse enfoque também recai sobre os indivíduos a responsabilidade pela adesão ou não de hábitos e padrões de vida saudáveis. As atividades de educação desenvolvidas nesse momento eram palestras, conferências e produção de impressos (MOROSINI et al. 2009; SILVA et al., 2010). Cabe ressaltar que esse modelo de educação sanitária até hoje influencia muitas práticas de educação em saúde.

Já na década de 1950, como apontam Silva et al (2010) a concepção predominante passou a ser a educação para a saúde, que emergiu através de práticas de intervenção social que pretendiam propor mudanças nos comportamentos de indivíduos visando à saúde – por isso, muitas destas práticas se davam em contextos coletivos, ou seja, por meio da intervenção em grupos e/ou comunidades. Nessa abordagem a escola se mantém como espaço privilegiado para intervenções, juntamente com os locais de trabalho e comunidades rurais.

Mais uma vez se sublinha que o foco são os indivíduos e os grupos que são compreendidos como responsáveis por sua situação de saúde. Cabe destacar que o desenvolvimento desta concepção guarda estreita relação com a crise do Estado em suprir as demandas de saúde da população. Nesse sentido, conforme discorre Stotz (2007, p. 50) busca-se “compensar no nível individual, problemas de caráter social”.

Nas décadas subsequentes (de 1960 e 1970) as práticas educativas em saúde passaram a ser designadas como educação em saúde pública ou educação em saúde. Foi justamente nesse período que se instaurou o golpe militar no Brasil – cujo ideário acerca de

um projeto societário influenciou sobremaneira as concepções sobre tais práticas. Nesse momento histórico é possível demarcar que o educador em saúde assumia um papel de “treinador”, visando capacitar a população – nesse momento enfoque eram os escolares - para o autocuidado. Nesse período a escola perpetua-se como espaço importante para o desenvolvimento de ações de educação em saúde ao lado dos serviços sanitários (SILVA et al., 2010). Também destaca-se que a metodologia de trabalho era centrada na figura do educador em saúde – modelo esse que também se sustenta em muitas práticas contemporâneas.

Seguindo tal raciocínio, como assinalado anteriormente, observa-se que muitas concepções de educação em saúde, ao longo do século XX, são análogas às práticas de promoção em saúde que pautam-se em intervenções voltadas para a responsabilização de indivíduos e grupos com seus estados de saúde, principalmente através da abordagem de “controle social dos doentes e ou das “populações de risco”” deixando de lado as dimensões social, histórica e econômica envolvidas na produção do processo saúde e doença.

Conforme Stotz (2007) assinala, com base na reflexão de Singer, Campos e Oliveira, os serviços de saúde, nessa perspectiva podem ser considerados

serviços de controle social, cuja finalidade consiste em prevenir, suprimir ou manipular as contradições geradas pelo desenvolvimento capitalista no âmbito da vida social, contradições que aparecem sob a forma de “problema de saúde” (STOTZ, 2007, p. 50)

Ainda que depois da década de 1980, concepções mais progressistas relacionadas às práticas educativas em saúde começaram a se esboçar, esse discurso dominante e tradicional de educação em saúde, consolidado historicamente ao longo do século XX, ainda é muito presente no campo, sendo, portanto, um terreno de disputas.

Uma das abordagens que emergiu no cenário nacional em meados da década de 1980, foi a radical, conforme definida por Stotz (2007), que parte do pressuposto de que “as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde” (STOTZ, 2007, p. 53). Nesse prisma, a educação em saúde orienta-se justamente à transformação dessas condições, e assim situa-se no bojo de lutas políticas mais amplas.

Esse enfoque radical, contudo, pela hipervalorização da educação enquanto processo de transformação das condições objetivas e materiais (pautado sobretudo na persuasão como princípio da ação educativa) desconhece “a dimensão singular dos problemas de saúde, na medida em que não resolve adequadamente a dialética do individual e social no campo da Saúde Pública” (STOTZ, 2007, p. 54).

Sob o horizonte de contemplar justamente essa dialética, do individual, representando pelas necessidades singulares dos sujeitos, e do social, tomado do ponto de vista das necessidades coletivas, a educação popular em saúde se constelou.

3.2 EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE

A educação popular, enquanto domínio de teorias e práticas pedagógicas, se desenvolveu nos países da América Latina, principalmente no Brasil, a partir da década de 1960, como construção política (e militante) e também como prática profissional, ganhando substancial relevância, inclusive internacionalmente, no campo da educação. Essa experiência se delineou inicialmente com base tanto nas proposições de alfabetização direcionadas a jovens e adultos das classes trabalhadoras (populares) como também nos Movimentos de Educação de Base (MBEs) que buscavam articular projetos de alfabetização à ação comunitária. Não se trata aqui de descrever a educação popular meramente como fruto de uma construção passada, mas sim de compreendê-la partir dessa trajetória, mantendo-se aberta, todavia, às “complexas e múltiplas experiências do futuro, não sendo uma experiência restrita a um projeto exclusivo de educação, nem atrelada a uma única instituição” (MACIEL, 2011, p.330).

Segundo Brandão e Fagundes (2006, p.92) a educação popular configura-se, em proposta de educação “formadora da consciência nacional e instrumentalizadora de profundas transformações político-sociais na sociedade brasileira”, construída, portanto sob o horizonte da emancipação humana.

Suas proposições são delineadas com base nas necessidades do povo, portanto, pautadas em sua realidade, tendo como princípio a formação de sujeitos críticos - conscientes e construtores de sua história – e a construção de uma prática libertadora. Evidencia-se aqui a articulação da educação popular com o conceito de *cultura popular*, que segundo Brandão é central para essa abordagem. Para o autor a *cultura popular* pode ser compreendida como a possibilidade de construção de uma *cultura do povo* - uma *cultura de classe*, segundo o mesmo, crítica, consciente e transformadora (BRANDÃO, 1986; BRANDÃO e FAGUNDES 2016).

Buscando elucidar mais profundamente:

A educação popular supõe que as camadas de populações mais marginalizadas e mais pobres se apropriem de um novo saber-instrumento; um saber que pode ser usado diretamente na realização dos objetivos sociais dessas camadas (COSTA,

1977, p.5 apud BRANDÃO, 1984, p. 55)

Cabe ressaltar nesse ponto que é impossível falar em educação popular sem citar o singular legado do educador Paulo Freire (1921-1997) que contribuiu sobremaneira com suas reflexões sobre mobilização, organização e lutas das classes populares.

Para Brandão (1986) as práticas educativas desenvolvidas por Freire junto a grupos oprimidos adquirem particular relevância tornando-o o maior expoente da teoria e prática da educação popular. O autor destaca que Freire não só propôs métodos aplicáveis, mas provocou, essencialmente, a transformação do trabalho pedagógico do educador (uma nova pedagogia) e também “do sentido e do uso político da educação (uma nova práxis de compromisso popular através da educação)” (BRANDÃO, 1984, p. 54).

As propostas freireanas de educação popular se distinguem das de educação tradicional, concebidas e direcionadas *para o povo*, forjadas por classes dominantes e propostas enquanto práticas de controle político e social pautadas na transmissão de informações. Opostamente, as propostas de educação popular consistem em práticas *do povo*, que através dos percursos educativos pautados nos valores culturais populares, almejam a ampliação de seu poder político (BRANDÃO, 1984).

Nessa perspectiva a educação popular se contrapõe radicalmente à educação tradicional, “em que a “informação cultural” em suas múltiplas expressões e a educação eram, ou ainda são, utilizadas como recursos pedagógicos para transferir a setores populares conhecimentos eruditos, carregados da lógica dominante” (BRANDÃO e FAGUNDES, 2016, p. 89).

Cabe sublinhar uma vez mais que a educação popular foi forjada eminentemente em um terreno de luta política e prática militante, ainda que situada no âmbito da educação. Foi possível, contudo, ampliar escopo de alcance das práticas educativas dessa abordagem à medida em que outras articulações foram se concretizando.

É possível resgatar a historicidade de constituição da educação popular e sua interface com a saúde no Brasil – também conhecida como educação popular em saúde - a partir da década de 1970, quando técnicos de saúde inseridos em pequenas comunidades periféricas protagonizaram conjuntamente com lideranças políticas e população locais ações de aproximação entre serviços de saúde e comunidade, seus saberes e necessidades. Nesse contexto, essas iniciativas representaram não somente uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde, como também viabilizaram a participação de novos atores, organizados em movimentos sociais, nos cenários de construção da política de saúde,

e em âmbito maior de democratização da sociedade (PEDROSA, 2007).

É possível apontar portanto que a educação popular em saúde consiste em uma afirmação da educação em saúde como prática que abarca a participação ativa da comunidade, na produção de sentidos para a vida e de percursos emancipatórios, engendrando a “vontade de agir em direção às mudanças que se julguem necessárias” (PEDROSA, 2007, p.15).

É imprescindível referenciar Paulo Freire ao desenvolvimento da educação popular no Brasil, e a fundamentação no seu pensamento é central para a perspectiva da educação popular em saúde, tendo como uma de suas mais relevantes reflexões a consideração das pessoas como sujeitos históricos e criadores e transformadores de sua realidade.

Para Maciel (2011, p.337)

A pedagogia freireana é síntese da teorização implícita na prática de educação popular. Ela traz a consideração do conhecimento como possibilidade de superação de relações verticais contraditórias e de modelos mecanicistas de análise da realidade social e implantação de novas propostas que indiquem esperança e a necessidade de mudança.

A incorporação do saber e da cultura popular enquanto ponto de partida para a elaboração de ações educativas coloca-se radicalmente em oposição à educação tradicional sanitária, notadamente autoritária, fundamentada na transmissão de conhecimento a partir dos detentores do saber e do poder personificados nos profissionais da saúde.

Nessa perspectiva coloca-se como central a participação popular nos processos coletivos de produção de conhecimento e intervenções em saúde, buscando transformar as relações de subordinação historicamente construídas, em favor da autonomia. Pauta-se aqui, na proposição de metodologias participativas, baseadas no diálogo com as classes populares, que a partir de meados da década de 1970, e mais fortemente, da década de 1980, foi ganhando espaços nos cenários formais das universidades e nas políticas de saúde (SILVA et al., 2010).

Para Acioli et al. (2004) a educação popular demanda a produção de práticas metodológicas problematizadoras, que desconstroem o tradicional lugar verticalizado do educador, propondo espaços mais horizontalizados de produção do conhecimento. Um exemplo de uma proposta metodológica afeita à abordagem da educação popular em saúde muito difundida no campo é a construção compartilhada do conhecimento.

A construção de conhecimento implica uma interação comunicacional, em que os sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Nessa perspectiva todos somos educadores e fazemos circular saberes diversos e de diferentes ordens, construídas no enfrentamento coletivo ou individual de problemas concretos (ACIOLI et al., 2004, p.102-103).

Nota-se atualmente uma importante influência da perspectiva da educação popular em saúde em muitas práticas de promoção, alinhadas, neste caso, à concepção de participação popular, no reconhecimento dos distintos saberes para a transformação das condições de saúde e vida, e no entendimento desses movimentos no âmbito de uma luta política por direitos sociais. É justamente a partir dessas acepções que se constela a possibilidade de interlocução com o conceito de ação cultural, sob uma perspectiva freireana, desenvolvida mais à frente neste trabalho.

Em suma, a educação popular em saúde oferece subsídios para a produção de um olhar histórico para os sujeitos, seus grupos, e as condições de saúde e adoecimento que os perpassam e evidencia o papel transformador dos mesmos, enquanto sujeitos históricos.

4. CULTURA: A CONSTRUÇÃO DE UM CONCEITO

O objeto do presente estudo situa-se na interface entre os campos da saúde e cultura. Faz-se fundamental, assim, discutir o conceito de cultura e sistematizar algumas das abordagens teórico- conceituais sobre tal temática.

De antemão cabe assinalar que o tema é permeado por uma pluralidade semântica, conceitual e epistemológica. Abordá-lo, sem dúvida, é um desafio teórico pois o próprio conceito é polissêmico e permeado por distintas perspectivas teóricas - o historiador russo Mezhuiev, por exemplo, em “A cultura e a história”, trabalho produzido na década de 1970, sistematizou mais de trezentas definições sobre cultura em uma só obra (CASCÃO, 2007).

Este trabalho, todavia, não pretende construir uma abordagem exaustiva do conceito, mas sim apresentar um panorama de algumas possibilidades de abarcá-lo, assim como traçar uma contextualização histórica, importantes exercícios para promover uma aproximação o objeto de estudo em questão. Elege-se como fio condutor a leitura da antropologia interpretativa em diálogo com a abordagem historicista do conceito. Busca-se nessa construção tecer possibilidades de articulação com o pensamento freireano a ser desenvolvido mais à frente.

Assinala-se que a tarefa de contextualizar um conceito é importante na medida em que o mesmo se revela como um produto de um processo teórico e metodológico que se faz relevante conhecer em sua utilização, buscando, portanto, tê-lo alinhado à sua trajetória de produção, seu lastro (MENÉNDEZ, 1998).

Para Menéndez (1998) as disciplinas do campo da saúde como a saúde pública, a medicina social e a epidemiologia se apropriam de conceitos formulados pelas ciências sociais e antropologia sem que, geralmente, se haja uma reflexão sobre seu processo de produção teórica e metodológica.

Para o autor, tais conceitos são operacionalizados a partir de uma vertente bastante pragmática, o que revela não somente um desconhecimento das disciplinas do campo da saúde sobre o processo de produção de conceitos pelas ciências humanas, como também encoberta as raízes históricas e ideológicas imbricadas nessa produção (MENÉNDEZ, 1998). Assim, Menéndez (1998) destaca que é de suma importância que se contextualize tais conceitos no âmbito de sua utilização pelas ciências da saúde, uma vez que os mesmos não são neutros.

Segundo Menéndez (1998, p.79),

o uso de conceitos está referido, de forma consciente ou não a teorias (e logo, a “teóricos”) que os produziram dentro de um determinado marco referencial, o que pode implicar discrepância, complementaridade ou antagonismo com a forma pela qual outros marcos teóricos usam o mesmo conceito.

Assim, apesar do conceito de cultura circular de maneira importante nas produções de saúde – o que se verifica pela extensa gama de produções teóricas encontradas em pesquisa bibliográfica a partir da articulação de descritores como “saúde” e “cultura” - faz-se importante “redescobrir o óbvio” como alternativa à utilização do termo de maneira descontextualizada e a-histórica, como se verifica em boa parte das produções (MENÉNDEZ, 1998).

Boehs et al. (2007) corroboram tal reflexão apontando que a consolidação da ampliação do conceito de saúde, e conseqüentemente, do processo saúde-doença-cuidado, a partir, principalmente, do marco da reforma sanitária no Brasil, têm impulsionado os profissionais e pesquisadores do campo a buscarem outros referenciais além dos biológicos, uma vez que se reconhece e valoriza outras dimensões imbricadas no referido processo, dentre as quais figura com destaque a da cultura.

As autoras assinalam que, especificamente, no tocante à educação em saúde, mais precisamente na abordagem da educação popular em saúde, muito se utiliza o conceito de cultura sem que se busque o devido aprofundamento teórico-conceitual.

O conceito de cultura tem sido evocado no ofício do desenvolvimento da educação em saúde, mas não explorado em profundidade pelos autores da chamada corrente de educação popular e pelos profissionais de saúde em geral. Neste sentido, questiona-se: como podemos pensar o compartilhar de cuidados e saberes entre os profissionais de saúde (especialmente os da enfermagem) e os clientes, utilizando o conceito de cultura? De qual conceito de cultura estamos falando? (BOEHS et al., 2007, p. 309)

Faz-se relevante dessa forma, como problematizado pelas autoras, compreender o conceito de cultura de maneira mais aprofundada e sistematizada no campo da saúde.

Como já descrito, o conceito de cultura tem sido trabalhado a partir de diferentes abordagens e vertentes epistemológicas, e pode ser considerado um dos centrais nas ciências humanas, a ponto de praticamente toda uma ciência debruçar-se sobre o mesmo, como no caso da antropologia (SILVA e SILVA, 2006).

Um dos principais expoentes da antropologia que buscou abordar e sistematizar tal conceito foi o antropólogo estadunidense Clifford Geertz, fundador da antropologia

interpretativa. Cabe destacar que essa abordagem teve seu primeiro delineamento a partir da década de 1970, revelando uma concepção diferente das desenvolvidas sobre cultura até então como a concepção de Malinowski - traçada na década de 1920, se propondo ao estudo das sociedades primitivas através do método etnográfico sob o prisma da teoria funcionalista - e a de Lévi-Strauss – datada do final da década de 1940, pautada em ideias originais a respeito do conceito de eficácia simbólica, trazendo grande inovação em relação às teorias anteriores, “incluindo aí aspectos psicanalíticos na compreensão do conceito de cultura” (BOEHS et al., 2007, p. 310).

A antropologia interpretativa inaugura assim uma concepção diferente de cultura, compreendendo-a como um sistema de símbolos, expressa na interação social, onde os sujeitos se comunicam e negociam e compartilham significados.

No primeiro capítulo de sua obra “A interpretação das culturas”, Geertz (1978) afirma que em torno do conceito de cultura surgiu todo o estudo da antropologia, que buscou dar – lhe consistência, delimitá-lo. Geertz constrói e reconstrói diversas vezes o conceito, sendo uma das versões mais citadas aquela que dá à cultura o significado de teia de símbolos que nos enreda, conformando ordenações de comportamento, mecanismos de controle dos quais nos tornamos dependentes.

Para o autor, ainda que sejam diversos os discursos que permeiam tal conceituação, há necessidade de se construir uma coerência interna nas definições, mesmo que se possa incorrer em alguns riscos ao defini-la, como reificá-la ou reduzi-la.

Geertz (1978, p. 4) concebe o conceito de cultura como “essencialmente semiótico”, “não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significado”.

Para Geertz (1978, p. 9-10), “a cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas”, portanto é pública, assim como o significado o é, tratando-se de um “contexto, algo dentro dos quais eles [signos interpretáveis, símbolos] podem ser descritos de forma inteligível”.

Em consonância com tal conceituação, o antropólogo brasileiro Matta (1981, p.2), define cultura como “um conceito chave para a interpretação da vida social”, que consiste, portanto, na “maneira de viver de um grupo, sociedade, país ou pessoa” a partir do compartilhamento de códigos que permitem indivíduos situarem-se em grupos.

Teixeira Coelho, estudioso brasileiro sobre políticas culturais, apresenta uma definição de cultura próxima de tais abordagens, apontando a cultura como “uma forma que caracteriza o modo de vida de uma comunidade em seu aspecto global, totalizante”

(COELHO, 1997, p. 102 - 103). Reitera ainda que esta “não se caracteriza apenas pela gama de atividades ou objetos tradicionalmente chamados culturais, de natureza espiritual ou abstrata, mas apresenta-se sob a forma de diferentes manifestações que integram um vasto e intrincado sistema de significações” – o que, nesse último caso, evidencia uma aproximação com o conceito semiótico e interpretativo de cultura de Geertz (1978).

Marilena Chauí (CHAUÍ, 1994, p. 294-295) também busca sistematizar o conceito de cultura em sua obra “Convite à Filosofia”. Nesta, destaca que a definição de cultura do ponto de vista antropológico assenta-se basicamente em três sentidos: 1. “Criação da ordem simbólica da lei, isto é, de sistemas de interdições e obrigações”; 2. “Criação de uma ordem simbólica da linguagem, do trabalho, do espaço, do tempo, do sagrado e do profano, do visível e do invisível” (através de símbolos que tanto representam como interpretam a realidade); e 3. “Conjunto de práticas, comportamentos, ações e instituições pelas quais os humanos relacionam-se entre si e com a Natureza e dela se distinguem”, conjunto esse que funda a organização social.

Chauí (1994) enfatiza, contudo, que nem todas as definições de cultura advêm da antropologia. Ela aponta que distintas disciplinas lançam uma compreensão sobre tal conceito tais como a filosofia, a sociologia e a história.

Em outra produção sua, “Cultura e Democracia”, Chauí (2008) aborda a emergência histórica desse conceito. A persistência na busca da construção dos conceitos é relevada, como já foi citado, por Menéndez (1998) em sua proposta de “redescobrir o óbvio” e buscar a compreensão do processo de desenvolvimento e produção dos conceitos.

De acordo com Chauí (2008), uma das raízes do conceito de cultura nas sociedades ocidentais modernas remonta ao século XVIII, com a Filosofia da Ilustração, quando a toma como sinônimo de civilização – relacionada, portanto à ideia de vida civil, dessa forma, também de vida política e de regime político: “com o Iluminismo, a cultura é o padrão ou o critério que mede o grau de civilização de uma sociedade”.

Esse conceito de conceito de cultura, cujas raízes derivam do pensamento Iluminista, segundo Chauí (2008) influenciou sobremaneira a emergência da antropologia como ciência no século XIX, associando tal conceito à noção de progresso ou evolução, sendo que, obviamente o padrão para definir tais termos foi o da Europa Capitalista.

As sociedades passaram a ser avaliadas segundo a presença ou a ausência de alguns elementos que são próprios do ocidente capitalista e a ausência desses elementos foi considerada sinal de falta de cultura ou de uma cultura pouco evoluída (CHAUÍ, 2008, p. 55).

Por outro destaca-se que tal conceituação foi importantemente modificada no mesmo século XIX com as obras filosofia alemã (essencialmente a partir Hegel e Marx) que compreende a cultura como ruptura da adesão imediata à natureza, pautada na noção de história – ou seja, a dimensão da temporalidade se coloca como fundamental sob essa ótica (CHAUÍ, 1994; 2008).

Chauí (2008) afirma que essa perspectiva se assenta na concepção de cultura como uma ordem simbólica – que é a ordem humana, em oposição à ordem da natureza - que pressupõe a “capacidade humana para relacionar-se com o ausente e com possível por meio da linguagem e do trabalho” (CHAUÍ, 2008, p. 56). Salienta-se que a categoria trabalho nessa abordagem assume notável importância. A autora assinala nesse sentido que

Há um sentido imanente que vincula meios e fins, que determina o desenvolvimento da ação como transformação do dado em fins e destes em meios para novos fins, definindo o homem como agente histórico (CHAUÍ, 2008, p. 56).

Essa abordagem do conceito de cultura, segundo a autora, fornecerá subsídios para o campo da antropologia, e suas diversas correntes teóricas, no decorrer do século XX.

É nesse momento, com o surgimento da antropologia social e política que se começa a difundir a ideia de *culturas*, em detrimento de *cultura*, ou seja, passa-se a valorizar o caráter diverso e singular de cada cultura, sem atribuir um juízo de valor, como propagavam a perspectiva antropológica evolucionista até o século XX (BARBOSA, 2010).

Chauí ainda traz outra importante contribuição acerca da temática da cultura: a noção de que há diferentes culturas nas sociedades modernas. A autora compreende que nas sociedades modernas a existência de classes sociais distintas – enquanto marco fundador de sua divisão interna - institui o que ela chama de *divisão cultural*, ou seja, demarca a produção de formas distintas de cultura: uma cultura dominante e uma cultura dominada (ou uma cultura de elite e uma cultura popular) (CHAUÍ, 2008).

“Os grupos dominantes narram a história da sociedade de modo diferente e oposto à narrativa dos grupos dominados” - afirma a autora, destacando que a produção cultural das classes dominantes exerce um poder perante à classe dominada (CHAUÍ, 1994, p 296).

Para a autora, sob uma perspectiva crítica, é possível compreender a cultura dominada como cultura popular, que para ela consiste em

(n)aquilo que é elaborado pelas classes populares e, em particular, pela classe trabalhadora, segundo o que se faz no pólo da dominação, ou seja, como repetição ou como contestação, dependendo das condições históricas e das formas de organização populares (CHAUÍ, 2008, p. 59).

Brandão, em diálogo com o pensamento de Paulo Freire, sublinha a importância do termo cultura popular. Primeiramente o autor destaca a dimensão histórica da cultura, “no sentido de que a atividade humana que cria a história é aquela que faz a cultura”, reforçando sua dimensão ética e política, desmascarando a pretensão de neutralidade que o conceito passou a adquirir a partir de certas perspectivas (BRANDÃO, 1986, p. 22). Nessa visada, a noção de cultura popular se assenta na proposta de “retomar a cultura com o objetivo de motivá-la, através de um trabalho político de recriá-la com o povo, para conscientizá-lo *através dela*” (BRANDÃO, 1986, p. 30).

Para o autor essa polarização entre *cultura popular* e *não –popular* é fruto do sistema capitalista – constatação similar à de Chauí, apontada anteriormente. Brandão afirma assim, que a cultura deveria ser humanamente universal, uma cultura de todos: a popular (BRANDÃO, 1986).

Trocando em miúdos isso que dizer o seguinte: há um espaço concreto de luta política que se realiza no domínio da cultura. Uma luta popular que agindo através da *própria* cultura participa da criação de sua *própria* liberdade. [...] A luta popular por recuperar unidade da cultura é uma fração importante da luta política para recuperar a unidade do mundo e da vida social. Mas nem toda luta *cultural* é *popular* (BRANDÃO, 1986, p. 32).

Assim, Brandão coloca em evidência a dimensão política e essencialmente transformadora e dialógica da cultura, baseado no pensamento freireano. Abre espaço essa concepção, para introdução do conceito de ação cultural, que mais à frente será desenvolvido.

No cenário das políticas públicas de cultura que vêm sendo desenvolvidas no país nos últimos anos a definição de cultura guarda relevante semelhança com as conceituações já descritas, por exemplo essa de Gil (2006), então ministro da Cultura:

Como toda atividade humana de cultura, isto é, de “cultivo” do ser em seu processo de humanização, a produção cultural responde a desejos e necessidades da comunidade. Trata-se de uma oportunidade de prazer e deleite, mas também de auto-reconhecimento e de auto-produção (GIL, 2006, p. 3).

Como conceito norteador das ações do MinC desde 2003 a cultura tem sido

compreendida de maneira ampliada. De acordo com o Plano Nacional de Cultura, de 2013, a essa acepção se articulam três dimensões: a simbólica, a cidadã e a econômica (BRASIL, 2013b).

No que se refere à dimensão simbólica, concebe-se “o aspecto da cultura que considera que todos os seres humanos têm a capacidade de criar símbolos”. Nessa dimensão são valorizadas no âmbito da construção das políticas culturais tanto as linguagens tradicionais artísticas como a música, a literatura, a dança e as artes plásticas, como também os saberes tradicionais e as novas práticas artísticas que visam consolidar, através de saberes e fazeres, identidades sociais (BRASIL, 2013b, p.18).

A essa dimensão citada articulam-se tanto a noção de cultura “como modos de vida que caracterizam uma coletividade” (já bastante explorada nesse percurso teórico) como também como “obras e práticas da arte, da atividade intelectual e do entretenimento” que são forjadas em âmbito especializado, no circuito organizado (CANEDO, 2009, s/p). “É uma produção elaborada com a intenção explícita de construir determinados sentidos e de alcançar algum tipo de público, através de meios específicos de expressão” (BOTELHO apud CANEDO, 2009, s/p).

Assim, verifica-se que para além da faceta simbólica da cultura, desenvolvida mais proeminentemente nesse capítulo, há também que se destacar a prática, representada pelas ações de cultura, que muitas vezes se operacionalizam sob o aspecto de linguagem artística. Esse apontamento é bastante relevante uma vez que as ações de cultura, operacionalizadas de diferentes formas, consistiram em recorte fundamental desse estudo considerando a articulação com o campo da promoção.

A segunda dimensão da cultura destacada no PNC, a cidadã, coloca-se no marco das políticas públicas como

O aspecto da cultura que a entende como um direito básico do cidadão. A Constituição Federal incluiu a cultura como mais um dos direitos sociais, ao lado da educação, saúde, trabalho, moradia e lazer. Assim, os direitos culturais devem ser garantidos com políticas que ampliem o acesso aos meios de produção, difusão e fruição dos bens e serviços de cultura. Também devem ser ampliados os mecanismos de participação social, formação, relação da cultura com a educação e promoção da livre expressão e salvaguarda do patrimônio e da memória cultural (BRASIL, 2013b, p. 19).

Essa dimensão pode ser compreendida à luz do pensamento de Chauí, ao que a autora explora a noção de *direito do cidadão*, uma proposição democrática de participação popular no tocante à cultura, que possibilita a todos os atores contribuírem no delineamento das ações

de cultura em todos os seus níveis e momentos (CHAUÍ, 2008).

Nesse ponto a noção de ação cultural, desenvolvida por Teixeira Coelho é elencada como relevante constructo para se pensar o *direito cidadão*. A ação cultural para Coelho (1997) refere-se a um procedimento que viabiliza certa política cultural, envolvendo tanto os agentes culturais e um público determinado, como os recursos materiais necessários para tal na produção de formas inéditas. Do ponto de vista da estruturação da ação cultural, o autor afirma que a mesma se relaciona a quatro fases, níveis ou circuitos do sistema de produção cultural: produção, distribuição, troca e uso (COELHO, 1997, p. 31).

A noção de ação cultural abordada nesse ponto por Coelho (1997) refere-se mais especificamente ao campo das políticas culturais. Embora esse referencial não seja o central do trabalho, uma vez que se opta pelo recorte e entendimento freireano de ação cultural - inscrito no campo da educação, mas sobretudo, no campo de lutas políticas - a noção de Teixeira Coelho aqui se faz pertinente pela possibilidade de articulação com os apontamentos de Chauí, na perspectiva da *democratização da cultura*. Cabe ainda destacar que há uma aproximação do conceito de ação cultural desenvolvido por Coelho, da perspectiva freireana na medida em que sublinha a importância dos processos de participativos no fazer cultura.

Em seu entendimento, somente o início da ação é planejado pelos agentes culturais, e mesma se desenvolverá somente através de uma aposta. Coelho assinala que tal proposta pode ser relacionada ao autor Francis Jeanson, cujo pensamento parece ter sido influenciado por Kant e seu entendimento sobre cultura: esta, como "a produção, num ser dotado de razão, da aptidão geral para os fins que, em sua liberdade, lhe deem prazer" (COELHO, 1997. p. 32).

Assim, para Teixeira Coelho (1997),

A política cultural assume sua expressão máxima na figura da ação cultural, entendida como a criação das condições para que os indivíduos e grupos criem seus próprios fins (COELHO, 1997, p.13)

Tal concepção enfatiza a ação cultural – sob o prisma das políticas culturais- situando a população enquanto participante e transformadora da realidade de acordo com “seus próprios fins”.

Aqui cabe construir uma interlocução com o pensamento de Chauí no que tange a noção de políticas culturais. A autora desenvolve sua reflexão, pautada na ideia de *democratização da cultura*, concebendo a cultura como direito, em detrimento de compreendê-la como mercadoria – processo esse, de mercantilização, base da política

neoliberal (CHAUÍ, 2008).

Chauí (2008) aponta que:

Numa sociedade de classes, de exploração, dominação e exclusão social, a cultura é um direito do cidadão, direito de acesso aos bens e obras culturais, direito de fazer cultura e de participar das decisões sobre a política cultural. Ora, a indústria cultural nega esses traços da cultura. Como cultura de massa, as obras de pensamento e de arte tendem: de expressivas, tornarem-se reprodutivas e repetitivas; de trabalho da criação, tornarem-se eventos para consumo; de experimentação do novo, tornarem-se consagração do consagrado pela moda e pelo consumo; de duradouras, tornarem-se parte do mercado da moda, passageiro, efêmero, sem passado e sem futuro; de formas de conhecimento que desvendam a realidade e instituem relações com o verdadeiro, tornarem-se dissimulação, ilusão falsificadora, publicidade e propaganda (CHAUÍ, 2008, p. 61).

A autora assim se apoia na noção citada anteriormente de *direito do cidadão*, relacionando a essa possibilidade se garantir o direito de acesso às obras culturais produzidas, de fruição, de criação (isto é, produzi-las), e o direito de participar das decisões sobre políticas culturais – direito esse afirmado e refirmado no âmbito dos processos democráticos (CHAUÍ, 2008).

Chauí aponta ainda mais uma definição que pode ser concebida como potente chave de leitura: o de *cidadania cultural*, compreendendo

que a cultura não se reduz ao supérfluo, entretenimento, aos padrões do mercado, à oficialidade doutrinária (que é ideologia), mas se realiza como direito de todos os cidadãos, direito a partir do qual a divisão social das classes ou a luta de classes possa manifestar-se e ser trabalhada porque no exercício do direito à cultura, os cidadãos, como sujeitos sociais e políticos, se diferenciam, entram em conflito, comunicam e trocam suas experiências, recusam formas de cultura, criam outras e movem todo o processo cultural (CHAUÍ, 2008, p. 66).

Essa reflexão sobre cultura, do ponto de vista do direito, também é importante sustentáculo de construção desse trabalho. Uma das hipóteses do estudo foi que a articulação com a cultura, fundamentada na proposta de garantia dos direitos básicos dos sujeitos poderia favorecer a produção de saúde e vida nos territórios, sendo esta uma das possibilidades de aproximação com o campo da promoção da saúde. Com as análises, verificou-se que o eixo de garantia do direito à cultura se dá essencialmente articulado à promoção sob o prisma da intersetorialidade, o que mais à frente será desenvolvido.

Por fim, a terceira e última dimensão de cultura explorada pelo PNC refere-se à dimensão econômica, desenvolvida no âmbito das metas e ações das políticas públicas delineadas no cenário nacional corresponde à “cultura como lugar de inovação e expressão da criatividade brasileira fará parte do novo cenário de desenvolvimento econômico, socialmente justo e sustentável” (BRASIL, 2013b, p. 20).

No presente estudo essa breve tomada acerca da cultura mostra-se relevante não somente para abarcar alguns dos processos afeitos à sua emergência enquanto conceito e algumas de suas abordagens teórico-epistemológicas, mas também para levantar possibilidades de aproximação do mesmo, em suas diversas dimensões com o campo da promoção da saúde.

4.1 CULTURA E AÇÃO CULTURAL: UMA PERSPECTIVA FREIREANA

Se nada ficar destas páginas, algo, pelo menos, esperamos que permaneça: nossa confiança no povo. Nossa fé nos homens e na criação de um mundo em que seja menos difícil amar.

Paulo Freire

Paulo Freire, uma das maiores referências do campo da pedagogia no Brasil e no mundo, é convocado neste estudo enquanto contribuição para a produção de um sustentáculo teórico para o desenvolvimento das reflexões sobre cultura e ação cultural. Seu legado é verificável não só no campo da pedagogia, mas também em muitas outras áreas que comportam proposições afeitas à construção de pensamentos e práticas progressistas, comprometidos com a transformação da realidade.

Em sua obra, Paulo Freire dedica-se amplamente à educação de adultos, mais especificamente à questão da alfabetização, entendendo que a mesma possibilita a construção de um processo de conscientização, que por sua vez, contribui para a “prática da liberdade” (FIORI, 1987, p.18).

A proposta da pedagogia freireana está diretamente relacionada à cultura e dela justamente parte. A palavra, como aporte central do processo de alfabetização, para Freire é a possibilidade de construção de mundos e de compartilhamento de significados. Esta é parte fundamental da criação da cultura, encerrando em si, precisamente por isso, uma possibilidade transformadora (FIORI, 1987).

De acordo Fiori (1987), que escreve o prefácio do livro “Pedagogia do Oprimido”, a alfabetização proposta por Freire não se funda na repetição de palavras, ao contrário, propicia que cada sujeito possa dizer sua própria palavra como possibilidade de criação de cultura e de mundo.

Paulo Freire (1982) argumenta que para a superação da ideia mecanicista de alfabetização é necessário partir de uma discussão junto aos educandos que os

contextualizem em sua realidade. Existência *em e com* o mundo, como descreve (FREIRE, 1978, p.65). Palavras geradoras, assim denominadas essas disparadoras do processo de alfabetização em sua pedagogia, são carregadas da cultura do povo, de seus significados, de sua história, de sua luta, de sua dor (WEFFORT, 1982).

Freire propõe, a partir disso, como método educacional os “círculos de cultura”. Como etapa inicial dos mesmos propõe uma discussão sobre a distinção entre os dois mundos: o da cultura e o da natureza, justificando que explorar o conceito de cultura permite ao educando descobrir-se criticamente como fazedor de cultura – dimensão fundamental de sua compreensão sobre a temática. O autor parte, portanto, do conceito antropológico de cultura para forjar um dos alicerces fundamentais de sua pedagogia (WEFFORT, 1982).

Segundo Weffort (1982, p.5) “busca-se no círculo de cultura, peça fundamental no movimento de educação popular, reunir coordenador, algumas dezenas de homens do povo, no trabalho comum pela linguagem”.

O círculo de cultura, em seu método fundamenta-se em “re-viver” a vida em profundidade. Tal proposta se baseia na experiência, reforçando que a consciência advém do que é vivido: “todos juntos em círculo, e em colaboração, re-elaboram o mundo e, ao reconstruí-lo, apercebem-se de que, embora construído também por eles, esse mundo não é verdadeiramente para eles” (FIORI, 1987, p.17). Através dessa abordagem os participantes podem a partir de diferentes formas, tomar consciência de seu lugar, refletindo e agindo, criticando e transformando.

Freire destaca que no momento inicial dos círculos de cultura se discute o próprio conceito conforme elucida: “debate-se a cultura como aquisição sistemática de conhecimentos e também a democratização da cultura”. Exemplifica: “‘A democratização da cultura’, disse certa vez um desses anônimos mestres analfabetos, ‘tem de partir do que somos e do que fazemos com o povo. Não do que que pensem e queiram para alguns de nós’” (FREIRE, 1982, p.141).

O autor então em sua obra não trata o conceito de cultura de maneira hermética, abstrata ou reificada, mas sim como elemento constituidor e constituinte do humano. Processo e produto. Criação permanente. Nunca dicotomizado do processo de tomada de consciência. Explicita da seguinte maneira sua compreensão:

A cultura como o acrescentamento que o homem faz ao mundo que não fez. A cultura como resultado de seu trabalho. O sentido transcendental de suas relações. A dimensão humanista da cultura. A cultura como aquisição sistemática da experiência humana. Como uma incorporação, por isso crítica e criadora, e não como uma justaposição de informes ou prescrições “doadas”. A democratização

da cultura. – dimensão da democratização fundamental. O aprendizado da escrita e da leitura como uma chave com que o analfabeto iniciaria a sua introdução no mundo da comunicação escrita. O homem, afinal, no mundo e com o mundo. O seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto (FREIRE, 1982, p. 109)

Paulo Freire, que parte de uma perspectiva dialógica, evidencia a relação da cultura com o trabalho. Segundo Osowski (2008, p. 106), Freire apreende cultura como “atividade humana de trabalho que transforma, produzido por diferentes movimentos e grupos culturais constituidores do povo”. Povo este formado por mulheres e homens, letrados e iletrados, que são todos “fazedores de cultura, [que] criam e recriam condições que os tornam sujeitos críticos”; “que aceitam e respondem aos desafios, alterando e dominando continuamente a natureza, dinamizando e humanizando sua realidade” (OSOWSKI, 2008, p.107).

Tal entendimento alinha-se a uma ótica transformadora, crítica e solidária, fundamentada na dialogicidade e viabilizada por uma educação libertadora. Para Freire (1987) o conceito antropológico de cultura é um tema que guarda a concepção de mundo formulada pela população enquanto sujeitos de sua existência.

Em seu trabalho “Pedagogia do Oprimido” Freire (1987, p. 52) ressalta que

A diferença entre os dois, entre o animal, de cuja atividade, porque não constitui “atos-limites”, não resulta uma produção mais além de si e os homens que, através de sua ação sobre o mundo, criam o domínio da cultura e da história, está em que somente estes são seres da práxis. Somente estes são práxis. Práxis que, sendo reflexão e ação verdadeiramente transformadora da realidade, é fonte de conhecimento reflexivo e criação. Com efeito, enquanto a atividade animal, realizada sem práxis, não implica em criação, a transformação exercida pelos homens a implica.

Freire segue ainda afirmando que diferentemente dos animais, os homens se relacionam com o tempo, dimensão essa sublinhada por Chauí como fundamental em algumas definições de cultura que operam com uma ruptura com a tradição iluminista do conceito, especialmente as conceituações desenvolvidas por autores da filosofia alemã, que se assentam em uma perspectiva historicista de cultura.

O autor articula a proposta de uma potência transformadora à dimensão da temporalidade, na medida em que compreende a irrupção de um futuro possível através do que ele denomina de “inédito viável”: uma saída para transcender “situações –limite” (que se apresentam aos homens como se fossem esmagadoras, determinantes históricas que não guardam outras possibilidades além da adaptação).

A cultura letrada não é invenção caprichosa do espírito; surge no momento em que a cultura, como reflexão de si mesma, consegue dizer-se a si mesma, de maneira definida, clara e permanente, A cultura marca o aparecimento do homem no largo da evolução cósmica. A essência humana existencia-se, autodesvelando-se como história. Mas essa consciência histórica, objetivando-se reflexivamente, surpreende-se a si mesma, passa a se dizer-se, torna-se consciência historiadora: o homem é levado a escrever sua história. Alfabetizar-se é aprender a ler essa palavra escrita em que a cultura se diz e, dizendo-se criticamente, deixa de ser repetição intemporal do que passou, para temporalizar-se, para conscientizar sua temporalidade constituinte, que é anúncio e promessa do que há de vir. O destino, criticamente, recupera-se como projeto (FIORI, 1987, p. 18).

Em suma, para Paulo Freire a compressão de cultura é eminentemente histórica, coletiva e demarca um terreno passível de ser transformado por aqueles que por ela são constituídos e, da mesma, a produzem. Dessa compreensão decorre, por conseguinte, o que entende por ação cultural, um dos conceitos também centrais deste estudo.

O termo ação cultural, segundo Dorneles, com base em apontamentos de Cunha, emergiu no cenário europeu pós- guerra, em meados da década de 1960. A emergência desse conceito se deu aliada à concepção de educação popular desenvolvidas na França, Alemanha e em países nórdicos, muitas vezes associadas à noção de animação cultural, que segundo a UNESCO, nesse momento histórico, poderia ser definida como: “métodos e técnicas de educação de adultos, exercidos fora dos regimes escolares tradicionais”. Posteriormente, aliou-se à essa noção a ideia de ação socioeducativa, nos anos 1960 (DORNELES, 2011, p. 32).

Para a autora, Paulo Freire parece ter incorporado em certa medida tais raízes do termo ação cultural para desenvolver seus apontamentos sobre tal conceito (DORNELES, 2011).

Cabe ressaltar que na década de 1960 na América Latina e especialmente no Brasil se iniciavam as reflexões e produções sobre educação popular, constituindo assim, terreno profícuo para a incorporação desse conceito na perspectiva freireana (BRANDÃO, 1984).

O autor aponta que a ação cultural consiste sobretudo em ação política: “ação política junto aos oprimidos tem de ser, no fundo, ‘ação cultural’ para a liberdade, por isso mesmo, com eles” (FREIRE, 1987, p.53). Reitera-se com esse conceito sua visão do homem enquanto sujeito histórico e, portanto, da práxis – da ação e reflexão sobre o mundo.

Cabe ressaltar que Paulo Freire concebe que há uma cultura dominante (em oposição à cultura popular) nas sociedades capitalistas que se propaga enquanto norma perante à classe oprimida, o que Chauí define como ideologia – “o resultado da imposição da cultura dominantes à sociedade inteira, como se todas as classes e todos os grupos sociais pudessem e devessem ter a mesma cultura, embora vivendo em condições sociais diferentes” (CHAUÍ, 1994, p. 296).

Morishita (2006, p.12) ressalta, em congruência com tal entendimento, que é a classe hegemônica que “cultiva o mito de que somente o que ela reconhece como cultura tornará alguém culto (geralmente é o que ela mesma produz), e assim desconsidera o significado da ação transformadora do mundo pelas classes marginalizadas”, em outras palavras, a ideologia da classe dominante se coloca como “cultura-norma” para o restante da sociedade.

Na medida, porém, em que a introjeção dos valores dos dominadores não é um fenômeno individual, mas social e cultural, sua extrojeção, demandando a transformação revolucionária das bases materiais da sociedade, que fazem possível tal fenômeno, implica também numa certa forma de ação cultural. Ação cultural através da qual se enfrenta, culturalmente, a cultura dominante. Os oprimidos precisam expulsar os opressores não apenas enquanto presenças físicas, mas também enquanto sombras míticas, introjetadas neles. A ação cultural e a revolução cultural, em diferentes momentos do processo de libertação, que é permanente, facilitam esta extrojeção (FREIRE, 1981, p. 44).

Verifica-se assim, que Freire entende a ação cultural de caráter libertador como processo que se dirige à tomada de consciência dos sujeitos de seu lugar histórico e de sua realidade: “as formas de ação cultural (...) têm, contudo, o mesmo objetivo: aclarar aos oprimidos a situação objetiva em que estão, que é mediatizadora entre eles e os opressores, visível ou não” (FREIRE, p. 1987, p. 101).

Há que se sublinhar também o fato de Freire definir ação cultural a partir de seu caráter eminentemente coletivo, da qual participam as singularidades dos sujeitos, mas imprescindivelmente se articula à noção de classe (FREIRE, 1987). Para o autor essa dimensão coletiva é fundamental no processo de transformação a partir da ação cultural: “ninguém liberta a ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”.

Nessa visada, é impossível conceber o conceito de ação cultural dissociado do campo de lutas por uma sociedade mais justa e igualitária, portanto para Freire a ação cultural está imbuída de uma pretensão revolucionária, ou seja, carregar consigo a possibilidade de engendrar o novo (FREIRE, 1982;1987).

“Toda ação cultural é sempre uma forma sistematizada e deliberada de ação que incide sobre a estrutura social, ora no sentido de mantê-la como está ou mais ou menos como está, ora no sentido de transforma-la” (FREIRE, 1987, p.117). Ou a ação cultural está a serviço da dominação ou a serviço da libertação dos homens, por isso é importante nesse momento situar que neste trabalho parte-se de uma concepção de ação cultural como libertação.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

Para Fourez (1995) a ciência emerge como uma representação de mundo que se distancia das demais cotidianas forjadas por uma visão espontânea. Para construir esse distanciamento é necessário que a ciência estabeleça sistemas teóricos que “aparecem como interpretações que organizam nossa percepção” (FOUREZ, 1995, p.67). Tais sistemas configuram-se em criações humanas, visões poéticas – compreendendo *poética* em sua etimologia, do grego, “criar, fazer” (PRIGOGINE e STENGERS apud FOUREZ, 1995). Assim, para se produzir as representações científicas são necessárias ferramentas intelectuais, os métodos e as técnicas, que se constelam ligados a projetos específicos.

No presente estudo delinham-se ambos os conceitos. Esse capítulo pretende explorar o caminho traçado para a produção de conhecimento, caminho esse processual e flexível, que se produziu ao longo da própria caminhada.

5.1 REVISÃO DE LITERATURA

O presente trabalho consiste em pesquisa teórica, mais precisamente em uma revisão de literatura. Trata-se de um método de pesquisa baseado no processo “de busca, análise e descrição de um corpo de conhecimento” (IP USP, 2015, s/p) com o objetivo de fundamentar teórica e cientificamente uma investigação acerca de um assunto específico (ERCOLE et. al., 2014).

As revisões de literatura buscam construir panoramas, sínteses e análises do conhecimento produzido a respeito de certa temática, “além de apontar lacunas, que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos” (BORBA et. al. 2012, p. 170), consistindo assim, em relevante método para a produção de conhecimento.

Através desse método criterioso é possível se entrar em contato com um panorama compreensivo a respeito da temática em questão (ROTHER, 2007).

Ressalta-se que no âmbito da produção de conhecimento científico em geral costuma-se atribuir apenas às pesquisas de campo a possibilidade de criação de raciocínios inéditos, contudo as revisões também produzem informações inéditas e amplas sobre um assunto, apenas com o diferencial do modo e do meio de obtenção de dados. Segundo Santos (2007, p. 105) trata-se de um “pensamento novo” a respeito de [uma] ‘realidade velha’”.

De acordo com Vosgerau e Romanowsky (2014) os estudos de revisão podem ser classificados em dois grupos: as revisões que mapeiam e as revisões que avaliam e

sintetizam. Segundo as autoras “as revisões de mapeamento têm como finalidade central levantar indicadores que fornecem caminhos ou referências teóricas para novas pesquisas” (VOSGERAU e ROMANOWSKY, 2014, p.174-5) e é justamente esse tipo de revisão que se processou na presente dissertação.

Foi construído um mapa teórico, um panorama, a partir de “um exame de perspectivas, multiplicidade e pluralidade de enfoques” (VOSGERAU e ROMANOWSKY, 2014, p.171) sobre a temática estudada. A produção desse panorama pode ser denominada de pesquisa de “estado da arte” (VOSGERAU e ROMANOWSKY, 2014).

Embora ainda pouco utilizada no Brasil, a pesquisa de estado da arte tem aparecido nas produções acadêmicas de maneira mais frequente, especialmente nas inscritas na área de educação (RIBEIRO E CASTRO, 2016). Já na área da saúde, esse mesmo tipo de pesquisa costuma ser denominada de revisão narrativa (VOSGERAU e ROMANOWSKY, 2014).

Para Ribeiro e Castro (2016, s/p)

o estado da arte é importante para a área da pesquisa de maneira geral, porque abarca consigo a análise e resultados de várias pesquisas de determinada área do conhecimento, constituindo-se assim, como rica fonte de consulta para outros pesquisadores, quando feita com rigor.

Em congruência:

um estado da arte é um mapa que nos permite continuar caminhando; um estado da arte é também uma possibilidade de perceber discursos que em um primeiro exame se apresentam como descontínuos ou contraditórios. Em um estado da arte está presente a possibilidade de contribuir com a teoria e prática [de uma área do conhecimento](MESSINA apud VOSGERAU e ROMANOWSKY, 2014, 170).

Assim, as revisões, especialmente as que mapeiam, são métodos de pesquisa que fornecem subsídios para se promover um confronto dos diferentes enfoques e perspectivas que permeiam as produções científicas sobre um tema, apontando tanto as congruências como as contradições encontradas (ECHER, 2001). A partir justamente do “confronto da opinião de diferentes autores nasce uma posição a respeito de um determinado assunto” (ECHER, 2001, p. 8).

No caso particular deste trabalho, a partir da revisão de literatura, foi possível confrontar as diferentes perspectivas de promoção da saúde e cultura e, analogamente, como o conceito de ação cultural pôde (ou não) a estas associar-se.

As fontes utilizadas nas revisões de literatura para o desenvolvimento das análises, o *corpus* da pesquisa - que nada mais é que o “conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 2011, p. 126) - podem ser as

mais diversas: “livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações, entre outros” (IP USP, 2015, s/p).

Neste estudo o *corpus* da pesquisa delimitou-se à artigos científicos nacionais disponíveis na íntegra nas bases virtuais.

Destaca-se que este trabalho foi dispensado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública ENSP/ Fiocruz de apreciação ética pelo Sistema CEP – CONEP por se tratar de pesquisa desenvolvida exclusivamente com dados de bases secundárias disponíveis para acesso público e irrestrito (Anexo A).

5.1.1 Estratégia de busca

A construção da estratégia de busca se dá intrinsecamente ligada aos objetivos do estudo e visa levantar um universo de materiais a partir de sucessivos recortes para que depois possam ser selecionados mais precisamente através de regras e critérios definidos. Destaca-se que o método científico se baseia na reprodutibilidade, ou seja, a partir da descrição minuciosa de todos os passos do método é possível reproduzir uma determinada experiência em qualquer lugar e por qualquer pessoa. Por isso a necessidade da descrição tanto da estratégia de busca como dos critérios de inclusão e exclusão das produções localizadas.

Para a produção desta revisão de literatura optou-se por fazer a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma plataforma que articula dados de diversas bases simultaneamente, como LILACS, MEDLINE, IBECs, Biblioteca Cochrane e Scielo (<http://brasil.bvs.br/>).

Para operacionalização da busca na base citada foi feita, primeiramente, uma consulta ao portal Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Verificou-se com isso a possibilidade da utilização dos descritores “promocao da saude” e “cultura”.

Para garantir maior abrangência dos resultados foi utilizado como recurso de pesquisa o truncamento da palavra “cultura” (cultur\$), garantindo a localização de produções que utilizavam o termo sob diferentes formas como: cultural, culturais, culturas.

Ainda, delimitou-se a pesquisa pelo cenário nacional considerando que tal recorte já forneceria dados ricos e abrangentes suficientes a respeito da temática pesquisada (recorte esse que se operacionalizou através da inclusão na estratégia de busca do país de afiliação – *afp*: “brasil”).

Assim foi utilizada a seguinte estratégia de busca na BVS "promocao da saude"

AND⁴ cultur\$ AND afp:"brasil" pelos campos *assunto, título e resumo*, aliada à aplicação dos filtros: produções disponíveis, artigos e idioma português.

Destaca-se que tal busca foi realizada em abril de 2016, dessa forma, é possível que investigações posteriores se deparem com um universo mais amplo em relação ao verificado naquele momento.

Não foram realizadas buscas por outros descritores que em geral se relacionam aos anteriores, como por exemplo, “educação em saúde” (que se relaciona com “promoção da saúde”) por entender que o escopo da investigação se ampliaria demasiadamente, e por considerar ainda que a localização de trabalhos relacionados à temática da educação em saúde consistiu em material de análise (e um dos resultados) na presente dissertação.

5.1.2 Seleção dos trabalhos científicos

Após o delineamento da estratégia de busca procedeu-se à seleção das publicações, mais uma vez em diálogo com os objetivos do estudo.

Como critério de inclusão se estabeleceu a centralidade dos temas “promoção da saúde” e cultura nas produções localizadas.

Salienta-se também que pela complexidade e amplitude do termo cultura, neste estudo optou-se por investigá-la apenas no tocante à sua dimensão prática, ou seja, foram selecionados apenas trabalhos que tratavam de **ações de cultura** alinhadas, de alguma forma, ao campo da promoção da saúde. Assim, estudos que tratavam de cultura na correlação com o campo saúde do ponto de vista unicamente conceitual, ou inseridos na vertente da antropologia médica, por exemplo, foram excluídos.

Foram obtidas 244 produções como resultado da utilização da estratégia de busca descrita. Tais produções foram lidas preliminarmente em seu título e resumo para a seleção. Foram excluídas as produções cuja temática central não se articulava ao tema do presente trabalho e as repetidas, totalizando 31 artigos selecionados, que constituíram o *corpus* dessa pesquisa.

5.2 PROCESSO DE ANÁLISE

Para além da descrição do método, com a explicitação dos procedimentos (estratégia

⁴ AND refere-se a um operador booleano que conjuga termos. Assim, como o objetivo da busca era localizar produções que tratavam de ambas as temáticas simultaneamente se utilizou tal recurso.

de busca e seleção da produção) que o compuseram, na construção de um trabalho científico é necessário se explicitar também a forma como se processa a análise.

Fourez (1995, p.81) compreende a ciência como “uma tecnologia intelectual destinada a fornecer interpretações do mundo que correspondam ao nosso projeto” e, para sua construção são articuladas técnicas intelectuais, por sua vez, também representativas. Nessa empreitada de se fazer ciência não se trata de buscar uma técnica verdadeira em si, mas sim, uma técnica que melhor se articule a um certo projeto. Assim, para o autor, na prática científica não se produzem verdades absolutas, o que se produz são proposições aceitáveis na medida em que são formuladas a partir de uma série de critérios específicos (FOUREZ, 1995).

Para a realização das análises neste estudo recorreu-se à análise de conteúdo de Lawrence Bardin (2011) uma vez que se entendeu como pertinente tal abordagem para se produzir resultados em diálogo com os objetivos. Além disso é notável a relevância e aceitabilidade desta técnica analítica no meio acadêmico o que contribui com a confiabilidade e validade da pesquisa (MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

Bardin (2011, p. 15) conceitua a análise conteúdo como

Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e conteúdos) extremamente diversificados. O fator comum dessas técnicas múltiplas e multiplicadas (...) é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

Em suma, trata-se de um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2011, p.37). O campo de aplicação é, segundo a autora, extremamente vasto, pois qualquer comunicação – “isto é, qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor” (BARDIN, 2011, p.38) – pode ser destrinchado pela análise de conteúdo.

Severino (2002) dialoga com tal proposição ao recomendar como uma das diretrizes para a leitura, análise e interpretação dos textos o aporte em uma teoria da comunicação, que pode auxiliar na construção de justificativas para a adoção de critérios e recortes utilizados no processo de análise. Corrobora a mesma noção de comunicação apresentada por Bardin (2002): “pode-se partir da consideração de que a comunicação se dá quando da transmissão de uma mensagem entre um emissor e um receptor(...). Este é o esquema geral apresentado pela teoria da comunicação” (SEVERINO, 2002, p. 48). Dessa forma, as produções científicas, sob a forma de artigo, constituem campo passível de aplicabilidade desta análise.

Bardin (2011) sistematiza de maneira bastante pragmática três fases que compõem a

análise de conteúdo: 1. a pré-análise, 2. a exploração do material e 3. o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é produzida a partir de três dimensões: a) a delimitação dos objetivos e hipóteses - que nesse estudo se delineou muito cedo, ao se desenhar o projeto; b) a escolha dos documentos submetidos à análise – processo esse que visa a construção de um *corpus* de pesquisa, descrito minuciosamente no item anterior; c) a elaboração de indicadores que norteiam a produção dos resultados - os mesmos são produzidos a partir de recortes dos materiais de análise em diálogo com os objetivos do trabalho, ou seja, baseados nas perguntas de pesquisas (BARDIN, 2011, p. 125).

Cabe destacar que os indicadores são elaborados a partir de índices, assim, são conformadas unidades de desmembramento dos conteúdos do material (unidades de análise ou unidades de significados). São esses elementos que possibilitam a codificação e categorização (BARDIN, 2011; MOZZATO e GRZYBOVSKI, 2011).

A exploração do material tem como finalidade a aplicação sistemática em todo o *corpus* da pesquisa das decisões tomadas na pré-análise. Destaca-se que é nessa etapa que se concretiza a operacionalização dos recortes delineados (construção de indicadores, codificação e categorização) (BARDIN, 2011).

Por fim, realiza-se a terceira etapa por meio de uma confrontação sistemática do material, buscando a produção de resultados significativos e válidos, com base nas relações qualitativas e quantitativas entre os indicadores. Nesta fase são produzidos os processos de inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

Dentre as diversas possibilidades técnicas de análises de conteúdo, situa-se a análise temática (ou categorial), feita mediante uma reflexão, baseadas na inferência e interpretação, sobre a relação entre os temas (categorias). Foi justamente esta técnica de análise empregada neste estudo.

5.2.1 Desenvolvimento da análise

Após a seleção dos 31 artigos que compuseram o *corpus* dessa pesquisa, os mesmos submetidos a uma leitura flutuante (como Bardin [2011] indica que se realize na pré-análise) para que desse material fossem extraídas impressões e orientações para a subseqüente aplicação das técnicas de análise.

Subseqüentemente se procedeu à uma descrição analítica dos conteúdos do *corpus* da pesquisa. Segundo Bardin (2011) esta descrição “funciona segundo procedimentos

sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem”. Nessa etapa, ainda na pré-análise, foram definidos critérios classificatórios e indicadores, e foram forjadas as categorias de análises.

O universo de 31 artigos primeiro foi submetido à uma classificação, com o objetivo de descrever ordenadamente algumas características da produção analisada, agrupadas por critérios comuns.

Os estudos selecionados foram classificados de acordo com 10 características: título, autor (es), ano de publicação, periódico, instituição de produção, área de conhecimento/atuação, tipo de estudo, público alvo das ações desenvolvidas, estratégia(s) e contexto. As produções selecionadas, com sua respectiva classificação, foram sistematizadas em um quadro produzido no programa Microsoft Excel e podem ser verificadas no apêndice A desta dissertação.

Essa classificação de caráter descritivo forja material valioso, a partir da construção de categorias analíticas – que nada mais são do que uma “espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos das mensagens” (BARDIN, 2011, p. 43) - para a interpretação e inferência, em uma primeira etapa da análise.

Após o momento de classificação, se procedeu à construção de uma matriz analítica temática em função do objetivo de “analisar as concepções de cultura e de promoção de saúde presentes na literatura selecionada”. Para tal optou-se pela construção de dois grandes indicadores: promoção da saúde e cultura. Como Bardin (2011) aponta cada indicador é composto por índices, que nesse estudo se operacionalizaram em palavras-tema e frases que surgiram a partir da leitura flutuante dos artigos e foram reforçadas em sua pertinência a partir do diálogo com o quadro teórico.

Os índices agrupados pelas suas características comuns (unidades de registro – palavra - e unidade de contexto – a que se referenciava tal palavra; além dos temas) forneceram subsídios para o processo de codificação e categorização. A sistematização dos índices e indicadores foi desenvolvida através da construção de planilhas no programa Microsoft Excel.

As categorias que daí emergiram não foram elaboradas de antemão, mas sim, foram sendo produzidas a partir do próprio processo de confrontação do material, umas das possibilidades de construção de categorias que Bardin (2011, p.149) afirma como possível: “o sistema de categorias não é fornecido, antes resulta da classificação analógica e progressiva dos elementos”. Foram construídas nessa etapa 5 categorias relacionadas ao

indicador “promoção da saúde”, e 4 relacionadas ao indicador “cultura” (apêndice B).

Por fim, após toda a exploração do material, a produção de resultados se deu a partir da interpretação e da inferência tanto a partir da classificação inicial como do conteúdo explorado a partir da matriz de análise descrita. Optou-se nesse trabalho por apresentar os resultados simultaneamente com a discussão produzida. Para Bardin (2011, p.47) a análise de conteúdo se baseia na inferência e se processa através da articulação “[d]a *superfície dos textos*, descrita e analisada (pelo menos alguns elementos característicos) e [d]os *fatores que determinaram estas características*, deduzidos logicamente”.

A discussão foi elaborada na intersecção de relações quanti e qualitativas e em diálogo com o marco teórico do estudo.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CLASSIFICAÇÃO DOS ARTIGOS

O primeiro momento do processo de análise se constituiu a partir da classificação dos artigos selecionados e analisados. Como já apontado no percurso metodológico, a classificação dos mesmos pretende descrever de forma sistemática algumas informações da produção, organizada por critérios comuns (BARDIN, 2011). Mais do que uma tarefa meramente descritiva essa classificação, que forja também categoriais analíticas, fornece importantes indícios para a discussão da produção estudada.

Nessa etapa do processo de análise foram levantadas informações que compuseram dez (10) categorias: título, autor (es), ano de publicação, periódico, instituição de produção, área de conhecimento/atuação, tipo de estudo, público alvo das ações desenvolvidas, estratégia(s) e contexto. As produções selecionadas, com sua respectiva classificação, foram sistematizadas em um quadro produzida no programa Microsoft Excel e podem ser verificadas no apêndice A desta dissertação.

Conforme descrito no percurso metodológico, a apresentação dos resultados e a discussão foram produzidos de maneira contínua. A seguir são apresentados os resultados oriundos da classificação com a discussão análoga.

6.1.1 Título e ano de publicação

Primeiramente optou-se por apresentar o título e o ano de publicação. Os dados foram extraídos do quadro mais completo que se encontra no apêndice A e foram exibidos sinteticamente abaixo:

Quadro 1: Classificação dos artigos por: Título e Ano de Publicação. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

	título	ano
a1	Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura	2015
a2	Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores	2015
a3	O uso de plantas medicinais na promoção da saúde e na valorização da cultura popular em um Programa Saúde da Família	2014

	titulo	ano
a4	O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro	2015
a5	Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde	2014
a6	Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar	2014
a7	Juventude, violência e ação coletiva	2014
a8	Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas	2014
a9	Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica	2014
a10	Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório	2013
a11	Promoção da Saúde e Intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte	2013
a12	Mobilização social: a comunidade como protagonista. Um relato de experiência	2012
a13	Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões	2012
a14	Sociedade, cultura e saúde: motivação na utilização de espaço público de lazer	2012
a15	Literatura de cordel como estratégia educativa para prevenção da dengue	2011
a16	Papo irado: tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes	2011
a17	Ações da terapia ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa	2011
a18	Promoção da saúde de mães adolescentes: investigação temática de Freire na Saúde da Família	2011
a19	Unimontes solidária: interação comunitária e prática médica com a extensão	2011
a20	Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem	2011
a21	Expressividade e sensorialidade: por uma metodologia da educação física na saúde de idosos	2011
a22	Extraíndo lições de uma história inconclusa: política pública para adolescentes em Serra/ES	2011
a23	Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças	2011
a24	O teatro como estratégia para a construção da paz	2010
a25	Do diagnóstico à ação: programa Se Bole Olinda: estratégia intersetorial de promoção da saúde através da atividade física	2009
a26	A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica	2009
a27	Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno	2008
a28	Influência da universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos	2007
a29	Ações de promoção e educação em saúde: satisfação dos freqüentadores de uma instituição promotora de saúde	2007

	titulo	ano
a30	Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes	2006
a31	Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos	2005

- **Título**

A primeira categoria *título* fornece indícios sobre o assunto e conteúdo do documento (ABNT, 2002). Essas breves construções textuais também são passíveis de terem seus conteúdos analisados na medida em que explicitam uma mensagem, fundando uma comunicação entre emissor e receptor.

Cabe refletir que a construção do título busca evidenciar o enfoque - a temática central que identifica a produção - proposto pelo (s) autor (es). Dessa forma, na análise dos mesmos só se ateuve aos conteúdos explícitos, ou seja, aqueles passíveis de compreensão em apenas uma primeira leitura, sem conhecer o conteúdo dos respectivos artigos.

Verificaram-se aproximações quanto aos temas centrais abordados. Índices foram usados para capturar a repetição dos temas através de palavras (a presença de certas palavras nos títulos) e da construção textual (pontuação e uso de preposições, por exemplo). Foram produzidas as seguintes subcategorias: promoção da saúde, cultura, educação em saúde, articulação intersetorial, prevenção, metodologias/estratégias.

No que tange a subcategoria *promoção da saúde* – identificada pelo uso explícito dessa mesma expressão - notou-se sua ocorrência 11 vezes, nos artigos: a3, a5, a8, a10, a18, a25, a26, a27, a29, a30 e a31.

Cultura, enquanto subcategoria analítica – identificada pelo emprego da palavra em si, da derivação “sociocultural” ou da citação de alguma atividade afeita ao universo artístico cultural - se fez presente em dez (10) artigos. De antemão, sem o aprofundamento nos conteúdos desses artigos se nota o emprego do termo sob significados diversos: associada ao método freireano de círculos de cultura (a1), à noção de cultura popular (a3), ao setor estatal ou a equipamentos de cultura (a2 e a31), à um aspecto/dimensão de um processo (a9), e de maneira genérica (a14). Foram incluídos, ainda, nessa subcategoria os títulos que mencionam cultura indiretamente, como no caso daqueles que explicitam uma abordagem por meio de atividades artísticas culturais, como no caso dos artigos a15, a20, a24, a27 – três destes citam a literatura de cordel e o outro o teatro. Mais à frente, ao se explorar os conteúdos dos artigos na íntegra, essa reflexão sobre a heterogeneidade do uso do termo

cultura será retomada.

A ocorrência de ambas as temáticas, “promoção da saúde” e “cultura”, nos títulos de 18 produções no total (em três títulos ambas aparecem simultaneamente – a3, a 27 e a31), ou seja, em mais metade do universo de artigos analisados, certamente se relaciona com a utilização desses dois descritores na estratégia de busca.

A subcategoria *educação em saúde* se expressou– através da palavra em si e da variação “educativa” - em 9 títulos de artigos: a1, a2, a6, a10, a13, a15, a16, a20, a29, sendo que em dois desses (a10 e a29) promoção da saúde aparece no título concomitantemente.

É possível atribuir a relevância da subcategoria *educação em saúde* nos títulos à intrínseca relação entre promoção da saúde e educação em saúde. Diversos autores (JANINI et al., 2015; CANDEIAS, 1997; CARNEIRO et al., 2012) destacam que a educação em saúde é um dos alicerces de sustentação da promoção, contudo

Confusões entre os termos educação em saúde e promoção em saúde têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Faz-se necessário definir com mais precisão tais conceitos, que muitas vezes são compreendidos como sinônimos. A consulta ao DeCS que influenciou na definição dos descritores “promoção da saúde” e “cultura” como estratégia de busca fornece indícios da distinção desses conceitos: no DeCS o descritor “educação em saúde” traz como referência de descritor relacionado “promoção da saúde”, muito embora este último descritor não apresente “educação em saúde” em seus itens relacionados (DECS – BVS, 2017).

Corroborar-se, desse modo, a compressão de que “a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde no Brasil” (CARNEIRO et al., 2012, p. 115), ou seja, trata-se uma importante dimensão dentre as demais que se articulam nesse campo.

Candeias (1997, p. 210) reforça tal reflexão na medida em que traça uma definição de promoção da saúde “como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde”. Assim evidencia – se que os referidos apoios educacionais compõem um conjunto maior de intervenções afeitas à promoção, como a “transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde” (CZERESNIA, p. 49, 2009).

Com essa significativa alusão nos títulos da temática “educação em saúde” pode-se

inferir que a mesma, como faceta de um campo mais amplo que é a promoção, comporta de maneira considerável as proposições de articulação entre cultura e promoção da saúde. Salienta-se ainda, que nesse momento apenas nove (9) artigos evidenciaram em seus títulos tal temática, contudo esse universo se expande ao se processar a análise dos conteúdos das publicações na íntegra. Em análise mais aprofundada do conteúdo dos artigos, verificou-se que 22 dos 31 artigos abarcam a referida temática.

Sobre a subcategoria *articulação intersetorial* constatou-se que tal temática se expressa em seis (6) artigos. Dois deles foram localizados a partir dos termos intersetorialidade e intersetorial (a11 e a25); um (1) verificado pois menciona diversos setores compondo uma agenda (a31); dois (2) por citar a aproximação da saúde com equipamentos específicos oriundos de outros setores, como cultura e lazer (a2 e a14) e por fim, um (1) que menciona a escola como lócus de intervenção (a6) – foi feita a seleção deste título pois a escola foi compreendida como equipamento inserido no setor de educação. Vale, no entanto, destacar que problematizações em relação a intervenções de educação em saúde na escola serão desenvolvidas logo à frente.

Constatou-se que a questão da articulação intersetorial também se fez relevante em meio aos títulos, mais precisamente em cerca de 19% destes. Esse resultado permite apontar que a aproximação entre promoção da saúde e cultura, é em boa medida, mediada pela diretriz da intersetorialidade. Esse resultado se faz ainda mais relevante quando se aborda a presença da temática da intersetorialidade no conteúdo dos artigos integralmente.

A promoção da saúde tem como um de seus pilares a construção de públicas diversificadas, ou seja, que abarcam os mais diversos setores e não somente do setor da saúde. Essa proposição encontra fundamentos na compreensão da saúde como um fenômeno complexo, vista a partir de uma conceituação positiva em oposição à noção de ausência de doenças, o que certamente conduz ao entendimento da mesma como objeto de distintas disciplinas no âmbito teórico, e de diferentes setores no âmbito prático (CZERESNIA, 2009).

Apesar de configurar avanço inquestionável tanto no plano teórico quanto no campo das práticas, a conceituação positiva de saúde traz novo problema. Ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas (CZERESNIA, 2009, p. 50).

Partindo desse entendimento, a intersectorialidade faz-se fundamental na construção de práticas de promoção da saúde. Cabe ressaltar ainda que uma das possibilidades de aproximação entre os campos de promoção e cultura se constrói justamente a partir da perspectiva de uma articulação intersectorial. Nota-se que dois (2) dos seis (6) artigos verificados e agrupados na subcategoria *articulação intersectorial* (a2 e a31) também são presentes na subcategoria *cultura*, mais precisamente os dois que mencionam cultura no título enquanto setor.

Foi produzida também a subcategoria *prevenção*, referida através dessa mesma palavra no título de três (3) artigos (a15, a17, a23). Em magnitude, essa presença não é considerada muito relevante, representando cerca de apenas 10% das publicações, no entanto, essa constatação em diálogo com o quadro teórico aponta para a necessidade de se debruçar sobre tal resultado. O que cabe, de início, evidenciar é que, embora a busca tenha se pautado no descritor “promoção da saúde”, três títulos citando prevenção vieram à tona.

No DeCS o descritor promoção da saúde apresenta como sinônimos em português os termos “Promoção em Saúde”; “Programas de Bem-Estar”; “Campanhas de Saúde”; “Campanhas de Prevenção de Câncer de Mama”; “Campanhas de Prevenção de Câncer de Colo Uterino”; “Campanhas de Prevenção de Câncer de Colo do Útero” (DECS – BVS, 2017). Nota-se que o termo “prevenção” não aparece de maneira genérica enquanto sinônimo, mas sim relacionados a processos de adoecimento. Somente essa constatação já fornece indícios para se problematizar a tensão entre as noções de “prevenção” e “promoção”.

Czeresnia (2009) alerta para o fato de que tanto a promoção da saúde como a prevenção se assentam no discurso científico. Para a autora, a aproximação entre essas noções demarca-se justamente pelo fato de os projetos de promoção da saúde operacionalizarem conceitos clássicos do campo específico da saúde (tais como, doença, transmissão e risco) cuja racionalidade também se faz presente no discurso preventivo. Segundo Czeresnia (2009, p. 51) “isto pode gerar confusão e indiferenciação entre as práticas, em especial porque a radicalidade da diferença entre prevenção e promoção raramente é afirmada e/ou exercida de modo explícito”. Castiel (2009) nessa direção não deixa de apontar uma crítica à sustentação da promoção da saúde na epidemiologia de risco.

Não obstante à essa aproximação, que pode, como Castiel (2009) alerta, ser vista sob prisma crítico, há que se demarcar radicais diferenças nessas duas proposições.

Para Czeresnia (2009) a distinção central reside no fato de que a prevenção em saúde, fundamentada no discurso epidemiológico moderno, orienta-se para evitar e controlar o

surgimento de doenças, reduzindo a incidência e a prevalência das mesmas nas populações. Pode-se dizer que “seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos” (CZERESNIA, 2009, p.49).

Já a promoção da saúde, se compreende de maneira mais ampla que a prevenção, uma vez não se direciona a doenças ou condições específicas, mas sim, objetiva fomentar melhores condições de saúde e o bem-estar de maneira geral. Ancora-se desse modo, em um conceito positivo de saúde, o que coloca em cena a compreensão dos processos de determinação da mesma, e conseqüentemente implica na construção de projetos inter/transdisciplinares e intersetoriais (CZERESNIA, 2009).

A ideia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle (CZERESNIA, 2009, p.51).

Buss (2009, p.38) também contribui com essa reflexão afirmando que “o caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva) ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia da promoção)”.

Tal reflexão auxilia, assim, na compreensão da presença do conceito de prevenção nos títulos desses três artigos mencionados. Os mesmos passam a ser identificados por essa noção, em detrimento da noção de promoção da saúde, ainda que seu conteúdo na íntegra possa fornecer outros indícios. O que cabe levantar como questão é: será que os autores ao intitular seus artigos o fazem enquanto escolha teórico-metodológica, aderindo explicitamente ao discurso preventivo? Ou trata-se de um emprego do termo sem dimensionar a diferença radical entre essas duas proposições?

Duas (2) dessas três (3) publicações mencionam prevenção ligada a doenças (ou descrita de maneira genérica [a23], ou relacionada a uma específica [a15]), corroborando a ideia de prevenção relacionada à agravos e morbidades. Essa estruturação do texto do título dá indícios, portanto, que há uma escolha tácita de um certo discurso, no caso o da prevenção. Essa hipótese só pode, entretanto, ser confirmada ao se explorar o conteúdo dos textos integralmente.

Após leitura cuidadosa e em profundidade nota-se que nos dois (2) artigos (a15 “Literatura de cordel como estratégia educativa para prevenção da dengue” e a23

“Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças”) se fazem presentes ambos os discursos, da promoção da saúde e o preventivo, mencionando ao mesmo tempo a importância do estímulo a processos participativos (a partir de concepções como autonomia, empoderamento, trabalho com as coletividades, relação com saber popular, construção de consciência crítica da população) e noções como mudanças de hábitos e comportamentos, capacitação da população e prevenção de doenças transmissíveis, elementos esses que integram o discurso preventivo. Verifica-se, portanto, nas mesmas produções teóricas a coexistência de apontamentos assentados em uma perspectiva emancipatória da promoção da saúde e também em uma conservadora.

Assim, é possível constatar a partir de algumas produções que há muito o que se caminhar na consolidação de discursos coerentes com aprofundamento teórico e metodológico no campo.

Já o outro artigo (a17) menciona prevenção articulada à temática da violência. O mesmo contudo, não parece aderir abertamente a uma concepção preventiva de promoção da saúde, não sendo verificados, ao se analisar seu conteúdo em profundidade, a presença de outros elementos discursivos que permeiam tal abordagem.

Outros cinco (5) artigos em uma análise mais aprofundada também tratam da temática da violência (a1, a6, a7, a12 e a24); alguns destes também utilizando a terminologia da prevenção em relação a essa problemática.

Outro ponto que pode ser destacado no que tange a problematização entre “prevenção” e “promoção” refere-se ao emprego do termo promoção vinculado diretamente a uma morbidade. Esse olhar não deriva de uma constatação a partir da magnitude dos aspectos de similaridade temáticos, mas sim, emerge como exceção que pode contribuir como chave de leitura para essa questão.

Nota-se por exemplo no artigo “Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes” (a30) o emprego do termo “promoção da saúde” relacionado a uma morbidade específica. Mais especificamente, no título se utiliza a terminologia clássica da epidemiologia – o conceito transmissão – na relação com a ideia de promoção, o que parece indicar certa incoerência teórico-conceitual, de acordo com as reflexões traçadas pelos autores de referência dessa dissertação.

Essas constatações, tanto às concernentes aos aspectos similares (formando a subcategoria *prevenção*), como o exemplo de exceção citado acima, evidenciam que há uma necessidade de aprofundamento teórico-conceitual em torno de ambos os termos – promoção e prevenção.

Indicam, ainda, pelos títulos, que a articulação entre saúde e cultura aparece de maneira mais evidente no âmbito das proposições de promoção da saúde (constatação produzida a partir da presença concomitante das categorias *cultura* e *promoção da saúde* em nove [9] artigos), todavia, a articulação também se faz presente nas produções referidas a concepção de prevenção da saúde (notadas a partir da presença concomitante das categorias *prevenção* e *cultura* em três [3]). Assim, conceitos diferentes implicam em distintas formas de produção do conhecimento e distintas formulações e operacionalização de práticas (CZERESNIA, 2009).

Foi por fim, construída a subcategoria *metodologias/estratégias*. Essa agregou os títulos que explicitaram enquanto uma das temáticas centrais reflexões sobre tais apontamentos – os índices usados para construir esse agrupamento foram a presença das palavras “método”, “meio”, “tecnologia”, “aplicabilidade” e “estratégia”; das preposições “com” e “como”; e de construções textuais que indicam enfoque sobre a metodologia. Nessa subcategoria foram incluídos os artigos a1, a5, a10, a15, a16, a18, a20, a21, a23, a24, a25 e a27, totalizando 12 títulos de artigos que mencionam tal enfoque, ou cerca de 39% dos artigos analisados.

A promoção da saúde, conforme Moysés et al. (2004, p. 628) descrevem pode ser caracterizada como “como um campo conceitual, político e metodológico”. Assim, não se trata de um campo cujas bases são hegemonicamente teóricas e/o conceituais, mas se constroem também em intrínseco diálogo com as práticas desenvolvidas. Dessa forma, verificar um amplo enfoque de artigos sobre as tecnologias parece demonstrar uma tendência importante no campo da promoção da saúde a respeito de sua dimensão prática. O que cabe analisar, de maneira mais específica é como a interface cultura e saúde se desdobra no âmbito prático.

Quatro (4) dos 12 títulos que mencionam as abordagens metodológicas se referem às mesmas na proximidade com o campo da “cultura”, seja citando o método do círculo de cultura de Paulo Freire (a1), seja descrevendo atividades artístico culturais enquanto recurso (a15, a20, a24, a27).

Vale fazer uma analogia dessa utilização de atividades do universo da cultura no campo da saúde com uma reflexão tecida por Dorneles et al. (2016) referente ao campo de uma categoria profissional específica, a terapia ocupacional. As autoras citam que é ainda muito presente uma concepção fundamentada nas atividades artísticos culturais como ferramentas, atividades meio, para se promover alguns objetivos, no caso da terapia ocupacional, estruturadas na “lógica da reabilitação ou como elemento aglutinador e de

suporte”, e nesse caso, analogamente, poderia se inferir o mesmo para o campo da promoção da saúde (DORNELES, et al., 2016).

Essa abordagem do campo da cultura, que privilegia a dimensão da aplicabilidade, incorre no risco de promover um recorte (reducionista) da complexidade desse campo através da proposição de linguagens/ tecnologias/ recursos situando-os enquanto instrumentos, de outro campo, no caso o da saúde. Certamente vale destacar, que ainda que em alguns casos se verifiquem experiências que operacionalizem ações de cultura partindo principalmente do prisma da aplicabilidade, as mesmas resguardam importante potência, uma vez que consistiram em experiências relevantes suficientes a ponto de serem descritas e publicadas. Não obstante, é pertinente se refletir sobre os limites e desafios da apropriação de um campo por outro.

Duas (2) outras produções citam a abordagem de Paulo Freire enquanto método, e sobre essa propõem reflexões (a18 e a23), uma voltada à promoção da saúde de mães adolescentes, outra voltada para a prevenção de doenças. Mais à frente será tecida uma reflexão aprofundada sobre os círculos de cultura e a suas possibilidades de aproximação com o campo da promoção da saúde, uma vez que a presença dos mesmos foi relevante no universo de artigos analisados.

Por fim, em termos de aproximação, outros dois artigos (a10 e a16) que compuseram essa subcategoria *metodologias/estratégias*, fazem referência a metodologias empregadas no desenvolvimento de ações afeitas ao âmbito da educação em saúde.

Pode-se concluir assim, que os títulos são importantes chaves de leitura para os textos na íntegra. A análise dos títulos forneceu elementos significativos para o desenvolvimento de uma análise mais aprofundada desta dissertação. Verificou-se ainda que os títulos têm função de explicitar a tônica da discussão tecida pelos autores em suas produções, não obstante, questões que emergiram como pontos analíticos, mais a frente, serão aprofundadas no sentido de compreender a congruência das abordagens proposta nessa breve construção textual – títulos – com o conteúdo integral dos textos.

- **Ano de publicação**

Ano de publicação foi outra categoria que emergiu na classificação dos artigos. Foram localizados artigos publicados entre os anos de 2005 e 2015. O recorte temporal não foi um dos critérios de inclusão ou exclusão no processo de revisão de literatura, indicando que esse tipo de estudo vem se popularizado nas publicações da área de saúde nos últimos

10 anos.

Foram localizados respectivamente três (3) artigos no ano de 2015; seis (6) artigos em 2014; dois (2) em 2013; 3 em 2012; nove (9) em 2011; um (1) em 2010; dois (2) em 2009; um (1) em 2008; dois (2) em 2007; um (1) em 2006; e um (1) em 2005.

Ressalta-se que “promoção da saúde” consistiu em um dos descritores utilizados na estratégia de busca, com isso cabe indagar se uma das possíveis razões para a localização de trabalhos nesse período relaciona-se à implementação da promoção da saúde enquanto política de Estado em 2006, no bojo das iniciativas do Pacto pela Saúde, ainda que desde a reforma sanitária o paradigma da promoção se desenvolva no Brasil (MALTA et al. 2014).

Outro possível motivo de a produção científica no campo da promoção da saúde ter sido alavancada nesse período pode se referir à sua correlação com o contexto de desenvolvimento, a partir de 2003, de ações e prioridades no setor saúde e de outras políticas públicas que, de alguma forma, reverberam nesse mesmo setor. Menicucci (2011) argumenta que durante o período do governo Lula, de 2003 a 2011, especialmente com a nomeação em 2007 de Temporão como Ministro da Saúde, vinculado ao movimento sanitário, foi difundida

a compreensão dos determinantes sociais da saúde com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da política setorial, destacando os limites dessa política para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida. As proposições para as políticas de saúde se deslocam para o enfoque nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença. A 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, cujo eixo foi “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, expressa essa visão (MENICUCCI, 2011, p. 526).

Essa concepção e aposta política fortalece, assim, o paradigma da promoção de saúde, e, portanto, pode estar relacionada com o incremento da produção científica correlata.

Conforme verificado na análise dos títulos e na análise de conteúdo dos artigos na íntegra, a educação em saúde é um campo afeito à promoção da saúde, que apresenta também proposições de articulação com a cultura. Através da busca feita por meio dos dois descritores mencionados, muitas produções que tratavam da temática de educação em saúde foram localizadas. Destaca-se ainda, a partir de uma análise mais aprofundada, que cinco (5) artigos que abarcavam tal tema, mencionavam o fazer sob a vertente da educação popular em saúde. Partindo desse panorama das publicações, pode-se inferir que políticas relacionadas à educação em saúde, mais especificamente à educação popular em saúde, desenvolvidas em período similar ao da produção científica analisada pode ter favorecido

sua propagação.

Ressalta-se que de 2003 adiante verificou-se um processo de institucionalização da educação popular em saúde, representado por alguns marcos, como a instituição, nesse mesmo ano, da Coordenação Geral de Ações Populares de Educação na Saúde na estrutura do Ministério da Saúde, e, em 2005, sua realocação, na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, onde foi instituída a Coordenação Geral de Apoio à Educação Popular e à Mobilização Social, que apresentou enfoque mais preciso na promoção da participação popular e mobilização social na saúde. Mais adiante em 2012 foi implementada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS, que representa a consolidação da educação popular em saúde enquanto proposição política-institucional (BRASIL, 2012).

Tal trajetória certamente aqueceu os debates acadêmicos a respeito da temática e impulsionou a produção científica no período.

No tocante às questões relativas ao campo da cultura, embora, apenas uma produção analisada trate especificamente de ações de equipamentos desse setor (a2: “Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores”), é possível inferir uma relação entre a difusão da produção científica e o fortalecimento das políticas públicas de cultura, a partir de 2003, como a Política Cultura Viva - que apresenta os pontos de cultura como eixos fundamentais no processo de descentralização da cultura.

É possível verificar a partir dessas inferências que o ano de publicação emerge como importante categoria que suscita reflexões sobre os fatores contextuais que influenciaram na produção científica a respeito de certa temática.

6.1.2 Autores, instituição, área de conhecimento/atuação, periódico e tipo de estudo

A seguir apresentam-se mais cinco (5) categorias da classificação: autor ou autores dos artigos, o periódico, ou seja, o veículo de publicação, a instituição a qual os autores referiram vinculação, a área de conhecimento/atuação, também mencionadas pelos autores em sua identificação, e o tipo de estudo (empírico ou teórico).

Quadro 2: Classificação dos artigos por: Autores, Instituição, Área de Conhecimento, Periódico e Tipo de Estudo. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

	autores	instituição	área de conhecimento/ atuação	periódico	tipo de estudo
a1	BRANDÃO NETO et al	UPE, USP, UFPE	enfermagem	Rev Bras Enferm.	empírico
a2	NESPOLO, G.F. et al.	UFGRS, UFAL	enfermagem	Interface comun. saúde educ.	empírico
a3	GIBERTONI, F.S. et al.	UfsCar	residência multiprofissional da saúde da família (saúde coletiva)	Rev. APS	empírico
a4	MATRACA, M.V.C. et al.	Fiocruz	não identifica	Interface comun. saúde educ.	empírico
a5	SOUZA, J.M. et al.	UFSC	enfermagem	Ciênc. saúde coletiva	teórico
a6	BRANDÃO NETO et al.	UPE, UFRJ, UFPE	enfermagem	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	empírico
a7	LICO, F.M.C; WESTPHAL, M.F.	USP	saúde coletiva	Saude e Sociedade	empírico
a8	SILVA, K.L.	UFMG	enfermagem	Rev Saude Publica	empírico
a9	BOTTI, N.C. e TORREZIO, M.C.S.	Univ. Federal de São João Del Rei	enfermagem	Psicologia e Sociedade	teórica
a10	LACERDA, A.B.M.	Univ Tuiti do paraná (UTP)	fonoaudiologia	ACR	empírico
a11	SILVA, K.L. et al.	UFMG E PUC MG	enfermagem	Rev. APS	empírico
a12	TASCH, J.F. et al.	SES- DF	medicina	Comun. ciênc. saúde	empírico
a13	COELHO, M.M.F	UECE	enfermagem	Ciênc. cuid. saúde	empírico
a14	SILVA, E.A.P.C. et al.	FMN, UFCG, UFPB, UFPE	não identifica	Movimento (Porto Alegre)	empírico
a15	OLIVEIRA, P.M.P. et al.	UFC	enfermagem	Texto & contexto enferm.	teórico
a16	COELHO, M.M.F et al.	UECE	enfermagem	Rev. APS	empírico
a17	CORTÊS, C.G. et al.	UFTM	terapia ocupacional	Rev. ter. ocup	empírico

	autores	instituição	área de conhecimento/ atuação	periódico	tipo de estudo
a18	HEIDERMANN, I.T.S.B. et al.	UFSC	enfermagem	Rev. RENE	empírico
a19	CARNEIRO, J.A. et al.	Universidade Estadual de Montes Claros-MG	medicina	Rev. bras. educ. méd.	empírico
a20	MARTINS, A.K.L. et al.	UFC	enfermagem	Rev. enferm. UERJ	empírico
a21	FIGUEIREDO JUNIRO, J.M. e SILVA, P.N.G.	UFPB	educação física	Rev. bras. ativ. fís. saúde	empírico
a22	BARCELOS, et al.	UFES e Fiocruz	não identifica	Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)	empírico
a23	BESERRA, E.P. et al.	UFC	enfermagem	Ciênc. saúde coletiva	empírico
a24	HARADA, M.J.C.S. et al.	UNIFESP	enfermagem	Acta paul. enferm	empírico
a25	GUARDA, F.R.B et al.	Fiocruz; Secretaria de Saúde de Olinda	psicologia e medicina preventiva (saúde coletiva)	Rev. bras. ativ. fís. Saúde	empírico
a26	LUZIO, C.A; LÁBBATE, S.	UNESP e UNICAMP	não identifica	Ciênc. saúde coletiva	empírico
a27	OLIVEIRA, P.M.P. et al.	UFC	enfermagem	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	empírico
a28	CASTRO, P.C. et al.	UFSCAR	fisioterapia	Braz J Phys Ther	empírico
a29	PEREIRA, A.C. et al.	Centro Universitário São Camilo	saúde coletiva	Mundo saúde (Impr.)	empírico
a30	BESERRA, E.P. et al.	UFC	enfermagem	Acta paul. Enferm.	empírico
a31	PERES, F.F. et al.	Fiocruz	saúde coletiva	Ciênc. saúde coletiva	empírico

- **Autores**

Contatou-se que a produção dos artigos que tratam da temática em questão no presente estudo é feita principalmente por grupos de autores, em uma escrita coletiva. Dos 31 artigos, apenas três (3) tem autoria individual e quatro (4) são produzidos por dois autores.

Os outros 24 artigos são resultado de produções coletivas.

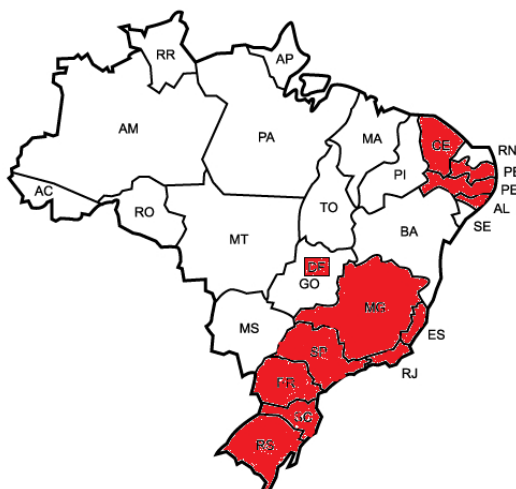
Foi possível ainda observar que alguns autores se repetem na ocorrência, indicando que há um interesse no tema e um enfoque em sua produção. Destaca-se que no caso de produções coletivas, só foram considerados os primeiros autores para verificar essa possível repetição, uma vez que, em primeiro lugar, o primeiro autor tem lugar de destaque, e, caso fossem considerando todos os autores, as possibilidades se multiplicariam enormemente, demandando uma análise mais aprofundada nesse eixo temático, que não é enfoque central deste trabalho.

Assim, notou-se a partir desse recorte a repetição de cinco (5) primeiros autores: Brandão Neto, W. (a1 e a6); Silva, K.L. (a8 e a11); Coelho, M.M.F. (a 13 e a16); Oliveira, P.M.P (a15 e a27); Bezerra, E.P. (a23 e a30). Destaca-se como desdobramento desse resultado que os artigos escritos por esses autores apresentam temática e tipo de abordagem muito próximos, alguns inclusive parecendo tratar de mesma pesquisa sob enfoques diferentes.

- **Instituição**

No que tange à instituição, em um primeiro momento foi verificada a distribuição das instituições de referência dos autores, mencionadas geralmente em nota na primeira página do artigo, pelos Estados brasileiros, visando criar um panorama geográfico retratando onde está se produzindo sobre a temática. Para a construção do mapa abaixo, foi estabelecido apenas o critério de ocorrência (e não de intensidade). Ou seja, foram destacados todos os Estados em que pelo menos uma produção fazia referência enquanto afiliação dos autores.

Figura 1: Mapa da distribuição da produção científica pelos Estados do Brasil. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.



Assim, nota-se que a produção se concentra nas regiões sul, sudeste e nordeste, com apenas uma exceção: a do Distrito Federal.

Já do ponto de vista de intensidade, algumas instituições foram citadas mais de uma vez, cabendo destacá-las também no sentido de compreendê-las enquanto espaços polos de produção científica importantes para a presente temática.

Ressalta-se que foi considerada apenas a instituição de maneira geral, na intencionalidade de uma caracterização ampla, não se aprofundou assim em qual instituto, departamento ou escola os autores vinculavam-se.

A primeira instituição mais citada foi Universidade Federal do Ceará (UFC) (em seis [6] artigos), seguida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (quatro [4] artigos) e pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) (três [3] artigos). As instituições Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade de Pernambuco (UPE), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade de São Paulo (USP), e Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) foram citadas cada uma em dois (2) artigos.

Além dessas instituições outras foram referidas, contudo por apresentarem apenas um (1) artigo cada não foram levantadas do ponto de vista desse panorama geral das que mais produziram.

- **Área de conhecimento/atuação**

Verificou-se, através da identificação dos autores dos artigos, explicitada em geral

como nota na primeira página, tanto a filiação institucional dos mesmos (que compôs a categoria de análise anterior) como sua área de conhecimento ou profissional. Cabe destacar ainda que a maioria dos autores refere inserção em programas de pós-graduação como pesquisadores.

Essa categoria é relevante na medida em dá indícios sobre em que área a produção sobre a temática é mais difundida. Verificou-se que a área da enfermagem é a que mais produz sobre o tema, com 16 artigos do total de 31. Na saúde coletiva foram localizados cinco (5) artigos. Em quatro (4) artigos não constava a área na identificação dos autores. Dois (2) artigos se relacionavam à área da medicina, e cinco (5) outros artigos que citavam respectivamente cinco (5) áreas de conhecimento, entre elas: terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, educação física e fonoaudiologia. Cabe assinalar que foi verificada uma produção que se alinhava a duas áreas (a25) (por isso o total de 32 áreas nessa classificação).

É possível a partir desses dados inferir que a enfermagem é uma área que concentra notavelmente produções científicas a respeito da promoção da saúde. Alguns autores dessa área referem que o ensino de enfermagem historicamente tem problematizado a hegemonia da tradição biomédica, propondo a ampliação do seu escopo de saber e práticas, o que pode garantir, dessa forma, sua inserção no campo da promoção. Para Dias et al. (2007, p. 689)

A enfermagem tem passado por transformações profissionais e sócio culturais. As novas teorias para a assistência de enfermagem preconizam um cuidado ampliado cujo campo de ação abrange áreas de conhecimento biológicas, sociais, culturais, políticas e espirituais.

Na área de enfermagem a dimensão do cuidado é objeto central que permite o diálogo intrínseco da mesma com o campo da promoção da saúde: “a promoção da saúde é apontada como aprimoramento das habilidades vitais para o cuidado, logo é essencial e deve ser considerada como uma possibilidade de cuidado (...)” (CUNHA et al., 2009, p. 172).

Essa compreensão ainda é reforçada pela extensa produção e prática da enfermagem no âmbito da educação em saúde. Constatou-se, como se verá adiante, que dentre os artigos selecionados que tratam da promoção da saúde alguns se propõem a descrever experiências de educação em saúde especificamente, corroborando assim o lugar da enfermagem como área de destaque na condução de práticas afeitas a esses campos e também de produção científica.

	Enfermagem	Saúde Coletiva	Educação Física e Fisioterapia	Fonoaudiologia	Terapia Ocupacional	Psicologia	Medicina	Interdisciplinares
a14			1					
a15	1							
a16		1						
a17					1			
a18	1							
a19							1	
a20	1							
a21			1					
a22		1						
a23		1						
a24	1							
a25			1					
a26		1						
a27	1							
a28		1						
a29								1
a30	1							
a31		1						
Total por Área	8	10	3	1	1	1	1	6

Dessa forma, é possível assinalar que os periódicos de saúde coletiva, enfermagem e transdisciplinares são os que mais abrigam produções que tratam da temática da articulação entre cultura e promoção da saúde.

Mais uma vez se assinala a relevância da enfermagem, enquanto área de conhecimento (tecnológica) específica que produz sobre o tema de maneira relevante.

- **Tipo de Estudo**

Nessa classificação optou-se por recortar os artigos em dois universos à priori: pesquisa teórica e pesquisa empírica (ou prática).

Para Ferrari (1982) a pesquisa teórica se propõe a investigar a partir do próprio conhecimento já produzido, contribuindo na reflexão sobre fenômenos e ainda, formulando novas proposições teóricas.

Já a pesquisa empírica debruça-se sobre a realidade, produzindo e analisando os dados, forjados, portanto, na experiência. Assim, é através da prática que a mesma busca

construir explicações para fenômenos e soluções para certas problemáticas. Segundo Ferrari (1982, p.171) “não obstante a finalidade prática da pesquisa, ela pode contribuir teoricamente com novos fatos para o planejamento de novas pesquisas ou mesmo para a compreensão teórica de certos setores do conhecimento”.

No estudo, ao aprofundar a análise através da investigação dos artigos de maneira integral e aprofundada, verificou-se que dentre as pesquisas classificadas como práticas há uma gama de abordagens metodológicas propostas (como relato de experiência, pesquisa-ação, pesquisa descritivo-exploratória, estudo de caso, entre outras) o que inclusive poderia ampliar essa classificação mais básica fundada na distinção entre pesquisa prática x pesquisa teórica. Contudo, esse é apenas um dos elementos de reflexão dessa dissertação que não será mais minuciosamente abordado.

Cabe assinalar, contudo, que a variedade de métodos das pesquisas de campo verificadas conferiu maior complexidade para a produção da análise dos artigos na íntegra. Verificou-se, nesse universo, que das 27 pesquisas práticas localizadas 19 consistiram em relatos de experiência, pesquisa –ação, ou estudo de caso. Já 8 trataram-se de estudos de campo cujos dados foram obtidos junto a atores (participantes da pesquisa), revelando suas percepções. Assim, a análise de conteúdo teve que ser processada considerando fundamentalmente a perspectiva dos autores dos artigos e as sínteses pelos mesmos produzidas, separando no caso dos nove (9) artigos supracitados, tais sínteses das percepções dos participantes das pesquisas.

A partir dessa divisão central proposta verificou-se que 27 dos 31 artigos relacionavam-se a pesquisas práticas, e somente quatro (4) artigos consistiam em pesquisas teóricas (uma revisão de literatura [a5] e três pesquisas documentais [a9, a15 e a27]).

Somente em função dessa constatação pode-se inferir que a produção que propõe uma articulação entre cultura e saúde baseia-se em proposições reflexivas a partir de experiências práticas. Verifica-se mais uma vez uma importante tendência do campo, especialmente no da promoção da saúde voltado à dimensão tecnológica, que foi levantada a partir da subcategoria de análise dos títulos *metodologias/estratégias*.

Faz-se importante, contudo, explicitar um possível viés desse estudo, que se deu no momento de seleção de artigos. Frente à complexidade e amplitude do termo cultura, foram selecionados apenas trabalhos que tratavam de ações de cultura alinhadas, de alguma forma, ao campo da promoção da saúde. Assim, estudos que tratavam de cultura na correlação com o campo saúde do ponto de vista unicamente conceitual – a partir especialmente da vertente da antropologia médica- foram excluídos.

Certamente essa estratégia da seleção impulsiona a verificação dessa amplidão de artigos com abordagem prática (empírica), no entanto, esse recorte não excluiu a possibilidade de localização de estudos, como este que se delinea, que se propõem a construir uma pesquisa teórica em torno das ações de cultura em diálogo com a promoção da saúde.

Depreende-se assim, que, no âmbito da pesquisa científica a respeito dessa temática, estudos que se debruçam sobre os aportes teóricos e conceituais são escassos, o que aponta para uma das contribuições do presente trabalho.

6.1.3 Público alvo, estratégia e contexto das ações desenvolvidas

Por fim, apresenta-se o quadro que articulou as demais categorias que se fizeram presentes na etapa de classificação: o público alvo, a(s) estratégia(s) e o contexto das ações descritas nos estudos que articulavam de alguma forma promoção da saúde e cultura.

Quadro 3: Classificação dos artigos por: Público alvo, estratégias e contexto das ações desenvolvidas. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

	público alvo	estratégia	contexto
a1	adolescentes	círculos de cultura	escola
a2	comunidade	ações diversas	ponto de cultura
a3	comunidade	oficinas	Unidade de Saúde da Família
a4	não se aplica	ações diversas	Território
a5	não se aplica	não se aplica	não se aplica
a6	adolescentes	círculos de cultura	escola
a7	adolescentes	articulação intersetorial	Território
a8	comunidade	ações diversas	municípios
a9	usuários saúde mental e comunidade	festival	Território
a10	adolescentes	oficinas	escola
a11	comunidade	ações diversas	município
a12	comunidade	ações diversas	Território
a13	adolescentes	círculos de cultura	escola
a14	comunidade	não se aplica	parque
a15	comunidade	literatura de cordel	não se aplica
a16	adolescentes	programa de auditório	espaços diversos
a17	adolescentes	grupo de atividades expressivas e jogos	escola
a18	adolescentes	círculos de cultura	Unidade de Saúde da Família

	público alvo	estratégia	contexto
a19	comunidade	ações diversas	espaços diversos
a20	estudantes	literatura de cordel	não se aplica
a21	idosos	grupo de convivência	espaços diversos
a22	adolescentes	ações diversas e intersetoriais	município
a23	adolescentes	círculos de cultura	escola
a24	adolescentes	teatro	escola
a25	usuários CAPS AD, hipertensos e comunidade	atividade física	espaços diversos
a26	usuários de saúde mental e comunidade	não se aplica	municípios
a27	comunidade	literatura de cordel	não se aplica
a28	idosos	ações diversas	espaços diversos
a29	comunidade	ações diversas	Sesc
a30	adolescentes	círculos de cultura	escola
a31	comunidade	articulação intersetorial	Território

- **Público alvo**

Verificou –se, em relação ao público alvo, que a maior parte das iniciativas de promoção de saúde articuladas de alguma forma com a questão da cultura referidas nos artigos analisados se deu abrangendo a comunidade, de maneira geral, como público alvo das ações. Foram verificadas 14 iniciativas que se referiam a práticas comunitárias de promoção da saúde, sendo que três (3) dessas, além de um enfoque mais geral também se dirigiam a grupos populacionais específicos tais como usuários de saúde mental e de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e hipertensos (a9, a25 e a26).

Em segundo lugar em relevância sublinha-se os artigos que descreviam ações voltadas aos adolescentes, totalizando 12 artigos. Foram localizados ainda, dois (2) artigos que tratavam de ações voltadas ao público idoso, dois (2) relacionados a ações voltadas a estudantes e a uma equipe de saúde (nesse caso, ações inscritas em um percurso formativo *sobre* promoção da saúde) e um (1) em que a categoria público alvo não se aplicava.

Tais dados podem ser referidos à uma discussão muito presente no campo da promoção da saúde a respeito da tensão entre a construção de ações focalizadas em grupos vulneráveis e aquelas de caráter universal.

As ações voltadas aos adolescentes se deram a partir do pressuposto que este grupo se configura como vulnerável, como argumentam os artigos localizados.

Para Buss (2009), há uma importante diferença entre o discurso da promoção da saúde e o da prevenção de doenças no que se refere ao alcance e ao alvo das intervenções. Para os autores, a promoção da saúde assenta-se na proposição de ações mais abrangentes, ofertadas a toda população, já no discurso preventivo a ação se dá imposta a grupos alvo (BUSS, 2009). Primeiramente, vale destacar que o próprio autor reflete que tais discursos não são excludentes, tendo ambos, grande importância na proposição de tecnologias de cuidado, exercendo, de certa forma, uma complementaridade (BUSS, 2009). Em segundo lugar, não é possível (nem útil) apenas pela descrição do público alvo aproximar as ações de um ou outro discurso, de maneira dicotômica. Contudo vale ressaltar que as ações focalizadas podem ser fruto de uma tradição de certa abordagem no campo da promoção da saúde, mais afeita ao conceito de prevenção.

Para as autoras Lopes et al. (2010, p. 466) a forma focalizada de organização da atenção à saúde

privilegia práticas voltadas apenas para mudanças no estilo de vida, em que as atividades de saúde estão voltadas para os riscos e grupos vulneráveis como, por exemplo, a redução do tabagismo, ficando ainda restrita às medidas de prevenção das doenças.

Foi possível depreender pela análise do conteúdo integral dos artigos que nem sempre as ações voltadas aos adolescentes se dão sob esse prisma, embora algumas delas realmente pareçam alicerçadas nesse discurso.

Muitas das ações descritas privilegiam o enfoque a esse grupo populacional em virtude de suas particularidades e necessidades singulares de saúde, não se relacionando necessariamente com a tradição do modelo de prevenção de doenças. Nessa tomada, Silva et al. (2014, p. 83) apontam que “a focalização de práticas torna-se um meio para tentar reduzir as desigualdades na distribuição de bens na sociedade”.

Faz-se importante aqui sublinhar o conceito de equidade, fundamental na compreensão do campo da promoção da saúde. Para Stotz e Araujo (2004) o conceito de equidade marca historicamente as proposições de promoção da saúde, sendo incorporado pelo próprio discurso da OMS ao longo de suas várias conferências. Para os autores o conceito de equidade se relaciona com a oportunização de acesso àqueles que, pela estrutura social, teriam maior dificuldade em concretizá-lo. Contudo, cabe aqui assinalar o desafio de se pensar a equidade com universalidade, não se rendendo a inevitabilidade da focalização

de ações em grupos vulneráveis para expandir o acesso como alternativa à falta de investimento estatal em políticas e ações mais ampliadas de saúde (STOTZ e ARAÚJO, 2004).

Ainda no tocante à focalização do grupo de adolescentes sabe destacar que oito (8) das 12 iniciativas voltadas a esse público se deu em espaço escolar. Uma reflexão sobre ações de promoção da saúde, especialmente de educação em saúde, desenvolvidas no contexto escolar será desenvolvida mais à frente.

- **Estratégia**

A partir dessa categoria foi possível verificar as diferentes estratégias descritas nos artigos para a operacionalização as ações de promoção da saúde.

Ressalta-se que a presente dissertação buscou verificar como tem sido construída a aproximação entre promoção da saúde e cultura, a partir de uma revisão de literatura. Nesse sentido, constatou-se que uma das possibilidades de aproximação entre cultura e promoção da saúde se dá a partir da construção de tecnologias, ou seja, conforme destacado anteriormente na análise dos títulos dos artigos, a partir da subcategoria *metodologias/estratégias*, muitas publicações evidenciam experiências de promoção da saúde que se dão *por meio* de ações de cultura.

Constatou-se, por exemplo, que seis (6) artigos descrevem experiências de promoção da saúde que têm como proposição tecnológica a utilização de uma atividade cultural, como: um festival (a9), a literatura de cordel (a15, a 20 e a 27), um programa de auditório com atrações culturais diversas (a16), grupo de atividades expressiva e jogos (a17) e o teatro (a24).

Além dos mesmos, mais dois (2) artigos explicitaram como central as oficinas como ferramentas metodológicas (a3 e a10) – além de vários outros que citaram as oficinas entre as ações múltiplas. Vale ressaltar que o nenhum dos mesmos destrincha com minúcia o conceito de oficina, mas identifica-se tanto o emprego termo a partir de seu entendimento como espaço mediado por atividades (de maneira mais genérica), como também a partir de uma abordagem pedagógica – que compreende as oficinas como espaços construídos horizontalmente e que propiciam a troca de saberes e conhecimentos: “ ‘o’ lugar para a participação, a aprendizagem e a sistematização dos conhecimentos” (GONZÁLEZ, 1987 apud CANDAU, 1995, p. 117). O artigo a10 é o que mais vai a fundo na elucidação do termo apontando:

a10 - O trabalho em grupo, na forma de oficinas ou outros, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde (LACERDA et al., 2013, p. 86).

Essa tradição pedagógica fica ainda mais evidente pelo fato de ambos os artigos citados relatarem práticas inscritas no âmbito da educação em saúde.

Ainda se ressalta foram verificados outros nove (9) artigos que apontavam a proposição de ações diversas, sendo que muitos deles descreviam práticas que se davam a partir da utilização de linguagens oriundas do campo da cultura.

Outra possibilidade de aproximação entre cultura e promoção da saúde fundamenta-se na noção de intersetorialidade, concebendo a cultura, portanto como setor, cujas ações podem construir conexões com o setor saúde. Em três artigos as ações de promoção da saúde se deram a partir eminentemente de articulações intersetoriais (a7, a22, a31). Esses três (3) artigos apresentam em comum a descrição de experiências locais, pensadas a partir da construção de políticas públicas.

- **Contexto das ações desenvolvidas**

No que se refere ao contexto, foi possível concluir que a grande maioria das ações descritas acontecem fora dos serviços de saúde – apenas dois artigos mencionaram o desenvolvimento de práticas no contexto de Unidades de Saúde da Família (a3 e a18). Esse fato leva a crer que as intervenções de promoção da saúde apresentam coerência com proposições discursivas do campo, principalmente, àquelas que fomentam processos participativos da população, de questionamento tanto do saber biomédico tradicional quanto das práticas que se voltam apenas para os processos de adoecimento a partir da clínica estrita, estruturadas essencialmente nos serviços de saúde.

Obviamente o locus de intervenção não é determinante da natureza das práticas: uma intervenção que acontece em um serviço de saúde pode se dar baseada em uma visão ampliada e complexa do processo saúde-doença, fomentar processos de participação popular e dialogar com as condições de vida de certa comunidade, do mesmo modo que uma intervenção territorial podem se dar pautada em uma visão biomédica e focada em procedimentos tecnicistas voltados apenas aos agravos. Todavia, a constatação dessa tendência de operacionalização de práticas em espaços outros, que não os de saúde

tradicionais, pode ser considerada significativa do ponto de vista de consolidação do paradigma da promoção de saúde.

Notou-se que 16 artigos se referem a proposições que se desenvolveram no âmbito de lugares e espaços diversos, um parque, uma unidade de serviço do Sesc (Serviço Social do Comércio), um ponto de cultura e intervenções desenvolvidas em âmbito municipal (voltadas principalmente para a construção de políticas públicas intersetoriais).

Chama atenção ainda que, embora tenha se precisado na busca os descritores “promoção da saúde” e “cultura” apenas um (1) artigo (a2) relatou a construção de ações em um equipamento de cultura precisamente (ponto de cultura). Apesar de outras publicações relatarem algumas articulações com equipamentos culturais e/ou com o setor da cultura, apenas o referido artigo se debruçou sobre ações eminentemente inscritas em um equipamento cultural que se tece relações a saúde. Pode-se inferir que uma das razões para a chegada nesse resultado se deva à busca em uma base de publicações do campo da saúde (BVS), fazendo com que nessa correlação saúde e cultura, predominem ações de saúde que tenham relações com a cultura, mas em menor medida o contrário.

Outro importante ponto a se destacar refere-se a magnitude das intervenções realizadas no contexto escolar: em oito (8) artigos verificou-se que a escola foi o espaço escolhido para a intervenção, em todos os casos, sempre junto ao grupo de adolescentes (a1, a6, a10, a13, a17, a23, a24, a30).

A justificativa da maior parte dos artigos consiste em apontar que a escola é espaço privilegiado para a implementação de ações junto a esse grupo específico, tais como

a1 - A escola constitui um cenário privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, pois é a partir dela que adolescentes e jovens desenvolvem e constroem sua visão de mundo, autonomia e subjetividade (NETO et al., 2015, p. 618).

a10 - Assim, a escola se constitui em um espaço privilegiado para a implementação das políticas públicas, especialmente de educação em saúde, possibilitando, dentre outras ações de saúde, a promoção da saúde auditiva e prevenção da perda auditiva nos adolescentes (LACERDA et al., 2013, p. 86).

a17 - Segundo Silva (2007) os contextos familiar e escolar são legitimados, cientificamente e socialmente, como espaços privilegiados das ações preventivas das problemáticas associadas aos adolescentes e jovens (CÓRTEZ et al., 2011, p. 209).

Para além das reflexões que foram levantadas anteriormente sobre a focalização de grupos específicos, vale ressaltar alguns apontamentos sobre a intervenção nesse contexto.

Primeiramente, destaca-se que dos oito (8) artigos que indicaram o desenvolvimento

de práticas no âmbito escolar, sete (7) se deram ancorados na perspectiva da educação em saúde (a1, a6, a10, a13, a23, a24, a30). Ressalta-se que, desses sete (7), nenhum deles explicitou sua aproximação com o enfoque da educação popular em saúde, ainda que cite alguns autores que são referências para esse campo - como Paulo Freire (quatro [4] artigos desses sete [7] apontaram o autor como referência – a1, a10, a13, a30) - e mesmo evidenciem pressupostos importantes da mesma, tais como o estímulo a processos participativos, o fomento da construção de consciência crítica e o engajamento em ações transformadoras.

Assim, educação em saúde foi a perspectiva que a maioria desses estudos elegeu para se afiliar. Cabe fazer uma digressão histórica para refletir sobre a importância da escola nas práticas de educação em saúde. Segundo Silva et. al. (2010) a escola desde os primórdios da educação em saúde, disseminada desde a década de 1920 a partir do enfoque da “educação sanitária”, se manteve como importante lócus para o desenvolvimento de ações. Ao longo das décadas os enfoques e objetivos das ações foram se transformando em diálogo com as concepções de saúde, sociedade e educação vigentes, e dentro também de um contexto de relações de disputa.

De qualquer forma, vale refletir sobre como as práticas de educação em saúde no âmbito escolar descritas pelos artigos se processaram. Analisando o conteúdo na íntegra dos artigos, verificou-se que entre os artigos que explicitaram uma vinculação à abordagem da educação em saúde, apenas um (a24) não citou o termo prevenção para fundamentar o desenvolvimento das propostas de educação. Além disso, quatro (4) desse universo de artigos explicitaram ações pautadas na proposição de mudança de hábitos e comportamentos dos adolescentes e na ideia de capacitação. Ainda que esses mesmos quatro (4) artigos também façam menção a noções que fundamentam a produção de processos de participação popular (tais como: a construção de autonomia, empoderamento, trabalho com as coletividades, e a construção de diálogo com o saber popular) esse achado é relevante, permitindo inferências sobre essas intervenções de educação em saúde desenvolvidas no âmbito escolar refletirem uma abordagem mais conservadora cujo enfoque é o preventivo. Stotz (2007) afirma que esse foi o enfoque educativo predominante durante décadas.

O enfoque citado privilegia a responsabilização individual sobre as ações por parte da população e baseia-se na ideia de aperfeiçoamento da população por meio da educação. Nessa perspectiva

a educação em saúde, assim denominada porque, na preposição “em” afirma-se o vínculo com os serviços de saúde, foi destinada a desempenhar um importante papel em termos de controle social dos doentes e/ou das populações “de risco” (STOTZ, 2007, p. 50).

De fato, parece ganhar corpo tal inferência na medida em que a focalização do grupo de adolescentes se dá, como já apontando anteriormente, a partir de um recorte baseado na questão da vulnerabilidade.

Obviamente é importante destacar as prováveis raízes das práticas educativas descritas nos artigos estudados, contudo não são excludentes as distintas abordagens no campo. Verificou-se, mais precisamente, que o discurso de ambos os enfoques (educação em saúde pautada na prevenção e educação popular e saúde) coexistem, indicando que o campo da educação em saúde é composto de tensionamentos e também de contradições.

Há que se sublinhar certa incoerência na articulação das noções que compõem esses distintos olhares. Diferentemente da produção teórica, mais sistemática, a construção das práticas no campo é permeada por tais contradições, indicando, de todo modo, a necessidade de maior aprofundamento reflexivo e acúmulo teórico.

6.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO DOS ARTIGOS NA ÍNTEGRA

O segundo momento do processo de análise refere-se ao conteúdo dos artigos na íntegra. Foram feitas, para tal, sucessivas leituras do material. As primeiras leituras em diálogo com as perguntas do estudo e com o marco teórico identificaram pontos comuns entre os artigos que compuseram os índices, as categorias e os indicadores.

Foram elaborados dois indicadores, promoção da saúde e cultura, forjados principalmente a partir de um dos objetivos do estudo. Referidas à cada um dos indicadores se estabeleceram categorias analíticas, que se estruturaram a partir da conjunção de índices ou um índice em si fundou isoladamente uma categoria.

A partir dessa organização se produziu uma matriz analítica temática, apresentada no apêndice B. Essa matriz foi lapidada conforme as leituras posteriores e também mediante à própria produção da análise, como a classificação dos artigos descrita anteriormente.

No que se refere ao indicador promoção da saúde foram elaboradas as seguintes categorias: 1. Proposição de processos participativos; 2. Intersetorialidade 3. Fundamentação na práxis; 4. Perspectiva da educação em saúde; 5. Traços da abordagem conservadora de promoção da saúde. Todas essas categorias se expressaram na matriz analítica através de uma abordagem quantitativa, a partir da presença e ausência de elementos temáticos delimitados. Dessas, as categorias 1, 3, 4 e 5 foram compostas por índices, ou seja, mais de

uma informação se expressou na construção categorial. Já a categoria 2 um único índice conformou a divisão categorial.

Já sobre o indicador cultura, foram elaboradas 4 categoriais: 1. Ausência de discussão conceitual sobre cultura; 2. Conceito de cultura operacionalizado genericamente; 3. Referida aos círculos de leitura; 4. Concebida como setor. Essas categorias também foram forjadas a partir de uma abordagem quantitativa, indicando a presença ou ausência das informações destacadas. Dessas, apenas a categoria 2 foi composta na interação de índices, nas demais cada índice deu origem a uma categoria distinta.

Através dessa técnica de análise foi possível, portanto, analisar as concepções de cultura e de promoção de saúde presentes na literatura selecionada, um dos objetivos desse estudo.

A partir da matriz analítica temática, os conteúdos dos artigos emergiram agregados por características comuns. Estas características, isoladamente ou em relação com outras, subsidiaram a produção de inferências, reflexões e discussões a respeito do tema, sempre em diálogo com as referências teóricas.

Apesar de organizar a apresentação dos resultados sob o formato primeiro dos indicadores, com as respectivas categorias, cabe salientar que para a produção de uma discussão complexa (que optou-se por desenvolver alinhada à apresentação dos resultados) algumas idas e vindas acontecem no percurso na tentativa articular as reflexões sobre promoção da saúde e cultura

6.2.1 Cultura

No que se refere à cultura foi possível se traçar um panorama sobre como esse conceito, assim como outras noções correlatas, tem circulado na produção que, de alguma forma, se articula à promoção da saúde.

Em primeiro lugar constatou-se que a maioria dos artigos não discutem de maneira aprofundada a temática da cultura. Dos 31 artigos, apenas quatro (4) (a2, a24, a30 e a31) buscam algum tipo de aprofundamento do termo, empreendendo conceituações. As conceituações que os mesmos referem são diversas:

a2 - Isso porque a saúde de cada indivíduo existe a partir de um traço cultural, com valores e concepções que são construídos desde o nascimento, uma vez que a cultura produz o modo como as pessoas são e a forma como atuam. Sendo assim, saúde e cultura juntas determinam a existência, a forma e o modo de ser. Elas constituem as atitudes, a sexualidade, o apetite, permitindo que os indivíduos

convivam em sociedade e dependam dos outros seres humanos. O desafio, partindo disso, deve ser o de focar a construção da síntese entre o saber técnico, que valoriza a sobrevivência, com o desejo e o interesse das pessoas, que é revelado pela cultura (NESPOLO et al., 2014, p.1189).

a24 - A cultura, entendida como um conjunto de valores, atitudes e comportamentos que predominam e caracterizam o funcionamento de um determinado grupo, permite antever a maneira como esses grupos sentem-se, posicionam-se e quais mecanismos utilizam para resolver os problemas que os afligem (HARADA, et.al., 2010, p. 432).

a30- A cultura é um ponto importante para o direcionamento da Educação em Saúde, pois o homem independe dela para se manter vivo, mas o modo como realiza suas funções vitais é caracterizado de acordo com o contexto cultural do indivíduo(2). Essa compreensão do cenário cultural é fundamental, haja vista que a cultura é um dos fatores determinantes nos agravos à saúde e no processo de Educação em Saúde (BESERRA et al., 2006, p.403)

a31 - O termo cultura aqui empregado não se limita apenas aos seus equipamentos, às suas manifestações, nem tampouco ao que tradicionalmente é considerado de “alta cultura”, “culto”, de “bom gosto” ou exclusivamente às manifestações artísticas. Ao invés de ser concebida somente como produto, entendemos a cultura de uma forma ampliada e plural, isto é, além da arte, do “erudito”, refere-se ao cotidiano, ao pensado, aos valores, ao simbólico entre tantos outros aspectos da vida social (PERES et al.,2005, p.759).

Nessas quatro conceituações a dimensão simbólica da cultura se sobressai. Entre esses artigos três (3) (a2, a24 e a31) se debruçam mais na temática de cultura do que o outro (a30). Notou-se que a2, a24 e a31, que se aprofundam na temática, esboçam conceituações de cultura em diálogo com as trabalhadas nessa dissertação. Além disso os três tratam da cultura dentro de um horizonte de um trabalho intersetorial, considerando cultura como setor, o que parece que favoreceu uma compreensão mais densa da temática. Os três artigos se pautaram na possibilidade de articulação entre cultura e saúde considerando-os dois campos distintos que, no entanto, podem estar articulados sob a perspectiva de produção de percursos emancipatórios e de produção de saúde e cidadania.

Já o artigo a30, nessa conceituação deixa evidente uma divergência entre sua abordagem da trabalhada no presente trabalho, “considerando que o homem independe [da cultura] para se manter vivo”. Argumentou-se teoricamente nessa dissertação que a dimensão simbólica da cultura se dá no compartilhar de símbolos e significados, compreendendo que os sujeitos todos detém cultura e são também produtores da mesma. Também se enfatizou a dimensão inalienável da cultura à dimensão humana, no sentido de só ser possível a existência das organizações sociais a partir da mesma. Segundo da Matta (1981, s/p)

É justamente porque compartilham de parcelas importantes deste código (a cultura) que um conjunto de indivíduos com interesses e capacidades distintas e até mesmo opostas, transformam-se num grupo e podem viver juntos sentindo-se parte de uma mesma totalidade.

Destaca-se ainda, que diferentemente nos três artigos citados anteriormente, este não parece estabelecer apontamentos voltados à produção de processos emancipatórios, mas sim, ao que a análise temática de seu conteúdo apontou, associou-se à concepção preventiva de promoção da saúde, elencando como objetivos a mudança de hábitos e comportamentos dos sujeitos associados à ideia de prevenir doenças. Faz-se importante destacar ainda, nesse artigo, que cultura foi associada sobremaneira ao método do círculo de cultura (método de base freireana), sendo este, pela descrição, operacionalizado, paradoxalmente, a partir de uma perspectiva educacional pautada na transmissão de conhecimento – “foi identificado que os adolescentes tinham pouco conhecimento sobre os meios de prevenção das doenças” (BESERRA et al., 2006, p.402).

Assim, embora o conceito de cultura explicitado no artigo a30 não explicita a concepção da existência de uma cultura que se sobrepõe a outra, depreende-se, pela análise, que se trata justamente dessa concepção subjacente: de que a cultura técnico-científica deve ser imposta em detrimento do conhecimento popular. Corrobora-se, com esse apontamento, o que Boehs et al. (2007, p.309-10) assinalam:

Ainda hoje grande parte dos profissionais de saúde bem intencionados trabalha com o conceito de cultura do início do século XX, em que “o outro” (usuário/cliente) não sabe, ou não possui algo. Em decorrência disso, faz-se necessário então desenvolver um processo educativo com a finalidade linear de “corrigir” ou “superar” o conhecimento do outro. Isso dá a ideia, ao nosso ver, de que “o outro” possui uma deficiência. Um exemplo disso pode ser evocado a partir da ideia de que as crianças escolares de comunidades periféricas precisam receber orientações sobre higiene corporal. A educação em saúde realizada nesta perspectiva é feita pensando que aquilo que “o outro” sabe, isto é, sua cultura, é um entrave para o entendimento do que o profissional vai ensinar. Esta concepção profissional passa a valer por meio do argumento da não informação que muitas vezes ocorre na prática clínica, diante de uma doença complexa ou de uma situação de cuidado, na qual o profissional entende que “não adianta” explicar ou orientar o cliente/ usuário porque ele não vai entender mesmo. Estudos vêm mostrando que os integrantes do sistema profissional, entre os quais os auxiliares e técnicos de enfermagem, se assumem como autoridade da cultura profissional, sem muita ciência de que isto também é cultura, vendo a cliente indígena, a mulher agricultora ou a avó idosa e experiente no cuidado da criança como exóticas e primitivas.

Salienta-se que o artigo de Boehs et al (2007) é exemplar para se processar reflexões críticas sobre a questão do significado de cultura que se acentua, quando se acentua, no material analisado. Ambivalências que consolidam incongruências discursivas verificaram-se também em outros artigos, e como hipótese, cabe inferir ainda que na prática é provável que se reproduzam da mesma forma.

Assim, cabe levantar como ponto crítico dessa dissertação o fato de que cultura pode

ser abordada e operacionalizada por distintos vieses, tendo assim repercussões distintas nas perspectivas de promoção da saúde, demarcando-a como mais afeita a uma abordagem emancipatória ou mais afeita a uma conservadora.

Observou-se também no que refere à cultura que circulam no material analisado distintas noções sobre a mesmas: compreendendo-a como fator no processo de adoecimento ou na construção de uma problemática; como conjunto de hábitos e comportamentos (concretizando a dimensão simbólica da cultura conforme discutida acima), como estratégia (ferramenta) para o desenvolvimento de ações sócio sanitárias; como setor e articulada à concepção dos círculos de cultura. É importante assinalar ainda que muitas dessas concepções são encontradas concomitantemente em uma mesma produção. Ressalta-se que embora a maior parte dos artigos não se debruce sobre uma conceituação de cultura, o termo é recorrentemente evocado, especialmente pelo fato de as produções tecerem, sob distintas perspectivas, caminhos de aproximação entre os dois campos.

A palavra cultura, enquanto categoria do senso-comum, ocupa como vemos um importante lugar no nosso acervo conceitual, ficando lado-a-lado de outras, cujo uso na vida cotidiana é também muito comum (MATTA, 1981, s/p).

A essa utilização do termo de maneira genérica em produções da saúde Menéndez (1998) apresenta críticas, enfatizando a necessidade de aprofundamento do mesmo enquanto conceito forjado no bojo de outras disciplinas não inscritas nesse campo, como antropologia, sociologia, filosofia e história, evidenciando seu lastro de produção.

Destaca-se que a concepção que mais se fez presente em meio aos artigos analisados foi a de estratégia (ferramenta) para o desenvolvimento de ações sócio sanitárias. Ressalta-se que essa abordagem dialoga com a ideia de cultura correlata à produção material e às manifestações artísticas. Canedo (2009, s/p) assinala que essa é umas mais presentes noções que perpassam a noção de cultura relacionando-a a atividades artísticas e intelectuais, como artes visuais, música, teatro, dança, manifestações populares, entre outras. Salienta-se ainda que tal abordagem do termo cultura ficou mais evidente nas produções que se assentavam na perspectiva de educação em saúde: dos 19 artigos que mencionam cultura sob essa ótica, 15 o fazem inscritos na abordagem da educação em saúde. Mais à frente, ao tratar dessa temática específica, essa concepção de cultura será melhor discutida.

A segunda referência mais comum à cultura foi feita compreendendo-a como fator em processos de adoecimento ou na construção de problemáticas disparadoras de intervenções sócio sanitárias, como a violência. Foram verificados 14 artigos que a situavam

sob essa ótica. Constata-se com isso que a referência dos processos de determinação social da saúde e/ou dos determinantes sociais é bastante consolidada no campo da promoção da saúde, terreno onde se inscrevem as produções analisadas. Verifica-se claramente a referência em trechos das produções como:

a2 - As propostas vêm corroborar a busca de autonomia e empoderamento pela comunidade, de seus próprios processos de desenvolvimento, sejam eles econômicos, sociais e culturais, valorizando as pessoas da própria comunidade e intensificando a troca de saberes, atuando diretamente com a promoção de saúde (NESPOLO et al., 2014, p.1189).

a5 - Considera-se a violência como um fenômeno sócio-histórico, complexo e de natureza diversificada que vem acontecendo em todas as sociedades e afetando os diferentes grupos sociais, sobretudo aqueles mais vulneráveis como crianças e adolescentes. Este fenômeno está intrinsecamente ligado às desigualdades sociais e culturais, sendo ainda determinado por aspectos comportamentais e relacionais (NETO et al.,2014, p.196).

a31- Nessa perspectiva, políticas e programas de promoção da saúde mais inovadores preocupam-se com os determinantes econômicos, sociais, culturais, ambientais e políticos vocalizados pelas próprias comunidades dentro de contextos de pobreza e exclusão social (PERES et al.,2005, p.758).

Também se verificou à articulação do conceito de cultura com a ideia de um setor. Em 13 dos 31 artigos se apresentou essa concepção, majoritariamente (em 12 deles) associada à diretriz da intersetorialidade, um dos pilares de sustentação do paradigma de promoção da saúde. Diversos artigos que apresentaram tal perspectiva de cultura também o fizeram a partir da proposição de percursos afeitos à garantia dos direitos sociais dos sujeitos e afirmação da cidadania, como evidencia-se nesses dois trechos a seguir:

a2 - Cabe destacar que, a Educação Popular em Saúde busca não apenas a construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, mas a energização da participação popular, fortalecendo a perspectiva democratizante das políticas públicas. Sendo assim, os Pontos de Cultura surgiriam como espaços capazes fortalecer a tática coletiva, no intuito de possibilitar o desenvolvimento de sujeitos capazes de promover medidas sanitárias articuladas às suas realidades específicas, gerando impacto na situação de saúde dos indivíduos (NESPOLO et al., 2014, p.1193).

a11 - A estratégia da Cultura de incentivar e facilitar o acesso para a população é intrínseco para a promoção da saúde. (...) (SILVA et al., 2013, 165)

a31 - Abordagens avaliativas em torno de um conjunto amplo de experiências de promoção da saúde têm mostrado a importância crescente das iniciativas educacionais, de cultura e lazer, quando a meta são mudanças locais efetivas e sustentáveis. A literatura atual sobre avaliação em promoção da saúde enfatiza que a efetividade dos programas e das iniciativas de melhoria da saúde e da qualidade de vida implicam um profundo envolvimento dos atores e da população beneficiária. Esse envolvimento será mais efetivo na medida em que considera o processo de (re)construção de identidades culturais, fortalecimento da cidadania ativa e das redes sociais locais (PERES et al.,2005, p.758).

Representando apenas parte dos conteúdos dos artigos, esses trechos evidenciam a potência da articulação entre os setores da cultura e saúde sob a horizonte da *democratização da cultura*, compreendendo-a como um *direito do cidadão*⁵, que certamente terá desdobramentos na produção da saúde e vida dos envolvidos nesse processo.

Por fim, a abordagem de dez (10) artigos sobre cultura associou-se aos círculos de cultura. Tal concepção baseia-se na abordagem freireana, embora nem todos os artigos que citaram o método explicitaram Freire como referência. Todos esses dez artigos articulam cultura e promoção da saúde baseados na perspectiva de educação em saúde, sem, contraditoriamente, nomear a abordagem da educação popular em saúde – abordagem essa calcada importantemente no pensamento freireano.

Cabe retomar a concepção de Freire sobre cultura que sustenta a proposição desse método. O autor compreende os sujeitos todos como detentores e fazedores de cultura, concebendo-os como sujeitos históricos que, através de processos de conscientização de sua condição no mundo, podem protagonizar transformações do mesmo. O círculo de cultura para Freire consiste, portanto em método pedagógico que não só educa, mas também que se pretende propulsor de uma construção crítica. Tal proposta, como já apontando na presente dissertação, baseia –se na experiência, reforçando que a consciência advém do que é vivido: “todos juntos em círculo, e em colaboração, re-elaboram o mundo e, ao reconstruí-lo, apercebem-se de que, embora construído também por eles, esse mundo não é verdadeiramente para eles” (FIORI, 1987, p.17).

Assim, os artigos ao citarem o método do círculo de cultura, fazem, ainda que indiretamente, menção às noções de cultura calcadas por Freire. Esse método, ainda que forjado com o caráter de ser reprodutível, não se pretende a uma ferramenta a ser aplicada para se transmitir conhecimento. Pelo contrário, essa é justamente uma das maiores críticas de Freire em suas obras às propostas de educação tradicional (que o autor denomina de educação bancária), que não consideram o saber prévio dos educandos e não concebem o conhecimento como produção coletiva.

Pois bem, verifica-se que dentre os dez (10) artigos, quatro (4) utilizam o método do círculo de cultura, contudo, aliados à ideia de capacitação dos sujeitos envolvidos nas ações de educação em saúde. Por exemplo:

A13 - Os encontros foram norteados pelo referencial teórico do círculo de cultura

⁵ Conceito desenvolvido por Chauí (1998).

proposto por Paulo Freire. Utilizaram-se ferramentas lúdicas e construtivas, facilitando a reflexão e construção de saberes entre profissionais e estudantes /Assim, torna-se imperioso realizar junto aos adolescentes ações com vista a capacitá-los para escolhas conscientes, de modo a promover sua autonomia (COELHO et al., 2012, p. 390 e 392, respectivamente – grifos da autora)

a18- Pesquisa de abordagem qualitativa articulada com o referencial metodológico de Paulo Freire (...). Constituíram-se quatro círculos de cultura com duas horas de duração, com média de nove participantes. Para desvelamento crítico e perspectivas de empoderamento e transformação da realidade, investiu-se em ações de promoção da saúde. O grupo foi estimulado para a autonomia, facilitando sua inserção em programas institucionais de apoio, participação no conselho comunitário/ Além disso, é relevante promover a saúde do adolescente, para que adotem comportamentos e estilos de vida saudáveis e que se insiram no eixo de motivação para o autocuidado (HEIDEMANN et al. 2011, p. 582 e 585 respectivamente – grifos da autora)

a23 - Evidenciou-se a necessidade de ações educativas, como o círculo de cultura, que propiciam ao jovem expor suas dúvidas e conhecer os meios de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, como também capacitá-los a repensar condutas a fim de alcançar melhor qualidade de vida em sua sexualidade (BESERRA, 2011, p.1563 – grifos da autora)

a30 - Foi identificado que os adolescentes tinham pouco conhecimento sobre os meios de prevenção das doenças transmitíveis (DT) e de sobremodo das doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ao final do círculo de cultura, os jovens referiram mudança de comportamento. Conclusão: A prática de educação em saúde orientada pelo círculo de cultura possibilitou apreender aspectos culturais relacionados às DT/DST e dinamizar o processo educativo repercutindo em mudanças de comportamento dos adolescentes sobre a prevenção dessas doenças. (BESERRA et al., 2006, p.403 - grifos da autora)

Nota-se a partir desses excertos que essas proposições do método freireano parecem estar em desalinho com os discursos construídos. Sublinha-se a tônica da utilização do método que se funda na transmissão de conhecimento, exaltando a validade do saber técnico-científico em contraposição ao popular, e na proposta de mudança de hábitos e estilo de vida considerados pelos técnicos como não saudáveis. Nesses casos, visualizam-se características da tradicional educação sanitárias sendo operacionalizadas, todavia, através de um método que em sua formulação se pretendeu emancipatório.

Verifica-se também que nos trechos destacados referentes aos artigos a13 e a18 a construção de percursos emancipatórios é mencionada também como objetivos das ações educativas, evidenciando esse conflito entre as produções discursivas.

Conclui-se, deste modo, que é imprescindível que se busque maior aprofundamento nos referenciais convocados nas produções científicas com vistas a construção de reflexões mais coerentes.

6.2.2 Promoção da Saúde

No que tange à promoção da saúde verificou-se, a partir da análise dos artigos, que há um predomínio de referências a uma abordagem emancipatória, conforme se observa na tabela a seguir.

Tabela 2. Recorte da matriz analítica temática com enfoque na categoria 1. Fonte: produzida pela autora com base nos dados da pesquisa.

Artigos	categoria 1: proposição de processos participativos			
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular
a1	1	1	1	1
a2	1	1	1	1
a3	1	1	1	1
a4	1	0	1	1
a5	1	1	1	1
a6	1	1	1	1
a7	1	1	1	1
a8	1	1	1	1
a9	1	0	1	1
a10	1	1	1	1
a11	1	1	1	1
a12	1	0	1	1
a13	1	1	1	1
a14	0	0	1	0
a15	1	1	1	1
a16	1	1	1	1
a17	1	0	1	1
a18	1	1	1	1
a19	0	0	1	0
a20	1	1	1	1
a21	1	0	1	1
a22	1	1	1	1
a23	1	0	1	1
a24	1	1	1	1
a25	1	1	1	1
a26	1	0	1	0
a27	0	0	1	1
a28	1	0	1	0
a29	1	0	1	0

Artigos	categoria 1: proposição de processos participativos			
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular
a30	0	0	1	1
a31	1	0	1	1
Total	27	17	31	26

Destaca-se que dos quatro (4) índices designados enquanto características fundamentais de reconhecimento de uma abordagem emancipatória de promoção da saúde, o trabalho com as coletividades foi o que mais se destacou quantitativamente. Se, por um lado, a perspectiva de promoção da saúde afeita ao desenvolvimento de processos emancipatórios só pode se dar a partir de um trabalho coletivo, e aqui faça-se referência devida à célebre fala de Freire (1987, p. 29), em sua obra “Pedagogia do Oprimido”, de que “ninguém liberta ninguém, ninguém se liberta sozinho: os homens se libertam em comunhão”, por outro, há que se sublinhar a tradição da saúde pública de se deter sobre as populações, mas não necessariamente tratando-as enquanto coletividades, mas sim, abarcando individualmente os sujeitos agrupados, quantificando relações de variáveis, como suporte de dados para intervenções de controle social. Em todos os artigos verificou-se uma abordagem referida às coletividades, podendo ser um grupo de adolescentes, idosos, a comunidade, a população de um município, entre outros.

Sobre as noções de autonomia e protagonismo, verificou-se também extensa presença em meio às produções, sendo citadas em 27 das 31 publicações selecionadas. O conceito de *empowerment* (empoderamento) analogamente, também pode ser destacado como um conceito que circula de maneira importante do campo da promoção da saúde, sendo mencionado em 17 artigos.

Autonomia e protagonismo, assim como *empowerment* são noções evocadas no campo da promoção também passíveis de distintas e divergentes concepções. Verifica-se que com a emergência da “nova promoção da saúde”, a partir da década de 1970, passa a esboçar uma tendência à exaltação dos processos participativos sociais como percursos em que a população poderia transformar suas condições de saúde e de vida, embora observando-se critérios e padrões universalizados e modelados segundo pontos de vista dominantes. Críticos dessa abordagem assinalam que essa tendência não pode ser descontextualizada do movimento neoliberal que hoje prossegue, e especificamente no Brasil se acentua, cuja

perspectiva é responsabilizar os indivíduos por suas condições de saúde em detrimento da responsabilização do Estado. Uma abordagem crítica e emancipatória da promoção da saúde, contudo, contextualiza que esses processos de participação social podem ser engajados na mobilização social e luta reivindicatória por direitos sociais, incluindo aí, a saúde. Nessa visada, as condições de saúde são fruto de um sistema produtivo, social e econômico e não deve recair apenas sobre os indivíduos a necessidade de transformá-los.

Por fim, destaca-se a outra característica considerada como fundamental da tendência emancipatória da promoção da saúde: a relação com o saber popular. Com a emergência do movimento de promoção da saúde foi consolidada a tendência do alargamento conceitual dos processos saúde-doença-cuidado, valorizando a produção de outros conhecimentos na área da saúde, que não só os oriundos da biomedicina.

Passou-se a conceber a saúde como uma produção multidimensional e complexa, colocando-se em cena o debate a respeito de seus processos de determinação. Seja na perspectiva dos determinantes sociais, desenvolvido sobretudo pela corrente canadense e OMS, ou dos processos de determinação social, desenvolvida mais proeminentemente pela MSL, a concepção de saúde entendida a partir dessa ótica acaba por reforçar a importância da articulação com outras áreas do saber e outros setores estatais para a construção de processos de saúde e cuidado.

Não obstante, uma abordagem conservadora da promoção da saúde ainda é hegemônica. A proposição de mudança de hábitos e comportamentos, com base do conceito de risco e estilo de vida ainda é muito difundida no campo. Como contraposição à essa abordagem, emergem proposições críticas, que não só partem de um questionamento da biomedicina como saber único a orientar as práticas sanitárias, como também coloca em questão as normatizações propostas no bojo da própria promoção da saúde que desconsideram o saber e conhecimento popular e estipulam padrões considerados saudáveis a toda população.

Assim, apresenta-se uma abordagem crítica da promoção da saúde, aliada a construção de percursos emancipatórios, fundada na centralidade do saber e conhecimento popular. Busca-se estabelecer intervenções que partam do compartilhamento de conhecimentos e da proposição de relações horizontalizadas entre técnicos de saúde e população. Vale ressaltar assim, que essa premissa orienta grande parte das práticas educativas desenvolvidas no bojo das ações de promoção da saúde, terreno este que se configura como profícuo para proposições da abordagem da educação popular em saúde, temática que mais adiante será melhor desenvolvida.

Pode-se destacar ainda no que tange a consideração do saber popular, a importância da articulação com o conceito de cultura. Considerar o saber popular implica em reconhecer a população como produtora e detentora de cultura. Questiona-se, na prática, a partir dessa premissa, a ideia de uma cultura formal, letrada (nesse caso, uma cultura do setor saúde baseada em conhecimentos técnico-científicos) que se coloca como padrão em relação a outras, decorrendo daí práticas autoritárias e normatizadoras. Não à toa, a dimensão simbólica da cultura, concebida como conjunto de hábitos e comportamentos, foi referida em quase metade das publicações (15).

Desse modo, conclui-se que, apesar dos três primeiros indicadores que compõem essa categoria (trabalho com as coletividades, autonomia/protagonismo e *empowerment*) permitirem leituras diversas sobre as abordagens de promoção da saúde, contraditórias inclusive, a articulação na maioria dos artigos de dois ou mais indicadores parece fazer referência à adesão a um discurso emancipatório. Resgarse-se, então a dúvida sobre como esse discurso é, de fato, operado na prática. Ainda assim, parece ser relevante a conclusão de que as produções teóricas do campo da promoção da saúde, que sob alguma perspectiva se articulam com cultura, assumem um discurso emancipatório, pautado no favorecimento de processos populares participativos.

Tal apontamento pode ainda ser reforçado no diálogo com a categoria 5 “traços de uma abordagem conservadora de promoção da saúde”.

Tabela 3. Recorte da matriz analítica temática com enfoque na categoria 5. Fonte: produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

Artigos	categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde			
	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica
a1	0	0	1	1
a2	0	0	0	0
a3	0	1	0	0
a4	0	0	0	0
a5	0	0	0	0
a6	0	0	1	1
a7	0	0	0	1
a8	0	0	0	0
a9	0	0	0	1
a10	1	1	1	1
a11	0	0	0	0

Artigos	categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde			
	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica
a12	0	1	1	1
a13	0	1	1	1
a14	1	0	0	0
a15	1	1	1	1
a16	0	0	1	0
a17	0	0	1	1
a18	1	0	1	1
a19	0	0	1	1
a20	0	0	0	0
a21	0	0	1	1
a22	1	0	1	0
a23	1	1	1	1
a24	0	0	0	1
a25	0	0	0	0
a26	0	0	0	1
a27	0	0	0	1
a28	0	0	1	1
a29	1	0	1	0
a30	1	1	1	1
a31	0	0	0	0
Total	8	7	16	18

Verifica-se com base nesse recorte da matriz de análise que apenas quatro (4) artigos parecem aderir a um discurso conservador de promoção da saúde, pautado em proposições de mudanças de hábitos e comportamentos, na ideia de capacitação da população (o que implica na construção de processos educativos pautados na transferência de conhecimento), na focalização de grupos considerados vulneráveis e na ideia de prevenção, que direcione-se aos agravos.

Contudo, dos quatro (4) artigos, três (3) (a10, a15 e a23) também se associam, em diálogo com a categoria 1, à proposição de processos participativos.

Tabela 4. Recorte da matriz analítica temática articulando as categorias 1 e 5. Fonte: produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

Artigos	categoria 1: proposição de processos participativos				categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde			
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	Prevenção	foco: problemática específica
a10	1	1	1	1	1	1	1	1
a15	1	1	1	1	1	1	1	1
a23	1	0	1	1	1	1	1	1
a30	0	0	1	1	1	1	1	1

Essa constatação reforça o que já foi apontado anteriormente: que o campo da promoção é um campo em construção e com distintas abordagens. No plano discursivo é possível se verificar a adesão de uma mesma produção a abordagens concorrentes concomitantemente, indicando possivelmente a existência uma incoerência teórico-conceitual, que trata da abordagem da promoção da saúde e da prevenção como sinônimos.

Apenas o artigo 30 (a30) parece tender discursivamente deliberadamente à uma abordagem mais preventiva. Analisando o artigos verificam-se exemplos dessa construção conceitual: “Relatar uma experiência de promoção da saúde no contexto das doenças transmissíveis com adolescentes”; “Foi identificado que os adolescentes tinham pouco conhecimento sobre os meios de prevenção das doenças transmitíveis (DT) e de sobremodo das doenças sexualmente transmissíveis (DST)”; “os jovens referiram mudança de comportamento”; “dinamizar o processo educativo repercutindo em mudanças de comportamento dos adolescentes sobre a prevenção dessas doenças” (BESERRA et al., 2006, p.402).

Embora se fique evidente à adesão a uma perspectiva conservadora de promoção da saúde, de caráter preventivo, focada nas doenças, pautada na transmissão do conhecimento, desconsiderando o saber da população, observa-se uma contradição discursiva, na medida em quem cita a importância de compreender o contexto da população alvo da intervenção e a proposição de um método afeito à construção da consciência crítica “a pesquisa interligada com a educação pode ser considerada como um instrumento de transformação que possibilita mudança de comportamento a partir de uma reflexão crítica da realidade vivenciada” (BESERRA et al., 2006, p.402); “As vivências desse estudo não esgotaram, mas reforçaram a visualização do círculo de cultura como uma estratégia de promover Educação em Saúde, pois, ao permitir a identificação do contexto cultural do grupo pesquisado”. Destaque-se

ainda, na interface com a reflexão sobre cultura, que a concepção sobre a mesma no referido estudo é afeita à proposição dos círculos de cultura, compreendida também em sua dimensão simbólica (como conjunto de hábitos e comportamentos e como fato no processo de adoecimento ou construção de uma problemática).

O artigo de Beserra et al. (2006, p.402), ainda que se estabeleça relativamente como exceção no universo de publicações estudadas, pode ser considerado emblemático do ponto de vista de uma incoerência teórico metodológica. Como é possível, por exemplo, propor a metodologia dos círculos de cultura - método fundado na educação popular de base freireana, que se fundamenta no reconhecimento e da produção da cultura do grupo envolvido para o desenvolvimento da ação de educação - se o grupo trabalhado é classificado a priori como de “pouco conhecimento”.

Também cabe problematizar a dimensão simbólica de cultura referida no referido artigo (BESERRA et al., 2006). A referência feita no artigo que “o homem independe [da cultura] para se manter vivo” (p. 403) é passível de questionamento à luz do referencial teórico deste trabalho. Ainda é possível inferir que nesse artigo nota-se considerável ambivalência na medida em que propõe como orientação do desenvolvimento de práticas educativas entrar em contato com o “contexto cultural” dos sujeitos, sem, no entanto, valorizar devidamente a produção de cultura pelos mesmos.

Assim, é pertinente concluir que, da mesma maneira que se faz necessário o aprofundamento das bases teórico epistemológicas no campo da promoção da saúde, visando-se maior densidade e coerência nas produções, analogamente, ao articular o tal campo com a cultura, faz-se fundamental o aprofundamento desse conceito e das concepções e métodos a ele associados.

No que concerne à categoria 2 “intersectorialidade”, observou-se 22 das 31 produções assinalaram a diretriz da intersectorialidade como um dos eixos preconizados na formulação de sua perspectiva de promoção da saúde. Cabe ressaltar que o apontamento da importância de um trabalho intersectorial foi preconizado nesse universo de produções, nem todos o fizeram destacando a cultura como setor, uma vez que esse tipo de concepção sobre cultura apareceu em 13 artigos apenas. Nota-se assim, que embora a seleção dos artigos tenha se dado considerando a articulação entre cultura e promoção da saúde, ao discutir intersectorialidade nem todos os artigos o fizeram considerando a interface com o setor da cultura.

Em primeiro lugar é possível ressaltar que a diretriz da intersectorialidade parece mostrar-se bastante consolidada no campo da promoção da saúde haja visto sua ampla

presença entre as publicações. A compreensão da saúde a partir dos processos de determinação social, uma das bases teórico-epistemológicas do campo da promoção da saúde, coloca em cena a necessidade de articulação, no campo teórico, entre as disciplinas, compreendendo que as inscritas no escopo da biomedicina não são suficientes para abarcar a complexidade da saúde, e, no campo prático, de aproximação entre os setores, na busca pela transformação das condições de vida que condicionam e determinam os processos de saúde-doença-cuidado.

Em nota técnica, publicada no ano de 2014, avaliando e reforçando a implementação da PnaPS, o eixo operacional da intersetorialidade foi destacado enquanto estratégia fundamental para o desenvolvimento de práticas no campo

II - Articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor (BRASIL, 2014, p. 8)

Assim, ressalta-se que a importância da construção da promoção da saúde enquanto política.

Outro fato que pode ser destacado a respeito da importância da consolidação em termos institucionais da diretriz da articulação intersetorial é a constatação da produção de um artigo (a2), no ano de 2014, que trata da aproximação entre os setores saúde e cultura sob o horizonte das políticas públicas que vêm ganhando força nos últimos anos. A temática do artigo recai sobre as contribuições dos Pontos de Cultura (pilares de sustentação práticos da Política Cultura Viva, de 2014, que se esboça, todavia, desde 2004, com o Programa Nacional de Cultura, Arte e Cidadania – “Cultura Viva”/ Pontos de Cultura) para a educação popular em saúde. Na publicação fica evidente a aproximação entre cultura e promoção da saúde sob a perspectiva de diálogo entre os setores, norteadas pela proposição de percursos comunitários participativos e emancipatórios.

Os dados sugerem que os Pontos de Cultura se constituem espaços de valorização do diálogo, onde é possível potencializar momentos de fala e escuta, bem como de respeito pelos saberes, experiências e emoções. Aludem que, a partir de tal iniciativa, é possível potencializar o envolvimento popular em ações voltadas à promoção da saúde fortalecendo, assim, a participação coletiva e os laços de solidariedade na comunidade. Revelam, ainda, que eles funcionam como espaço de criação cultural e protagonismo social, os quais possibilitam o estreitamento dos laços entre cultura e saúde e valorizam as características subjetivas dos sujeitos (NESPOLO et al., 2014, p.1187).

Assim, é possível inferir que, embora apenas um artigo traga a ênfase na articulação

entre os setores a partir das políticas públicas, o mesmo certamente teve sua produção impulsionada pelo fortalecimento das mesmas, cabendo enfatizar, portanto, a importância da manutenção desse investimento institucional que certamente ao longo dos anos será refletido nas publicações da área.

Sobre categoria temática 4, educação em saúde, verificou-se, a partir da análise aprofundada dos conteúdos na íntegra dos artigos, que essa temática, conforme já assinalado em etapa anterior do estudo (na classificação das produções), se faz amplamente presente. Constatou-se que das 31 produções analisadas, 22 explicitavam a educação em saúde e/ou a educação popular em saúde como referenciais importantes nos trabalhos. Mais precisamente 19 se referiam explicitamente a educação em saúde, cinco (5) à educação popular em saúde, e em duas (2) dessas, ambas abordagens eram explicitadas.

Cabe, primeiramente destacar que essa divisão entre abordagens (educação em saúde e educação popular em saúde) buscou identificar a que matriz discursiva se afiliavam as produções. Parte – se do pressuposto que ambas as abordagens tratam de práticas educativas articuladas ao campo da saúde, um dos alicerces de sustentação do modelo da promoção da saúde. Conforme já assinalado em diversos momentos deste trabalho, a promoção da saúde, desde seus primeiros delineamentos, fundou-se, em grande medida, em práticas de educativas, cabendo salientar que as concepções de saúde, educação e sociedade subjacentes aos dois campos caminham *pari passu* no decorrer de períodos históricos, ou seja, das diferentes tendências do campo da promoção derivam práticas educativas específicas, assim como as diversas concepções de educação engendram práticas sócio sanitárias distintas, configurando, assim, um terreno de multiplicidades, contradições e disputas.

O que cabe indagar é sobre quais as divergências entre essas duas concepções e implicação de nomeá-las diferentemente nas publicações. Do ponto de vista teórico, no desenvolvimento do capítulo 3, já se apresentaram essas diferenças, contudo, nesse momento, é possível fazer a aproximação da discussão teórica com os dados levantados.

Nota-se, como já se apontou, que há uma tendência importante nesse universo de produções selecionadas de valorização de uma perspectiva de promoção da saúde emancipatória, pautada em processos participativos, críticos e transformadores que transcendem à abordagem tradicional biomédica dos fenômenos de saúde-doença-cuidado, buscando compreender a saúde no contexto de afirmação da cidadania. Ora, se esse é o cenário mais amplamente encontrado dentre as produções analisadas por que é tão menor a referência explícita à abordagem da educação popular em saúde, considerando-se, de antemão, que essa, segundo os autores de referência, é a mais propícia para o

desenvolvimento de percursos emancipatórios?

Ao ler as produções mais a fundo, outra questão se levantou: muitas produções referem e reivindicam estarem assentadas em uma perspectiva de educação em saúde crítica, problematizadora e dialógica, como exemplificado a seguir

a1- Neste contexto, destacam-se as ações educativas apoiadas em referenciais pedagógicos humanistas e libertadores, como prática capaz de promover o empowerment dos adolescentes e estimular o seu protagonismo para ação coletiva e exercício da cidadania” (NETO et al., 2015, p. 618).

a10 - Foi realizada ação educativa, tendo como base a pedagogia problematizadora e, como recurso metodológico (...)”(LACERDA et al., 2013,p. 85).

Por que as mesmas, todavia, não explicitam o enfoque da educação popular claramente como referencial teórico-metodológico?

É possível inferir nesse contexto, que apesar da educação popular em saúde vir ganhando espaço prático, teórico e político nos últimos anos, essa abordagem não é hegemônica no campo da saúde. Ainda se notam muito fortalecidas as práticas educativas cujas raízes parecem remontar à tradicional educação sanitária, baseada na transferência do conhecimento, na verticalidade das relações entre educador e educandos e na visão preventiva dos processos de adoecimento. Certamente, cabe destacar ainda o caráter político da perpetuação da abordagem da educação em saúde, que segundo Stotz (2007) emergiu destinada a desempenhar um importante papel no controle social das populações, afirmando seu caráter normativo. Assim, em um terreno de disputas, considerando a educação popular em saúde como abordagem contra hegemônica, a mesma ainda encontra dificuldades ao tentar se consolidar no campo. Como desafio, se coloca, portanto, tanto a busca pelo fortalecimento teórico-prático das ações de educação popular em saúde, com também, em uma arena política, se vê reforçada a necessidade de construção de percursos críticos no campo da saúde.

Outra, e mais óbvia, conclusão a que se chega, é que o terreno de discussão e prática das ações educativas articuladas à saúde configura-se em espaço privilegiado que comporta a articulação entre os campos da promoção da saúde e cultura. Faz-se relevante assinalar que desse universo de 22 produções que abarcam a temática da educação em saúde, apenas três (3) delas debatem cultura conceitualmente. Ou seja, o presente estudo corrobora a afirmação feita por Boehs et al. (2007) em relação ao escasso debate conceitual sobre cultura no âmbito da educação em saúde:

O conceito de cultura tem sido evocado no ofício do desenvolvimento da educação em saúde, mas não explorado em profundidade pelos autores da chamada corrente de educação popular e pelos profissionais de saúde em geral (BOEHS et al., 2007, p. 309)

Verifica-se que em meio a essas 22 produções o conceito de cultura é abordado a partir de distintas vertentes, o que se constatou pela presença relevante em todos os índices: cultura como fator (no processo de adoecimento ou na construção de uma problemática que induz intervenções – violência, por exemplo) – em oito (8) produções; como conjunto de hábitos e comportamentos e costumes – em 11 produções; como ferramenta em um processo (na maioria dos casos, pedagógico), aproximando cultura das linguagens artísticas e expressivas – em 15 artigos; referida aos círculos de cultura – em dez (10) publicações; e por fim, como setor em sete (7). Destaca-se que essas concepções de cultura, na maior parte das produções, coexistem, e não são excludentes.

Observa-se que é relevante, dentre as 22 produções que abarcam a temática da educação em saúde, a noção de cultura encontra-se articulada às linguagens artísticas e expressivas, muitas vezes responsáveis por mediar o processo pedagógico.

Segundo assinala Canedo (2009, s/p) essa é uma das concepções que mais circulam sobre a cultura: compreendendo-a como atividades artísticas e intelectuais, fundadas nas “tradicionalis atividades culturais, como literatura, artes visuais, teatro, música, dança, audiovisual, arquitetura e artesanato (...)”⁶.

Aqui vale mais uma vez evocar a reflexão sobre as implicações da operacionalização da cultura, em sua vertente prática enquanto ferramenta de um processo. Para aprofundar essa reflexão é necessário mapear alguns pressupostos nos quais se ancoram as proposições descritas nos artigos. Para tal, observou-se, através da matriz analítica a presença nos índices que compuseram as categorias 1, 2 e 5. Segue abaixo um recorte da matriz de análise temática evidenciando apenas as variáveis pertencentes a essa discussão (além das descritas, a categoria 4, identificando a articulação à perspectiva da educação em saúde, e o índice “ferramenta (linguagem artística) ” evidenciando essa concepção de cultura referida.

⁶ Canedo destaca nessa concepção também a vinculação dessas tradicionais atividades culturais ao circuito produtivo da cultura, inscritas “na distribuição e consumo de bens e serviços que conformam a indústria cultural”. Contudo tal viés no caso do universo estudado não se aplica, ficando em evidência a dimensão prática da cultura através das atividades artístico-culturais (CANEDO, 2009, s/p).

Tabela 5: Recorte da matriz analítica temática com enfoque na perspectiva de educação em saúde e em uma concepção de cultura. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa

Artigos	categoria 1: proposição de processos participativos				categoria 3: fundamentação na práxis		categoria 4: perspectiva da educação em saúde			categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde				ferramenta (linguagens artísticas)
	autonomia/protagonismo	empoderamento/ empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular	ações com caráter transformador	construção de consciência crítica	educação em saúde	educação popular em saúde	cita Paulo Freire	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica	
a1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1
a2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
a4	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
a5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1
a6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1
a10	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
a12	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1
a15	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1
a16	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
a20	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
a22	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1
a24	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1
a27	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1
a28	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
a29	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1
Total	14	10	15	13	11	13	13	3	5	4	3	9	8	15

Destacou-se nesse recorte da matriz analítica as características que parecem se opor ao padrão observado. Constatou-se todas as 15 produções inscritas no debate sobre educação em saúde e/ou educação popular em saúde, que apresentaram o conceito de cultura, entre outras possibilidades, como atividades artísticas-culturais, geralmente associadas à medicação de processos pedagógicos (vinculada à ideia de ferramenta ou estratégia), apresentaram como preceitos o enfoque em processos participativos, que estimulavam a produção de autonomia, o empoderamento, a construção coletiva, dialogavam com o saber comunitário, e apresentavam as proposições de transformação e construção de consciência crítica.

Todavia sublinha-se, a presença de uma tendência mais afeita ao enfoque

conservador de promoção da saúde nos artigos a10, a12 e a15. Os três manifestaram a concepção de “capacitação”, noção essa referida às abordagens educativas tradicionais em que os conhecimentos sanitários são transmitidos à população. Conforme apontado por Stotz (2007, p. 46) intervenções como essas fundamentam-se na instrumentalização do “controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas”. Observa-se também a presença do termo prevenção aliado a uma problemática específica (a10 – enfoque na saúde auditiva baseado na prevenção de perdas; a12 – que descreve entre algumas suas outras ações aquelas que “buscaram detectar casos de diabetes e hipertensão, além de procurar conscientizar as pessoas sobre a prevenção de tais doenças” (TATSCH et al., 2012; p.275); a15 – enfoque na prevenção da dengue).

Cabe ressaltar em primeiro lugar a partir dessas reflexões, que novamente se nota a presença de diferentes abordagens de promoção e educação em saúde em uma mesma produção, indicando uma possível inconsistência teórico-conceitual. Mais uma vez sublinha-se que não se trata de dicotomizar o enfoque da prevenção do da promoção de saúde, que segundo Buss (2009) podem ser compreendidos inclusive como complementares, mas sim de tensionar os limites discursivos entre ambos, buscando problematizar as fronteiras e divergências entre ambos, que nas produções muitas vezes são tratados como sinônimos, evidenciando a falta de clareza epistemológica sobre o campo.

Em segundo lugar em diálogo com a noção de cultura pautada em sua possibilidade de apropriação enquanto ferramenta de um processo educativo, observou-se o seguinte: no artigo a10 notou-se a proposição de oficinas educativas cuja mediação se dava, entre outros, aspectos por meio de atividades culturais : “os alunos foram estimulados a cantar o “Funk do Ruído”, após distribuição da letra da música” (LACERDA et al., 2013, p. 87); nas ações descritas no artigo a12 afeitas à abordagem preventiva, notou-se o emprego de ações tecnicistas inscritas no âmbito do saber biomédico como “medir glicemia e aferir pressão arterial de participantes dos eventos” (TATSCH et al., 2012; p.275), já as atividades artísticas culturais estavam associadas ao fomento de processos participativos e de mobilização social e comunitária; por fim, no artigo a15 verificou-se o emprego da literatura de cordel como estratégia para a prevenção de dengue.

Destaca-se, por um lado a potência da articulação das ações de cultura como estratégia educativa, uma vez que, em geral, dialogam com os conhecimentos locais e com a realidade sociocultural do público abordado (como é o caso do funk junto aos adolescentes e da literatura de cordel, na região nordeste do Brasil, respectivamente), facilitando à adesão da população às propostas. Por outro lado, enfatiza-se a problematização entorno da redução

da complexidade das manifestações artísticas-culturais em ferramentas aplicáveis em processos educativos pautados na transmissão de conhecimentos, cujos objetivos são a mudança de hábitos e comportamentos, o que nos dois artigos – a10 e a15 –, entre outros objetivos explicitados, se verificou.

Outro aspecto que relaciona a concepção de cultura com as práticas de promoção assentadas na perspectiva educativa refere-se à proposição dos círculos de cultura. Verifica-se pela magnitude da presença do método relatado em quase metade das 22 publicações (mais precisamente em dez [10] delas) inscritas nesse recorte, o alcance da proposta pedagógica freireana, que deu origem à referida estratégia. Dessas dez (10) produções, seis (6) mencionam explicitamente a referência ao educador. Evidentemente, ainda que as demais não cite o autor, pelo fato de o mesmo ter sido o proponente do método é possível atribuir ao mesmo a relevância do legado em meio ao terreno teórico-prático que articula cultura e promoção da saúde.

Ainda sobre a referência ao pensamento freireano em meio às 22 publicações citadas, assinala-se que além das seis (6) que se baseiam na proposta dos círculos de cultura e fazem referência ao educador outras três (3) publicações utilizam seu referencial para o delineamento de ações e reflexões. Assim conclui-se que em meio às produções que articulam saúde e cultura, a partir da perspectiva da educação, o referencial freireano é muito difundido. O referencial freireano ainda foi citado em uma outra publicação (a17), que não se articula tacitamente à perspectiva da educação em saúde, contudo se insere no campo das ações de promoção.

A pertinência do pensamento freireano em meio as produções selecionadas, dez (10) ao todo, parece se ressaltar motivada pela ancoragem dessas publicações na valorização de processos participativos e de construção de consciência crítica, de mobilização e transformação social.

Aqui parece se fazer relevante e oportuna a proposição do conceito de ação cultural, sob a ótica de Freire, frente a interface cultura e promoção da saúde.

6.2.3 Ação Cultural: uma proposta dialógica e libertadora para o campo da promoção da saúde

A partir do percurso traçado verificou-se uma tendência discursiva importante no campo da promoção da saúde afeita à proposição de processos emancipatórios, ainda que tenha se constatado considerável inconsistência teórico-conceitual em algumas produções

que, apesar de elegerem essa abordagem, empregavam apontamentos relacionados a abordagens preventivas e conservadoras de promoção da saúde.

Assim, cabe a ponderação sobre quais aportes conceituais e metodológicos podem ser convocados na construção de percursos participativos e progressistas de promoção da saúde. A educação popular em saúde de base freireana, conforme apontado no referencial teórico parece fornecer importantes pilares sobre os quais práticas inovadoras podem se assentar. Tal abordagem também consegue agregar a possibilidade de aproximação entre os campos da cultura e da promoção da saúde⁷.

Verificou-se uma relevante presença da leitura freireana na produção analisada, seja a partir da proposição do método dos círculos de cultura, seja a partir das contribuições para a construção de processos críticos e dialógicos de educação em saúde, seja a partir de suas contribuições sobre mobilização popular e transformação social. Ressalta-se que essas três dimensões do pensamento freireano evocadas nas publicações consistem em importantes subsídios para o desenvolvimento de percursos emancipatórios no bojo da práxis da promoção da saúde.

Uma das categorias que compuseram o indicador “promoção da saúde”, que até o momento não foi desenvolvido, foi a categoria 3 – fundamentação na práxis. Essa categoria buscou agregar os estudos que mencionavam a proposição de ações de caráter transformador e/ou o favorecimento de processos de construção de consciência crítica. Evidentemente, analogamente com os achados produzidos no presente estudo, a análise de conteúdo dos artigos é pautada na produção discursiva dos autores, que não está necessariamente alinhada com as práticas desenvolvidas. De todo modo, é relevante sublinhar que há uma considerável produção discursiva que se detém em processos de consciência e transformação social. Foram localizados 24 artigos que citavam um dos dois processos, desses, 19 os apontaram simultaneamente, configurando o que nesse estudo se concebeu como “fundamentação na práxis”.

Paulo Freire (1987) faz referência a práxis também a partir do conceito *ação-reflexão*. Para Freire, segundo Costa (2013, p.282), esse conceito “designa o binômio da unidade dialética da práxis – supondo que essa seja o fazer e o saber reflexivo da ação, o saber que, segundo o autor, realimenta criticamente o fazer”.

Tal referencial, seja pautado na concepção de práxis seja na de *ação-reflexão*, é fundamental, como se verificou na construção do marco teórico, para compreensão de ação

⁷ Além, obviamente da profícua aproximação entre cultura e saúde a partir do princípio da intersetorialidade, inserido no bojo da construção de políticas públicas pautadas da descentralização da cultura.

cultural.

Ação cultural na perspectiva freireana baseia-se na práxis e na construção coletiva, consistindo sobretudo em ação política: “ação política junto aos oprimidos tem de ser, no fundo, ‘ação cultural’ para a liberdade, por isso mesmo, com eles” (FREIRE, 1987, p.53).

Cabe retomar o excerto em que Freire faz apontamentos relevantes para a compreensão de ação cultural

Na medida, porém, em que a introjeção dos valores dos dominadores não é um fenômeno individual, mas social e cultural, sua extrojeção, demandando a transformação revolucionária das bases materiais da sociedade, que fazem possível tal fenômeno, implica também numa certa forma de ação cultural. Ação cultural através da qual se enfrenta, culturalmente, a cultura dominante (FREIRE, 1981, p. 44).

Nessa perspectiva ação cultural parece ser um constructo que pode contribuir para o aprofundamento de reflexões no campo da promoção da saúde. Ação cultural refletida no delineamento de ações sócio sanitárias junto à população, na perspectiva não mais de reprodução do controle social por meio de intervenções técnico científicas verticalizadas, e /ou pautadas no discurso da participação, que, todavia, escamoteiam a desresponsabilização estatal pela transformação das condições materiais de vida e saúde, mas sim, ação cultural concebida como ação política construída junto à população como enfrentamento, em primeira instância, da própria cultura do setor saúde.

Reiteramos: é o setor saúde que necessita de uma “nova cultura”. Os profissionais e técnicos são educadores, ainda que possam não ter consciência desse papel. É indispensável, portanto, pensar na educação dos educadores no contexto de novas práticas de saúde (STOTZ e ARAUJO, 2004, p. 17)

Em maior medida, ação cultural desenvolvida a partir do setor saúde na construção de percursos emancipatórios que, no entanto, dele transcendem, inscrita no terreno de lutas por uma sociedade mais justa e democrática, em que os cidadãos possam reivindicar e conquistar direitos, o que certamente favorece a produção de saúde e vida.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho debruçou-se na reflexão sobre as possibilidades de aproximação entre cultura e promoção da saúde, buscando articulá-las com o conceito de ação cultural desenvolvido por Paulo Freire. Partiu-se do entendimento de que a promoção da saúde em sua interface com a cultura resguarda grande potência para a construção de percursos emancipatórios, favorecendo a produção de saúde e vida.

Os marcos teóricos de referência desse estudo foram as leituras emancipatórias no campo da promoção da saúde, especialmente pautadas na educação popular em saúde, e, em relação à cultura, elegeu-se a abordagem da antropologia interpretativa em diálogo com a perspectiva histórico-dialética. Recorreu-se também à perspectiva freireana de cultura e ao conceito de ação cultural do mesmo autor, que se apresentou como chave de leitura crítica para contribuir articulação entre os campos citados.

Para o desenvolvimento deste percurso teórico foi realizada uma revisão de literatura. Constatou-se que a revisão de literatura é capaz de apontar lacunas, desafios e fragilidades sobre as quais produções científicas futuras podem se deter. Foi possível, através da construção de um “estado da arte” sobre a aproximação da cultura com a promoção da saúde, mapear e confrontar os diferentes enfoques e perspectivas que se apresentaram nos artigos analisados, apontando tanto as congruências como as contradições encontradas (ECHER, 2001).

Cabe ressaltar que a produção de dados se deu a partir das produções científicas selecionadas que refletiam a construção discursiva de seus autores e foi possível conhecer e analisar a forma como as temáticas de promoção da saúde e cultura têm sido apresentadas no campo científico. Como desafio vale ressaltar que foi empreendida uma busca em uma base de dados da saúde, o que acabou privilegiando discursos assentados nesse campo. É possível assinalar, nesse sentido, que pode ser interessante ampliar em pesquisas futuras o escopo dessa investigação, verificando a existência em outras bases publicações oriundas do campo da cultura que se dispõem a essa aproximação.

No que se refere ao panorama encontrado dessas publicações concernente à cultura verificou-se que a maioria dos artigos não discutem de maneira aprofundada a temática. Os quatro (4) artigos, do universo de 31 analisados, que se propuseram a contextualizar o conceito, o fizeram majoritariamente a partir da dimensão simbólica da cultura, compreendida na perspectiva do compartilhamento de símbolos expressos na interação social, a partir do qual os sujeitos se comunicam e negociam significados. Uma dessas

conceituações, contudo, não resguardou semelhanças com os apontamentos das referências teóricas elencadas nesse estudo.

Observou-se também que circulam distintas noções sobre cultura nos artigos analisados: compreendendo-a como fator no processo de adoecimento ou na construção de uma problemática; como conjunto de hábitos e comportamentos (concretizando a dimensão simbólica da cultura conforme discutida acima), como estratégia (ferramenta) para o desenvolvimento de ações sócio sanitárias; como setor e articulada à concepção dos círculos de cultura - concepções essas, que foram encontradas concomitantemente em diversas produções.

Notou-se também como ponto crítico dessa dissertação o fato de que cultura pode ser abordada e operacionalizada por distintos vieses, tendo assim repercussões diferentes nas perspectivas de promoção da saúde. Uma leitura freireana de cultura, por exemplo, que a considera como produção eminentemente histórica, coletiva, demarcando-a como um terreno passível de ser transformado por aqueles que por ela são constituídos e, que da mesma forma a produzem, parece engendrar maiores possibilidades de articulação com o campo da promoção da saúde a partir de uma perspectiva emancipatória. Ao passo que concepções de cultura centradas na valorização de uma cultura em detrimento de outra (como no caso da saúde, da afirmação de uma cultura técnico científica em detrimento da cultura popular) parecem forjar práticas de promoção da saúde verticalizadas e normatizadoras.

Verificou-se ainda certa incongruência em alguns artigos na proposição do método freireano dos círculos de cultura. Constatou-se, surpreendentemente, que o método do círculo de cultura, concebido em sua origem como método alinhado a uma educação libertadora, se operacionalizou em algumas ações de educação em saúde sob a ótica da capacitação e da transferência de conhecimento aos sujeitos envolvidos nessas ações. Assim, reitera-se a importância de aprofundamento nos referenciais convocados nas produções científicas com vistas a construção de reflexões mais coerentes, afinando a proposição metodológica com os objetivos das ações elencados.

Sobre promoção da saúde foi possível concluir que a maior parte das produções fizeram referência a uma abordagem emancipatória, calcada na produção de autonomia, na valorização do saber popular, no trabalho com as coletividades e no empoderamento – verificou-se, aliás, que o conceito de *empowerment* é bastante difundido no campo, apesar de resguardar divergentes significados. Não obstante, considerável parte dos artigos mencionava também, concomitantemente ao discurso emancipatório, características

oriundas de abordagens mais conservadoras de promoção da saúde, difundindo o discurso preventivo voltado às doenças e agravos vinculado a ideia de capacitação da população para o empreendimento de ações educativas voltadas às mudanças de comportamento e hábitos. Desta forma, foi possível verificar a adesão de uma mesma produção a abordagens concorrentes simultaneamente, indicando a existência de incoerência teórico-conceitual. Depreende –se assim, a necessidade de aprofundamento por parte das produções científicas que vem se delineando no campo sobre as bases do paradigma da promoção da saúde assim como das diversas abordagens que o perpassam.

O percurso desse trabalho também confirmou a relevância da intersectorialidade enquanto princípio orientador do campo da promoção da saúde haja visto sua ampla presença entre as publicações. A consideração da cultura enquanto setor que pode ser articulado ao setor saúde parece assentar-se na ideia de *democratização da cultura*, compreendendo sua garantia inscrita no bojo das lutas pelos direitos sociais, cenário este, que dialoga com concepções mais progressistas de saúde.

Além da intersectorialidade revelou-se que a aproximação entre os campos cultura e saúde se faz importantemente a partir da perspectiva de educação em saúde, um dos pilares de sustentação do modelo de promoção. Observou-se que muitos artigos tecem essa articulação a partir da educação em saúde, em especial, pautados em apontamentos centrais da educação popular de base freireana, porém sem, em geral, explicitar essa referência. Inferiu-se assim que educação popular em saúde enquanto abordagem contra hegemônica, ainda encontra dificuldades ao tentar se consolidar no campo, embora evidencie-se como abordagem mais afeita à produção de percursos de emancipação, colocando em cena a necessidade de seu fortalecimento teórico, prático e político.

Por fim, apontou-se que o conceito de ação de cultural, desenvolvido por Freire, concebido como ação política, dialógica e coletiva pode ser um constructo potente para subsidiar a produção de práticas transformadoras inscritas na interface cultura e promoção da saúde. Práticas essas norteadas pela construção de percursos emancipatórios que partem do setor saúde, todavia, dele transcendem, adensando a luta política pela cidadania e por uma sociedade democrática, luta essa que nos tempos atuais faz-se mais que necessária, torna-se um imperativo ético.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, S; FERREIRA, V.A.; HERINGER, A.; PEREIRA, R.C.A. Reflexões sobre o projeto de extensão “Aprendendo e ensinando com Alto Simão”: Uma proposta de construção compartilhada do conhecimento na educação popular. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária Belo Horizonte** – 12 a 15 de setembro de 2004.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da Saúde Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação saúde e ambiente. In: MINAYO, M.C.S. (org) **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023:2002**. Rio de Janeiro, 2002.
- BARATA, R.B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, n.51 2001. São Paulo. P. 138-145. <Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revusp/article/viewFile/35108/37847>>
- BARBOSA, N.D. **Fendas na Cultura: a produção de tecnologias socioculturais em terapia ocupacional**. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, M. **Memórias inventadas: as infâncias de Manoel de Barros/Iluminuras de Martha Barros**. São Paulo: Ed. Planeta do Brasil. 2008.
- BESERRA, E.P.; ARAUJO, M.F.M.; BARROSO, M.G.T. Promoção da saúde em doenças transmissíveis - uma investigação entre adolescentes. **Acta Paul Enferm** 2006;19(4):402-7.
- BESERRA, E.P.; TORRES, C.A.; PINHEIRO, P.N.C; BARROSO, M.G.T. Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1):1563-1570, 2011.
- BOEHS A.E, MONTICELLI M., WOSNY A.M., HEIDEMANN I.B.S., GRISOTTI M., A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura, **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. Abr-Jun; 16(2): 307-14. 2007
- BRANDÃO, C.R. **Pensar a prática: escritos de viagem e estudos sobre a educação**. São Paulo: Edições Loyola, 1984.
- BRANDÃO, C.R. **A educação como cultura**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- BRADÃO, C.R.; FAGUNDES, M.C.V. Cultura popular e educação popular: expressões da proposta freireana para um sistema de educação. **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 61, p. 89-106, jul./set. 2016.
- BRASIL. **Constituição Federal**. Seção II. Da Saúde. Art. 196 a 200. Rio de Janeiro. 1988.

<Disponível em: <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br>>

BRASIL. **Prêmio Cultura Viva. Manual de Avaliação de Iniciativas Culturais** – Janeiro, 2006a.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

Brasil. Comitê Nacional de Educação Popular. **CNEPS**. Brasília – DF. 2012.

BRASIL. **Endereço eletrônico do Ministério da Cultura**. <Disponível em: <http://www.cultura.gov.br/cultura-viva1>> 2013a.

BRASIL. **As metas do Plano Nacional de Cultura. Ministério da Cultura**. Brasília, 3ª Edição. 2013b

BRASIL. Nota técnica 18/2014. Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. **CONASS – progestores**, Brasília, 2014.

BORBA, A.K.O.T., et al. Práticas educativas em diabetes mellitus: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p.169-76, Porto Alegre, 2012.

BREILH, J. Uma Perspectiva Emancipadora da pesquisa e ação baseada na determinação social da saúde(tradução). In: **Taller latinoamericano de determinantes sociais da saúde**. 2008. <Disponível em: http://www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/TEXTDO_DO_BREILH_em_portugues.pdf>.

BUSS, P.M. Uma Introdução ao conceito de Promoção de Saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

BUSS, P.M; PELEGRINI FILHO,A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSI: revista Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007. <Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997

CANEDO, D. “Cultura é o quê?” – Reflexões sobre o conceito de cultura e a atuação dos poderes públicos. V ENECULT - **Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura** 27

a 29 de maio de 2009. Faculdade de Comunicação/UFBa, Salvador-Bahia-Brasil.

CARNEIRO ACLL, SOUZA V, GODINHO LK, FARIA ICM, SILVA KL, GAZZINELLI MF. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(2):115–20.

CARVALHO, M.F.; BARBOSA, M.I.; SILVA, E.T.; ROCHA, D.G. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e a promoção da saúde: Sujeito e mudança**. Ed. Hucitec. 3 ed. São Paulo, 2013.

CAMPOS, G. W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. Prefácio. In: CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudança**. Ed. Hucitec. 3 ed. São Paulo, 2013.

CANDAU, V.M. **Oficinas pedagógicas de direitos humanos**. 2ª ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.

CASCÃO, R. Cultura: 300 definições, 2 equívocos e alguns desafios. In: CASCÃO, R. SOUZA, E.S. e RAMALHO, C.M. (coords.). **Glossário de Cultura**. Rodolfo Cascão / Serviço Social da Indústria. Departamento Nacional. SESI. DN. Brasília: SESI/DN,2007.

CASTELLANOS. P. L. – Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: **Condições de Vida e Situação de Saúde**. BARATA, R.B. (Org.) Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. (itens I, II e V)

CASTIEL, L.D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultura, subjetividade e os riscos à saúde. . In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

CHARTIER, R. Pierre Bourdieu e a história – debate com José Sérgio Leite Lopes. **Palestra proferida na UFRJ**, Rio de Janeiro, 30 abr. 2002. p. 140

CHAUÍ, M. A cultura. In: CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ed. Atica. 1994.

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia**. Em: Crítica y emancipación: Revista latinoamericana de Ciencias Sociales. Año 1, no. 1 (jun. 2008-). Buenos Aires: CLACSO, 2008- . ISSN 1999-8104. <Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/CyE/cye3S2a.pdf>>

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. / Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COELHO, T. **Dicionário Crítico de Política Cultural: Cultura e Imaginário**. Ed. Iluminuras. São Paulo. 1997.

COELHO, M.M.F et al. Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões. **Cienc Cuid Saude** 2012 Abr/Jun; 11(2):390-395.

CÔRTEZ, C.; GONTIJO, D. T.; ALVES, H. C. Ações da Terapia Ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3 p. 208-215, set./dez. 2011.

COSTA, J.C.V. Palavras para ler, entender e sentir Paulo Freire. **Educação em Revista** | Belo Horizonte, v. 29, n. 02. P. 279-285. Jun. 2013.

COSTA, B.B. Para analisar uma prática de educação popular. Educação popular – CEI /Suplemento 17, Tempo e presença, Rio de Janeiro, 1977. Citado por: BRANDÃO, C.R. **Pensar a prática: escritos de viagem e estudos sobre a educação**. São Paulo: Edições Loyola, 1984.

CUNHA, R.R.; PEREIRA, L.S.; GONÇALVES, A.S.R.; SANTOS, E.K.A; RADÜNZ, V.; HEIDEMANN, I.T.S.B. Promoção da saúde no contexto de Parora: Possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 170-6.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Apresentação. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

DIAS, J.; NASCIMENTO, L.C.; MENDES, I.J.M.; ROCHA, S.M. Promoção da saúde das famílias de docentes de enfermagem: apoio, rede social, e papéis na família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 688-95.

DORNELES, P. **Identidades Inventivas: territorialidades na Rede Cultura Viva Na Região Sul**. Instituto de Geociências. [tese] Programa de Pós- Graduação em Geografia, Porto Alegre. RS, 2011.

DORNELES, P.; SILVA, C.R.; LIMA, S.C. Editorial. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 1, p. 1-2, 2016.

ECHER, E. C. A revisão de literatura na construção do trabalho científico. R. gaúcha Enferm., Porto Alegre, v.22, n.2, p.5-20, jul. 2001

ERCOLE, F.F., MELO, L.S., ALCOFORADO, C. L. G. C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Revista Mineira de Enfermagem**. 18(1):9-12, Jan/Mar, 2014.

FERRARI, AT. **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil,

1982

FIORI, E.M. Prefácio. In: **Pedagogia do Oprimido**- 17ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FRANCO, TB; RIBEIRO, C.D.M; MARCH, C.; NARCISO, L.. Reestruturação Produtiva da Saúde Suplementar no Brasil: Programas de Promoção e Prevenção. **XXI Congresso – Cidade do México**, 2 a 4 de setembro de 2010. <Disponível em: <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/calass-2010-reestruturacao-produtiva-na-saude-suplementar.pdf>

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**- 17ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 6a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FOUREZ, Gerard. **A Construção das Ciências: As Lógicas das Invenções Científicas**. Porto Alegre, RS: Instituto Piaget Brasil, 1995.

GIL, G. Cultura e Cidadania. In: BRASIL. **Prêmio Cultura Viva. Manual de Avaliação de Iniciativas Culturais** – Janeiro, 2006.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. Cap. 1, p. 13-41.

GUARESCHI. In: STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

HARADA, M.J.C.S.; PEDROSO, G.C.; PEREIRA, S.R. O teatro como estratégia para a construção da paz. **Acta Paul Enferm** 2010;23(3):429-32.

HEIDEMANN, I.T.S.B; WOSNY, A.M.; BOHES, A.E. Promoção da saúde de mães adolescentes: investigação temática de Freire na Saúde da Família. **Rev Rene, Fortaleza**, 2011 jul/set; 12(3):582-88.

IP UPS. INSTITUTO DE PSICOLOGIA – USP. Biblioteca Dante Moreira Leite. **O que é revisão da literatura?** Folder informativo. 2015. s/p.

JANINI, J.P.; BESSLER, D.; VARGAS, A.B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.480-490, ABR-JUN 2015

LACERDA ABM, SOARES VMN, GONCALVES CGO, LOPES FC, TESTONI R. Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório. **ACR**. 2013;18(2):85- 92.

LANGDON, E. J; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 18 (3). 2010.

LIMA, E. M. A.; INFORSATO, E. A.; LIMA, L. J. C. de; CASTRO, E. D. de. **Ação e criação**

na interface das artes e da saúde. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 143-148, set./dez. 2009.

LOPES, M.S.V.; SARAIVA, K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jul-Set; 19(3): 461-8

MACIEL, K.F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez. 2011.

MACHADO, J.M.H.; PORTO, M.F.S. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 2003; 12(3) : 121 – 130.

MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, C. S. L. “Educação em Saúde” **Curso de Especialização em Saúde da Família–UNA-SUS**. UNIFESP, 2012.

MALTA, D.C; SILVA, M.M.A.; ALBULQUERQUE, G. M.; LIMA, C.M.; CAVALCANTE, T.; JAIME, P. C.; SILVA JUNIOR, J.B. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4301-4311, 2014.

MATTA, R da. Você tem cultura? Artigo publicado no **Jornal da Embratel**, RJ, 1981. <Disponível em: http://nau1.ufsc.br/files/2010/09/DAMATTA_voce_tem_cultura.pdf>

MENÉNDEZ, E.L. Antropologia médica e epidemiologia: processo de convergência ou processo de medicalização? IN: ALVES, P.C e RABELO, M.C. orgs. **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998.

MENICUCCI, T.M.G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MERHY, E.E, MALTA D.C., SANTOS F.P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: Freese E, (org). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

MOYSÉS, S.J.; MOYSÉS, S.T.; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):627-641, 2004.

MORISHITA, R.M. **Ação cultural: reflexões em torno de um conceito e de uma prática**. Monografia de conclusão de curso. Departamento de Biblioteconomia e Documentação. ECA- USP. 2006.

MOROSINI, M.V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA, I.B. Educação em saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009.

MOZZATO R.; GRZYBOVSKI, D.. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC Curitiba**, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011

NESPOLO GF, DUARTE ÊRM, ROCHA CMF, FERLA AA, FERREIRA GE, OLIVEIRA GC. Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores. **Interface- Comunicação e Saúde**. 2014; 18 Supl 2:1187-119

NETO, BRANDÃO W, SILVA MAI, AQUINO JM, LIMA LS, MONTEIRO EMLM. Violence in the eye of adolescents: education intervention with Culture Circles. **Rev Bras Enferm**. 2015;68(4):617-25

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e um conceito. **Saúde e Sociedade**. v.3, n. 2, p. 5-21. 1994.

OMS, PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Ottawa**, novembro de 1986.

OSOWSKI, C.I. Verbete Cultura. In. STRECK, D.R; REDIN, E.; ZITKOSKI, J.J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, J.S. e ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública** [online]. 1998, vol.32, n.4, pp.299-316.

PEDROSA, J. I.S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

PEPE, V.L.E. (Coord) **Assistência Farmacêutica em foco no Estado do Rio de Janeiro: normas e documentos para ação**. Introdução. 2ª Ed. Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Carlos Chagas Filho; FAPERJ. 2011.

PERES, F.F.; BODSTEIN,R.;RAMOS, C.L.; MARCONDES, W.B. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. **Ciência e saúde coletiva**. 10 (3) -757-769. 2005.

PORTO, M.F.S; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

REDE HUMANIZASUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. **Glossário: Integralidade**. 2014. <Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/120>>

RIBEIRO, D.L.G.S.; CASTRO, R.C.A.M. Estado da arte, o que é isso afinal? **Anais III CONEDU V. 1**, 2016, ISSN 2358-8829.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. Promoção da saúde e planejamento estratégico e situacional: intersectorialidade na busca de maior governabilidade. . In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (org) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Rev. e Ampl. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2009.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi , jun. 2007.

SABROZA, P.C. Concepções de Saúde e Doença. In: **Dimensão técnico-operacional: unidade didático-pedagógica: modelo lógico do programa**. SANTOS, E.M.; NATAL, S. (Org). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

SAMAJA, J. **A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre a questão das relações entre saúde e condições de vida**. Salvador, Casa da Qualidade, BA.2000.

SANTOS, A. R. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 7ª edição. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2018; 22(64) (no prelo).

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. “Cultura”. **Dicionário de Conceitos Históricos**. São Paulo: Contexto. 2006.

SILVA, C.M.C.; MENEGHIM, M.C.; PEREIRA, A.C.; MIALHE, F.L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2539-2550, 2010.

SILVA, K.L; SENA, R.R.; BELGA, S.M.M.F; SILVA, P.M.; RODRIGUES, A.T. Práticas exitosas de promoção da saúde. **Rev Saúde Pública** 2014;48(1):76-85

SILVA, K.L et al. Promoção da Saúde e Intersetorialidade em um município da região metropolitana de BH/ Minas Gerais. **Rev APS**. 2013 abr/jun; 16(2): 165-172.

STOTZ, E.N; ARAUJO, J.WG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago. 2004.

STOTZ, E. N. A educação popular nos movimentos sociais da saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, educação e saúde**, V. 3 N. 1, P. 9-30, 2005.

STOTZ, E.N.A. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

TATSCH, J.F.S. Mobilização social: a comunidade como protagonista. Um relato de experiência. **Com. Ciências Saúde**. 2012; 23(3):271-276.

TEIXEIRA, CF. .Promoção e Vigilância no Contexto da Regionalização da Assistência à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.

VALLA, V. V. **A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas**. Educação e Realidade, V. 21, n. 2. p. 177 – 190. JUL/DEZ. 1996.

VALLA, V.V.; GUIMARAES, M.B.; LACERDA, A. Construindo a resposta à proposta de educação em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007

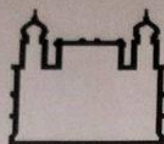
VILELA, E.M., MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev Latino-am Enfermagem**. Julho-agosto; 11(4):525-31; 2003.

VOSGERAU; ROMANOWSKY, .Estudos de revisão **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 14, n. 41, p. 165-189, jan./abr. 2014

WALTNER – TOWES, D. The end of medicine: the beginning of health. **Futures**, 32, 2000. P. 655–667.

WEFFORT, F. Prefácio. In: FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 6a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

ANEXO A - Dispensa de Apreciação ética pelo Sistema CEP – CONEP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 2017

Parecer N° 02/2017

Título do Projeto: “Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social”.

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Mariana Morette Pan

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Tipo do projeto: Projeto de Dissertação de Mestrado em Saúde Pública - ENSP

Data de recebimento no CEP-ENSP: 08/02/2017

O projeto “Ação Cultural e Promoção da Saúde: a construção de uma aproximação na perspectiva da transformação social”, da pesquisadora Mariana Morette Pan, conforme versão encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 08/02/2017, será desenvolvido exclusivamente com dados de bases secundárias disponíveis para acesso público e irrestrito. Sendo, portanto, dispensado de apreciação ética pelo Sistema CEP-CONEP.

Jennifer Braathen Salgueiro

Coordenadora do CEP/ENSP

Jennifer Braathen Salgueiro
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat. 1363837

APÊNDICE A. Classificação dos artigos segundo: título, autor (es), ano de publicação, periódico, instituição de produção, área de conhecimento/atuação, tipo de estudo, público alvo das ações desenvolvidas, estratégia (s) e contexto. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

	titulo	ano	autores	instituição	área de conhecimento/atuação	periódico	tipo de estudo	público alvo	estratégia	contexto
a1	Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura	2015	BRANDÃO NETO et al	UPE, USP, UFPE	enfermagem	Rev Bras Enferm.	empírico	adolescentes	círculos de cultura	escola
a2	Pontos de Cultura: contribuições para a Educação Popular em Saúde na perspectiva de seus coordenadores	2015	NESPOLO, G.F. et al.	UFGRS, UFAL	enfermagem	Interface comun. saúde educ.	empírico	comunidade	ações diversas	ponto de cultura
a3	O uso de plantas medicinais na promoção da saúde e na valorização da cultura popular em um Programa Saúde da Família	2014	GIBERTONI, F.S. et al.	UfsCar	residência multiprofissional da saúde da família (saúde coletiva)	Rev. APS	empírico	comunidade	oficinas	Unidade de Saúde da Família
a4	O PalhaSUS e a Saúde em Movimento nas Ruas: relato de um encontro	2015	MATRACA, M.V.C. et al.	Fiocruz	não identifica	Interface comun. saúde educ.	empírico	equipe de saúde	ações diversas	território
a5	Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde	2014	SOUZA, J.M. et al.	UFSC	enfermagem	Ciênc. saúde coletiva	teórico	não se aplica	não se aplica	não se aplica
a6	Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidade para a enfermagem no contexto escolar	2014	BRANDÃO NETO et al.	UPE, UFRJ, UFPE	enfermagem	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	empírico	adolescentes	círculos de cultura	escola
a7	Juventude, violência e ação coletiva	2014	LICO, F.M.C; WESTPHAL, M.F.	USP	saúde coletiva	Saúde e Sociedade	empírico	adolescentes	articulação intersetorial	território

	titulo	ano	autores	instituição	área de conhecimento/ atuação	periódico	tipo de estudo	público alvo	estratégia	contexto
a8	Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas	2014	SILVA, K.L.	UFMG	enfermagem	Rev Saude Publica	empírico	comunidade	ações diversas	municípios
a9	Festival da loucura e a dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica	2014	BOTTI, N.C. e TORREZIO, M.C.S.	Uni. Federal de São João Del Rei	enfermagem	Psicologia e Sociedade	teórico	usuários saúde mental e comunidade	festival	território
a10	Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório	2013	LACERDA, A.B.M.	Univ Tuiti do paraná (UTP)	fonoaudiologia	ACR	empírico	adolescentes	oficinas	escola
a11	Promoção da Saúde e Intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte	2013	SILVA, K.L. et al.	UFMG E PUC MG	enfermagem	Rev. APS	teórico	comunidade	ações diversas	município
a12	Mobilização social: a comunidade como protagonista. Um relato de experiência	2012	TASCH, J.F. et al.	SES- DF	medicina	Comun. ciênc. saúde	empírico	comunidade	ações diversas	território
a13	Educação em saúde com adolescentes: compartilhando vivências e reflexões	2012	COELHO, M.M.F	UECE	enfermagem	Ciênc. cuid. saúde	empírico	adolescentes	círculos de cultura	escola
a14	Sociedade, cultura e saúde: motivação na utilização de espaço público de lazer	2012	SILVA, E.A.P.C. et al.	FMN, UFCG, UFPB, UFPE	não identifica	Movimento (Porto Alegre)	empírico	comunidade	não se aplica	parque
a15	Literatura de cordel como estratégia educativa para prevenção da dengue	2011	OLIVEIRA, P.M.P. et al.	UFC	enfermagem	Texto & contexto enferm.	teórico	comunidade	literatura de cordel	não se aplica
a16	Papo irado: tecnologia de educação popular em saúde com adolescentes	2011	COELHO, M.M.F et al.	UECE	enfermagem	Rev. APS	empírico	adolescentes	programa de auditório	espaços diversos

	titulo	ano	autores	instituição	área de conhecimento/ atuação	periódico	tipo de estudo	público alvo	estratégia	contexto
a17	Ações da terapia ocupacional para a prevenção da violência com adolescentes: relato de pesquisa	2011	CORTÊS, C.G. et al.	UFTM	terapia ocupacional	Rev. ter. ocup.	empírico	adolescentes	grupo de atividades expressivas e jogos	escola
a18	Promoção da saúde de mães adolescentes: investigação temática de Freire na Saúde da Família	2011	HEIDERMAN, I.T.S.B. et al.	UFSC	enfermagem	Rev. RENE	empírico	adolescentes	círculos de cultura	Unidade de Saúde da Família
a19	Unimontes solidária: interação comunitária e prática médica com a extensão	2011	CARNEIRO, J.A. et al.	UEMG	medicina	Rev. bras. educ. méd.	empírico	comunidade	ações diversas	espaços diversos
a20	Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem	2011	MARTINS, A.K.L. et al.	UFC	enfermagem	Rev. enferm. UERJ	empírico	estudantes	literatura de cordel	não se aplica
a21	Expressividade e sensorialidade: por uma metodologia da educação física na saúde de idosos	2011	FIGUEIREDO JUNIRO, J.M. e SILVA, P.N.G.	UFPB	educação física	Rev. bras. ativ. fís. saúde	empírico	idosos	grupo de convivência	espaços diversos
a22	Extraíndo lições de uma história inconclusa: política pública para adolescentes em Serra/ES	2011	BARCELOS, et al.	UFES e ENSP/Fiocruz	não identifica	Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)	empírico	adolescentes	ações diversas e interseccionais	município
a23	Pedagogia freireana como método de prevenção de doenças	2011	BESERRA, E.P. et al.	UFC	enfermagem	Ciênc. saúde coletiva	empírico	adolescentes	círculos de cultura	escola
a24	O teatro como estratégia para a construção da paz	2010	HARADA, M.J.C.S. et al.	UNIFESP	enfermagem	Acta paul. enferm.	empírico	adolescentes	teatro	escola

	titulo	ano	autores	instituição	área de conhecimento/ atuação	periódico	tipo de estudo	público alvo	estratégia	contexto
a25	Do diagnóstico à ação: programa Se Bole Olinda: estratégia intersetorial de promoção da saúde através da atividade física	2009	GUARDA, F.R.B et al.	Fiocruz; Secretaria de Saúde de Olinda	psicologia e medicina preventiva (saúde coletiva)	Rev. bras. ativ. fís. Saúde	empírico	usuários CAPS AD, hipertensos e comunidade	atividade física	espaços diversos
a26	A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica	2009	LUZIO, C.A; LÁBBATE, S.	UNESP e UNICAMP	não identifica	Ciênc. saúde coletiva	empírico	usuários de saúde mental e comunidade	não se aplica	municípios
a27	Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno	2008	OLIVEIRA, P.M.P. et al.	UFC	enfermagem	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	teórico	comunidade	literatura de cordel	não se aplica
a28	Influência da universidade aberta da terceira idade (UATI) e do programa de revitalização (REVT) sobre a qualidade de vida de adultos de meia-idade e idosos	2007	CASTRO, P.C. et al.	UFSCAR	fisioterapia	Braz J Phys Ther	empírico	idosos	ações diversas	espaços diversos
a29	Ações de promoção e educação em saúde: satisfação dos frequentadores de uma instituição promotora de saúde	2007	PEREIRA, A.C. et al.	Centro Universitário São Camilo	saúde coletiva	Mundo saúde (Impr.)	empírico	comunidade	ações diversas	Sesc
a30	Promoção da saúde em doenças transmissíveis: uma investigação entre adolescentes	2006	BESERRA, E.P. et al.	UFC	enfermagem	Acta paul. Enferm.	empírico	adolescentes	círculos de cultura	escola
a31	Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos	2005	PERES, F.F. et al.	Fiocruz	saúde coletiva	Ciênc. saúde coletiva	empírico	comunidade	articulação intersetorial	território

APÊNDICE B. Matriz analítica temática organizada a partir dos indicadores “Promoção da Saúde” e “Cultura”. Fonte: Produzido pela autora com base nos dados da pesquisa.

Artigos	Promoção da saúde													Cultura						
	categoria 1: proposição de processos participativos				categoria 2: intersectorialidade	categoria 3: fundamentação na práxis		categoria 4: perspectiva da educação em saúde			categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde				categoria 1: ausência da dis. conceitual	categoria 2: operacionalização do conceito de maneira genérica			categoria 3: círculos de cultura	categoria 4: setor
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular		ações com caráter transformador	construção de consciência crítica	educação em saúde	educação popular em saúde	cita Paulo Freire	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica		fator	hábitos e costumes	ferramenta (linguagens artísticas)		
a1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
a2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1
a3	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
a4	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
a5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0
a6	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0
a7	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
a8	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1
a9	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1
a10	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0
a11	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1

Artigos	Promoção da saúde														Cultura					
	categoria 1: proposição de processos participativos				categoria 2: intersectorialidade	categoria 3: fundamentação na práxis		categoria 4: perspectiva da educação em saúde			categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde				categoria 1: ausência da dis. conceitual	categoria 2: operacionalização do conceito de maneira genérica			categoria 3: círculos de cultura	categoria 4: setor
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular		ações com caráter transformador	construção de consciência crítica	educação em saúde	educação popular em saúde	cita Paulo Freire	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica		fator	hábitos e costumes	ferramenta (linguagens artísticas)		
a12	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1
a13	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0
a14	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0
a15	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
a16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
a17	1	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1
a18	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0
a19	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0
a20	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
a21	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0
a22	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1
a23	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0
a24	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0
a25	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1
a26	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0

Artigos	Promoção da saúde														Cultura						
	categoria 1: proposição de processos participativos				categoria 2: intersectorialidade	categoria 3: fundamentação na práxis		categoria 4: perspectiva da educação em saúde			categoria 5: traços da abordagem conservadora de promoção da saúde					categoria 1: ausência da dis. conceitual	categoria 2: operacionalização do conceito de maneira genérica			categoria 3: círculos de cultura	categoria 4: setor
	autonomia/protagonismo	empoderamento/empowerment	trabalho com as coletividades	relação com o saber popular		ações com caráter transformador	construção de consciência crítica	educação em saúde	educação popular em saúde	cita Paulo Freire	foco: hábitos e comportamentos	ideia de capacitação	prevenção	foco: problemática específica	fator		hábitos e costumes	ferramenta (linguagens artísticas)			
a27	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	
a28	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	
a29	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	
a30	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	
a31	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	
Total	27	17	31	26	22	20	23	19	5	10	8	7	16	18	27	14	15	19	10	13	