



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

ELCIDES HELLEN FERREIRA LANDIM BARRETO

**ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE:
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DO NORDESTE
DO BRASIL**

**FORTALEZA
2017**

ELCIDES HELLEN FERREIRA LANDIM BARRETO

ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE:
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DO NORDESTE DO
BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- B261e Barreto, Elcides Hellen Ferreira Landim.
Estima de lugar e implicações com a saúde : a perspectiva dos usuários de um centro de saúde do Nordeste do Brasil / Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto. – 2017.
208 f. : il. color.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.
1. Afetividade. 2. Estima de lugar. 3. Implicações. 4. Saúde. I. Título.
- CDD 150
-

ELCIDES HELLEN FERREIRA LANDIM BARRETO

ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM A SAÚDE:
A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DO NORDESTE DO
BRASIL

APROVAÇÃO: 18/05/2017

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Psicologia.
Área de concentração: Processos Psicossociais e Vulnerabilidades Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Zulmira Áurea Cruz Bomfim
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Maria Lúcia Magalhães Bosi
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Israel Rocha Brandão
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Aos meus pais, Salete e Raimundo (*in memoriam*), que nunca mediram esforços para me ajudar a realizar meus sonhos.

Ao meu esposo, Carlos Barreto, que esteve ao meu lado em todos os momentos dessa caminhada, sendo apoio fundamental para que eu pudesse trilhar esse caminho.

Às minhas filhas, Calliandra e Clarissa, que compreenderam a minha ausência durante esse mestrado e me amaram mesmo quando eu só pude ser uma “mãe lua”.

AGRADECIMENTOS

Minha eterna gratidão a todos aqueles que compuseram a rede de apoio que me deu segurança de arriscar esse voo.

À minha mãe que por meio de suas orações, força, garra e condição financeira assumiu comigo todos os riscos aos quais eu me submetia ao sair de minha cidade para morar em uma capital da qual eu só conhecia a Beira-mar, ao me afastar do aconchego do meu lar, deixando minhas filhas e esposo, e ao me licenciar do trabalho. Agradeço ainda por ter me educado na fé, pois este sentimento tem me dado a esperança e a força necessária para superar todas as dificuldades, medos e, assim, conseguir chegar a esse momento.

Ao meu esposo que mesmo com várias inseguranças e medos sofreu com resignação a minha ausência, assumindo muitas responsabilidades e tarefas antes comigo compartilhadas, lembrando-me todos os dias do seu amor, carinho, preocupação e força. Sei o quanto foi difícil, para nós dois, cada despedida, cada minuto distante, a falta a cada anoitecer e a cada amanhecer, a dor de cada ausência que se revelava no abraço afetuoso de cada reencontro.

Às minhas queridas filhas que mesmo sem entender o significado de um curso de mestrado, compreendiam o quanto isso era importante para mim e por isso aceitaram sem nunca me questionarem o porquê disso. Adaptaram-se a novas rotinas, a novas cobranças, novas responsabilidades, aprenderam a buscar segurança em novos suportes, encontraram novas estratégias de sobrevivência e nunca perceberam tudo isso como um sacrifício. E ainda foram capazes de acolher minha culpa, sofrimento e tristeza por estar submetendo-as a isso, dizendo que eu era uma “mãe lua”, pois sabiam que eu, ainda que distante, estava sempre presente em suas vidas.

À minha irmã Amanda, ao meu irmão Wesley, à minha cunhada-irmã Virlene que nunca mediram esforços para me ajudar em tudo que eu precisei, substituindo-me e resolvendo tudo que estava ao seu alcance como nem eu mesma faria. Não tenho palavras para expressar a minha gratidão e carinho por todas as gentilezas e apoio incondicional.

À minha tia Gorete por todas as orações, torcida, carinho e amor, ao seu esposo João York por todas as noites que passou acordado esperando o horário para me pegar na rodoviária de Icó, muitas vezes em madrugadas chuvosas. Receberam-me sempre como uma filha, acolhendo-me sempre com carinho, atenção, simpatia e prazer. Tal como às suas filhas, Fernanda e Fiamma, que compartilharam comigo os seus pais e me acolheram sempre, não como prima, mas como irmã.

Ao meu tio Edjalma, sua esposa Edna e meu primo Rian que sempre me receberam com carinho, alegria e aconchego me incentivando e me fazendo acreditar nesse sonho do mestrado.

À minha prima Eurijane que sabendo da minha necessidade de morar em Fortaleza não se furtou em oferecer um apartamento que mantinha lá e se mostrou sempre muito prestativa para me ajudar e esclarecer muitas questões que tive a oportunidade de com ela compartilhar.

Ao Denis, pessoa maravilhosa que me acolheu, dividiu comigo sua morada na capital durante o mestrado e pela qual tenhoprofundo sentimento de amizade, consideração e admiração. A certeza de sua companhia foi alento nos momentos difíceis de solidão.

Às amigas do CLET (Clube da Luluzinha da Escola Tiradentes) Carine, Cida, Denise, Leda, Paulina e Valéria que não mediram esforços para me ajudar durante o período que estive ausente na Escola Tiradentes e, muito mais, quando voltei e precisei conciliar o trabalho com as atividades de pesquisa. Sou grata por todos os momentos de escuta de minhas angústias, a todos os momentos de partilha e apoio, de vinhos e risadas, de comemoração dos aniversários, de bons encontros, das ajudas com as aulas de reforço para as minhas filhas, de todos os momentos regados a açaís nos quais pude ser acolhida e fortalecida.

Às minhas grandes amigas Ana Paula e Cicinha que desde a graduação em Psicologia me veem como águia e encorajam o meu voo. Agradeço por todo o incentivo e momentos de companheirismo, de riso, partilha e de discussões também.

Aos meus colegas e alunos da Faculdade Vale do Salgado por possibilitarem que em mim se mantenha aceso o interesse pela pesquisa e pela docência; e, pela confiança que depositam em mim, por instigarem-me a sonhos cada vez mais ousados.

A todos aqueles que foram meus professores desde o jardim da infância à graduação. Sem dúvida, a contribuição de cada um foi importante tijolo na construção desse momento.

À Midori pelas muitas vezes que me acolheu em sua casa, que me ajudou a desbravar os caminhos de Fortaleza, que foi prestativa, companheira e amiga com a qual partilhei muitos momentos importantes.

Minha eterna gratidão também a todos que se lançaram comigo nesse voo, tanto aqueles que assumiram a função de me ensinar e orientar, quanto aqueles que se lançando no mesmo voo me ensinaram e orientaram...

À professora Zulmira que mesmo sem me conhecer me adotou, acolheu-me com carinho, confiou no meu trabalho e me mostrou com leveza e suavidade os caminhos da pesquisa.

Ao professor Israel, a quem devoto profunda admiração, por toda gentileza, compreensão, paciência, amabilidade com que nos apresentou a ética espinosana, com que me guiou rumo à compreensão do meu tema de pesquisa, e por todos os nossos encontros que me afetam sempre de maneira potencializadora.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFC que de diferentes maneiras foram me possibilitando ajustar e compreender melhor a minha pesquisa. Agradeço de maneira especial à professora Karla Patrícia que, realizando uma leitura atenta de meu projeto de pesquisa inicial, apontou ajustes fundamentais.

À professora Maria Lúcia Bosi, que aceitou gentilmente participar desse processo, porapontar de maneira elegante e potencializadora os caminhos pelos quais eu poderia desenvolver esse trabalho.

Aos professores João Marcos e Felipe que de maneira tão prestativa se dispuseram a me ajudar na difícil tarefa de me fazer entender os cálculos estatísticos apresentados nesse trabalho.

À minha querida parceira, Lígia, que encheu minha caminhada de alegria, charme e leveza, por todos os momentos de construções e desconstruções, de alegrias e angústias que vivemos juntas e pela doce lembrança que guardo comigo de sua voz chamando o meu nome e de seu abraço caloroso.

A todos os amigos do Locus, como Zelfa, Fábio Paz, Diego, Dalice, Andy e todos os outros, pela acolhida, ajuda, parceria e grandes aprendizagens, não só teóricas, mas de amor, cooperação e companheirismo. Muito mais do que um laboratório de pesquisa, o Locus é um lugar de afetividade.

A todos os colegas desse programa de pós-graduação pelos momentos de aprendizagem, construção teórica e partilha de informações.

Gratidão de maneira especial à Gisely que topou comigo o desafio de escrever um artigo científico, e que em muitas situações me animou quando eu estava desanimada, cansada e triste, sendo sempre, em todos os momentos em que precisei, uma amiga totalmente prestativa, companheira e solícita.

Por fim, meus sinceros agradecimentos aos profissionais e cidadãos-usuários do CSF São Geraldo e a todos que de alguma maneira contribuíram, acompanharam, torceram por mim e me ajudaram nesse processo.

“Sendo todas as outras coisas iguais, o desejo que nasce da alegria é mais forte que o desejo que nasce da tristeza”. (Espinosa)

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a estima de lugar dos cidadãos-usuários de um Centro de Saúde da Família do Nordeste brasileiro e suas implicações com a saúde. Busca, ainda, identificar afetos presentes nas pessoas usuárias do Centro de Saúde da Família que possibilitem ou não a implicação destas com um modo de vida saudável, bem como, as percepções desses sujeitos acerca do modo de viver saudável. A compreensão das questões ambientais e da saúde humana bem como daquelas advindas dessa relação ainda são limitadas. Assim, é importante e urgente que sejam desenvolvidos estudos que possibilitem maneiras eficazes de compreender e, consequentemente, intervir nos problemas oriundos desse campo. Com esse intuito, parte-se dos campos da Psicologia Social, Psicologia Ambiental e Saúde Coletiva de abordagem histórico-cultural para pensar as relações entre afetividade, estima de lugar e promoção de saúde. Dessa forma, busca-se, com este estudo, ampliar essas discussões apresentando a estima de lugar (BOMFIM, 2010) como uma dimensão da saúde, e as implicações com um modo de vida saudável a partir da compreensão dos sujeitos-usuários da Atenção Básica. Para tanto, nesta pesquisa foi utilizado o IGMA (Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos) para identificar a estima de lugar dos sujeitos, e uma entrevista semiestruturada para compreender a implicação com o modo de vida saudável com 41 cidadãos-usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo, em Icó (CE). Com esse estudo foi possível identificar que o estilo de vida considerado pelos sujeitos como saudável é aquele ditado pela lógica tecnocrática, utilitarista e científica, no qual o saber científico se sobrepõe ao saber popular como o único possível. No entanto, a estima de lugar dos cidadãos-usuários da unidade de saúde se revela potencializadora e indicativa de envolvimento com o modo de vida saudável. Assim sendo, percebe-se que embora o modo de vida saudável não seja fruto da autonomia dos sujeitos, uma vez que, a relação entre o cidadão e o modo de vida saudável ocorra pela via da passividade, os afetos relacionados a ela não são geradores de servidão, e sim, de agradabilidade e pertencimento, portanto, potencializadores. Dessa forma, conclui-se que a educação em saúde assim como tem sido posta em prática tem promovido a implicação dos sujeitos com um modo de viver saudável, no entanto, não de maneira emancipatória e autônoma, mas antes de maneira passiva, por meio da busca em seguir um estilo de vida prescrito pelos aparelhos de poder ideológicos. Com essa pesquisa espera-se fomentar uma discussão ético-política que contribua para potencializar as ações da Estratégia da Saúde da Família, possibilitando maior participação dos cidadãos e eficácia na efetivação das ações propostas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no intuito de promover um estilo de vida saudável revelador da autonomia e emancipação dos sujeitos.

Palavras-chave: Afetividade. Estima de lugar. Implicação. Saúde.

ABSTRACT

The present study aims to analyze the esteem of place of citizen-users of a Family Health Center in the Northeast of Brazil and its implications for health. It also seeks to identify affections in the people who use the Family Health Center, which may or may not involve them in a healthy lifestyle, as well as their perceptions about healthy living. The understanding of environmental and human health issues as well as those arising from this relationship are still limited. Thus, it is important and urgent that studies be developed to provide effective ways of understanding and, consequently, intervening in the problems arising from this field. With this aim in mind, this work starts from the fields of Social Psychology, Environmental Psychology and Collective Health of historical-cultural approach to think about the relationships between affectivity, esteem of place and health promotion. In this way, the objective of this study is to broaden these discussions by presenting the esteem of place (BOMFIM, 2010) as a dimension of health, and the implications of a healthy way of life based on the understanding of the subjects-users of Basic Health Care. In order to do so, the IGMA (Affective Maps Generator Instrument) was used in this research to identify the esteem of place of the subjects, and a semi-structured interview to understand the implication with a healthy lifestyle with 41 citizens-users of the Family Health Center Sao Gerardo in Ico (CE). With this study it was possible to identify that the lifestyle considered healthy by the subjects is dictated by technocratic, utilitarian and scientificist logic, in which specific scientific knowledge overlaps popular knowledge as the only one possible. However, the esteem of place of the citizens-users of the health unit proves to be potential and indicative of involvement with the healthy way of life. Thus, it is perceived that although the healthy life is not the result of the autonomy of the subjects, once the relationship between the citizen and the healthy way of life occurs through passivity, the affections related to it are not generators of servitude, but rather, of pleasantness and belonging, therefore full of potential. Thus, it is concluded that health education, as it has been put into practice, has promoted the involvement of the subjects with a healthy way of life, however, not in an emancipatory and autonomous way, but rather in a passive way through the following of a lifestyle prescribed by the ideological power apparatus. With this research, it is hoped to foster an ethical-political discussion that contributes to strengthen the actions of the Family Health Strategy, enabling greater participation of citizens and effectiveness in the implementation of the actions proposed in the National Policy for Health Promotion (PNPS) in order to promote a healthy lifestyle which reveals the autonomy and emancipation of the subjects.

Keywords: Affectivity. Esteem of place. Implication. Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead.....	100
Figura 2 – Localização do município de Icó - CE.....	113

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos respondentes por faixa etária	129
Gráfico 2– Distribuição dos respondentes por nível de escolaridade.....	130
Gráfico 3 – Distribuição dos respondentes por renda mensal	130
Gráfico 4– Distribuição dos respondentes por tempo que frequenta a UBS São Geraldo.....	131
Gráfico 5– Distribuição da estima de lugar segundo os resultados da escala Likert do IGMA	132
Gráfico 6 – Distribuição das respostas afetivas identificadas a partir dos dados qualitativos do IGMA	133
Gráfico 7- Distribuição das pessoas com relação à percepção de sua saúde	144
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a compreensão acerca da saúde .	147
Gráfico 9 – Distribuição dos participantes por categorias de hábitos que proporcionam saúde	147
Gráfico 10 – Distribuição das respostas sobre a contribuição da UBS São Geraldo com a saúde das pessoas.....	148
Gráfico 11 – Distribuição das respostas acerca da contribuição da cidade com a saúde das pessoas	149
Gráfico 12 – A distribuição da estima de lugar pelas respostas acerca do modo de viver saudável.....	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese do processo de categorização voltado para elaboração dos mapas afetivos.	120
Quadro 2 – Roteiro para distribuição das entrevistas	124
Quadro 3 – Síntese do mapa afetivo do CSF São Geraldo e da entrevista sobre modo de vida saudável	124
Quadro 4 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 39	135
Quadro 5 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 30	136
Quadro 6 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 3	138
Quadro 7 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 5	139
Quadro 8 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 35	140
Quadro 9 – Imagens afetivas do CSF São Geraldo por qualidades e sentimentos	141
Quadro 10 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos potencializadores	142
Quadro 11 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos despotencializadores	143
Quadro 12 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos de contraste.	143
Quadro 13 – Distribuição das respostas de acordo com a compreensão da saúde	144
Quadro 14 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de agradabilidade acerca da contribuição da UBS com sua saúde	152
Quadro 15 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de pertencimento acerca da contribuição da UBS com sua saúde	154
Quadro 16 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de destruição acerca da contribuição da UBS com sua saúde	155
Quadro 17 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de contraste acerca da contribuição da UBS com sua saúde	156
Quadro 18 – Correlações entre a estima de lugar e a implicação com um modo de vida saudável pela análise da equação estrutural	157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIM	Academia Imperial de Medicina
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CAPs	Caixas de Pensão e Aposentadoria
CEBS	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEDES	Centro de Estudos del Desarrollo
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CSF	Centros de Saúde da Família
DNS	Departamento Nacional de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FVS	Fundação Vale do Salgado
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGMA	Instrumento Gerador de Mapas Afetivos
INAMPS	Instituto de Assistência Médica e Previdência Social
Locus	Laboratório de Psicologia Ambiental
MAPS	Ministério da Assistência e da Previdência Social
MES	Ministério da Educação e Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAI	Programa Ampliado de Imunização
PAPPE	Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais
PESES	Programas de Estudos Socioeconômicos em Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre de Esclarecimento
URCA	Universidade Regional do Cariri

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 AFETIVIDADE: DE OPOSIÇÃO À RAZÃO A ESTIMA DE LUGAR.....	29
2.1 A afetividade como oposição à razão.....	29
2.2 Espinosa: os afetos da mente/corpo.....	32
2.3 Vygotsky e a condição histórico-cultural dos afetos	36
2.4 Heller e os sentimentos como implicação	40
2.5 Sawaia e a condição ético-política dos afetos	45
2.6 A estima de lugar: o afeto na inter-relação pessoa-ambiente.....	51
3 SAÚDE: DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	63
3.1 Promoção da Saúde.....	65
3.2 A Saúde em solo brasileiro.....	71
3.3 SUS e a Atenção Básica no Brasil	93
3.4 Humaniza SUS	96
3.5 Política Nacional de Promoção da Saúde	98
3.6 Considerações acerca do modo de vida saudável.....	103
4. METODOLOGIA.....	109
4.1 Abordagem metodológica	109
4.2 Cenário da pesquisa	112
4.2.1 <i>A cidade de Icó</i>	112
4.2.2 <i>O Centro de Saúde da Família São Geraldo</i>	115
4.3 A inserção no campo de pesquisa	116
4.4 Instrumentos utilizados na produção de evidências e procedimentos de análises ...	118
4.4.1 <i>O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos – IGMA</i>	118
4.4.2 <i>Entrevista semiestruturada</i>	122

4.4.3 Análise estatística complementar: Análise de Equações Estruturais (AEE)	125
4.5 Aspectos éticos.....	127
5 ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM UM MODO DE VIDA SAUDÁVEL	
.....	129
5.1 Participantess.....	129
5.2 Resultados e discussões	131
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	160
REFERÊNCIAS	164
APÊNDICES	175
APÊNDICE A – INSTRUMENTO GERADOR DOS MAPAS AFETIVOS.....	176
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
.....	181
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO (TCPI).....	183
APÊNDICE D - MAPAS AFETIVOS DO CSF SÃO GERALDO EXPANDIDOS	184
APÊNDICE E – ANÁLISE ESTATÍSTICA COMPLEMENTAR.....	198
ANEXO	204
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	205

1 INTRODUÇÃO

Nas folhas que seguem será apresentada a minha pesquisa de mestrado que trata da relação entre a estima de lugar e o modo de viver saudável, temas pormenorizados nos capítulos seguintes. Inicialmente devo discorrer aqui sobre o que originou o meu interesse nesse estudo. Ao me dedicar a pensar um pouco sobre o ponto de partida dessa pesquisa, veio-me a lembrança a minha primeira escola: Escola Recanto da Criança, cujo *slogan* era “Só com amor é possível educar”. Acredito que está nos bons encontros que tive naquele lugar, a origem dessa dissertação. Está na maneira sensível com a qual as professoras me apresentaram as primeiras sílabas, na convivência parceira sempre cheia de descobertas, das primeiras letras às primeiras paixões, na maneira encantada como ocorreram as instruções acadêmicas iniciais, no Recanto da Criança, a origem dessa dissertação.

Acredito que nesse primeiro ambiente de aprendizagem escolar fui afetada de alegria de tal maneira que possibilita que a expansão de minha potência de ação ocorra, sobretudo, por via do desejo da busca de conhecimento. Assim, os afetos sofridos nesta escola, onde cursei o ensino infantil e fundamental, conduziram-me em direção à docência e mantêm em mim o desejo de tornar-me uma professora pesquisadora, o que, por sua vez, trouxe-me até este momento no qual escrevo a introdução de meu relatório de pesquisa de mestrado.

Antes disso, ao concluir o Ensino Fundamental, convenci meus pais da necessidade de mudarmos de Icó (CE), minha cidade natal, para que meus irmãos e eu continuássemos os estudos, pois o município onde havíamos nascido e morado até então não oferecia condições adequadas para tal. Diante disso, mudamos para Juazeiro do Norte (CE), cidade da região do Cariri onde, além de ser próximo de Icó, cerca de 166 Km, moravam alguns parentes que poderiam nos dar qualquer suporte necessário durante o período de adaptação.

No Cariri conclui o Ensino Médio e, embora já pretendesse a formação em Psicologia, cursei a graduação em Letras na Universidade Regional do Cariri (URCA), pois, na época não havia faculdade de Psicologia na região e, no momento, era inviável uma nova mudança de cidade. Durante o curso casei, tive minhas duas filhas e dois anos

após a conclusão da licenciatura chega a graduação em Psicologia em Juazeiro do Norte, quando tenho a oportunidade de cursá-la.

Na formação em Psicologia, por uma questão de estruturação curricular do próprio curso na época, tive que escolher entre as disciplinas de Saúde Pública e Organizacional. Diante disso, por minha família estar iniciando um pequeno negócio e estarmos todos envolvidos e trabalhando na empresa, optei pelas disciplinas no campo da Psicologia Organizacional. Dessa forma, os trabalhos acadêmicos desenvolvidos na época seguiram as linhas da Educação e da Psicologia Organizacional, em detrimento da Saúde.

No campo profissional fui atuar em 2010 como professora de língua portuguesa, após passar no concurso de estado do Ceará, quando já estava em fase de conclusão da segunda graduação. Ao terminar o curso de Psicologia, conciliei o trabalho de docente no Ensino Médio com o atendimento em clínica particular. Nos depoimentos e queixas que eu escutava, tanto na escola quanto na clínica, chamava a minha atenção o fato do quanto a falta de afetividade nos ambientes, as rotinas, as relações entre as pessoas e a desigualdade de oportunidades causavam sofrimento nos sujeitos e os impediam de sonhar. Daí surge, possivelmente, a origem do interesse em estudar a afetividade e o ambiente, embora nessa época, em meus questionamentos, não refletia acerca dos conceitos de afetividade, e nem de ambiente.

Em 2014, outro passo em minha vida profissional me direcionou rumo à pesquisa ora apresentada. Retornei ao Icó para trabalhar como docente do curso de Psicologia que lá estava sendo implementado pela Faculdade Vale do Salgado (FVS). Nesse contexto, uma das disciplinas que assumi foi a de Estágio Básico I, cujo objetivo era apresentar os equipamentos de educação, saúde e da assistência social do município aos alunos.

Assim, tive a oportunidade de me aproximar de questões que, sobretudo no campo da saúde, não consegui na época da graduação. Entre estas o que me chamou atenção foi a queixa dos profissionais da saúde a respeito da não adesão das pessoas ao estilo de vida saudável. Muitos diziam que davam orientações acerca dos cuidados com a alimentação, da prática de atividades físicas, dos perigos do consumo de bebidas alcoólicas e cigarros, mas as pessoas não seguiam.

A partir dessa problemática apresentada pelos profissionais de saúde me interessei em investigar o que podia levar as pessoas atendidas pela Atenção Básica à Saúde a terem um estilo de vida saudável. Começo, portanto, a realizar pesquisas

bibliográficas no sentido de tentar compreender a adesão ao estilo de vida saudável. Estes estudos iniciais mostram que com a evolução crescente da cobertura da população pelos equipamentos de saúde (BRASIL, 2006), o problema que era atribuído antes à escassez de ativos, como ausência de postos de saúde e hospitais, passa a ser polarizada entre os atores sociais, pois, para os profissionais, a problemática da saúde é a população. Esta, identificada como SUS-dependente, é ignorante e resistente ao tratamento, não se torna ativa no processo de saúde, necessitando, portanto, na opinião dos profissionais, de ações de educação em saúde (QUINTÃO et al, 2009; MAIA et al, 2014; RIBEIRO et al, 2014). Ao passo que, como mostram Borges e Japur (2008) os usuários do SUS não aderem ao tratamento como uma medida de autocuidado, uma vez que não se sentem confiantes a seguirem as recomendações de um médico cuja consulta, julgam, não ter sido suficientemente adequada para a correta compreensão de suas queixas.

Esses achados iniciais me apontam a possibilidade dessa problemática estar relacionada a outra questão que já havia me ocorrido em contexto diferente: a afetividade nos locais e nas relações que acabam por causar sofrimento e limitar o desenvolvimento das pessoas. Dessa forma, portanto, é que direciono meus estudos para dois temas principais, com os quais chego ao mestrado e que serão pormenorizados adiante: a afetividade nos ambientes, que me leva à estima de lugar (BOMFIM, 2010), e o estilo de vida saudável.

Com o processo de lapidação suscitado a partir dos estudos, orientações e reflexões possibilitados, sobretudo no primeiro ano do curso de mestrado, cheguei às seguintes perguntas de partida: Qual a estima de lugar dos sujeitos-usuários com relação ao Centro de Saúde da Família? Como esses afetos se relacionam com as implicações destes sujeitos com um modo de viver saudável?

Ao buscar responder essa questão inicial, a pesquisa apresentada ao longo dessas páginas tem como objetivo geral analisar as relações entre a estima de lugar dos cidadãos-usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo do município de Icó e as implicações destes com o modo de viver saudável. Busca ainda identificar os afetos presentes nas pessoas usuárias relacionados ao Centro de Saúde da Família São Geraldo que possibilitam ou não a implicação destas com um modo de vida saudável, bem como, as percepções desses sujeitos acerca do modo de viver saudável.

Ao refletir sobre as implicações em detrimento da adesão, busco colaborar com a ampliação do entendimento da Psicologia frente às demandas atuais da saúde

para além do saber médico totalizante. Uma vez que, como apontam Nepomuceno & Brandão (2011), a Psicologia tem sido cada vez mais requisitada no campo da Atenção Básica à Saúde e, portanto, se faz necessário superar a “dificuldade em construir novas práticas voltadas para a produção social da saúde e da cidadania, práticas comprometidas com o bem-estar social” (DIMENSTEIN, 2001, p. 59).

Ao investigar as implicações dos sujeitos, e não a adesão, parto da compreensão de homem que significa e age sobre o mundo, isto é, atua transformando a realidade ao mesmo tempo em que é transformado por ela. Dessa forma, portanto, é que se entende que o homem deve estar implicado, ou seja, ter interesse, estar mobilizado e sentir a necessidade de ter comportamentos que em sua opinião lhes proporcionem mais saúde.

Nesse sentido é que as bases teóricas e metodológicas dessa pesquisa estão amparadas na perspectiva histórico-cultural com ênfase nos campos da Psicologia Social, Ambiental e da Saúde Coletiva. Uma vez que esta abordagem aponta que, para se pensar a problemática em questão, é necessário considerar as relações dialéticas, mediadas pela afetividade, entre os sujeitos e seus ambientes num processo de construção histórico-cultural da realidade que partilham.

A perspectiva histórico-cultural se apresenta como uma forma de compreender o homem em seu contexto, a partir da qual muitos campos de conhecimentos são influenciados, inclusive a Psicologia Social e Ambiental latino-americanas. Esta forma de compreensão da realidade é desenvolvida por Vygotsky (1896-1934), cientista soviético, que viveu no início do século XX. Período no qual a Rússia, em pleno processo de industrialização vive um momento em que os trabalhadores, tanto das indústrias quanto das áreas rurais passam por uma situação de grande opressão política, miséria, fome, pobreza e péssimas condições de trabalho. Diante dessa situação de sujeição e exploração da classe operária floresceram os ideais socialistas na Rússia.

No mesmo período se fundamenta ainda o auge do desenvolvimento da oposição de pensamentos entre as ciências naturais, com base no materialismo mecanicista, e as ciências sociais. Na Psicologia essa oposição aparece em duas vertentes, a Psicologia Fisiológica, preocupada com as questões individuais e a Psicologia Social, voltada para as questões coletivas. À primeira caberia o estudo de processos sensoriais básicos. À segunda, os fenômenos mentais coletivos ou processos

mentais superiores, como o pensamento, linguagem, cultura, uma vez que estes se davam na interação social (VYGOTSKY, 1996).

A situação socioeconómica atrelada à oposição entre o individual e social é a base para um pensamento ancorado no materialismo histórico dialético, que surge da crítica de Marx e Engels (1998) à sociedade capitalista. Para estes, as relações sociais e as produtivas estão totalmente interligadas através dos meios de produção utilizados no trabalho, de maneira que ao mudar o modo de produção manufaturado para o industrial, modificam-se também as concepções políticas, jurídicas e ideológicas, como a arte, a cultura, a moral, a religião.

Assim, o material e o ideal estão relacionados de maneira dialética e mediada pelos instrumentos utilizados no modo de produção. Nessa relação mediada, o homem ao transformar a natureza é, ao mesmo tempo, transformado por ela.

A partir desse método dialético, ou seja, considerando que indivíduo e sociedade estão em transformação permanente, Vygotsky busca compreender o sujeito em seu contexto, superando o materialismo mecânico e o idealismo hegeliano. Para o cientista, as mudanças do sujeito ocorrem no desenvolvimento humano no processo de interação deste com o contexto social. Dessa forma, o psiquismo se desenvolve a partir da interação social. Assim como no materialismo histórico dialético, Vygotsky considera o homem como um ser social e histórico que se desenvolve através da interação com o contexto no qual está inserido. Para o teórico soviético, esta também não é uma relação direta, mas mediada por instrumentos concretos e signos.

Neste contexto, o homem é visto como um animal que desenvolveu na filogênese a linguagem, ou seja, um código dotado de significados que é partilhado por todos do grupo. Essa capacidade de dominar os símbolos tornou o humano um ser cultural, o que o diferenciou dos outros animais.

Ao nascer, o homem é introduzido nesta cultura e “passa a adquirir a fala e a planejar e controlar sua atividade e de outrem, através das representações mentais” (BONIN, 2012, p. 59). Apesar de nascerem em uma cultura, os sujeitos não são passivos a ela, pois eles a ressignificam coletivamente de acordo com determinada época histórica. Dessa forma, o homem atribui significação aos objetos e se apropria das significações na relação com o outro, ou seja, se insere na cultura produzida pelo próprio homem. Esta é a dimensão dialética de constituição dos sujeitos. De acordo com Heller (1993), o homem nasce com um aparato genético no qual estão inscritos as condições para a existência da espécie, ou o que ela chama de essência muda da espécie,

mas o processo de humanização ocorre de fato nas relações estabelecidas após o nascimento.

Neste sentido, a mente não é um componente, mas um produto das inter-relações entre as pessoas e os objetos e se revela através das atividades humanas dentro de uma cultura. Assim é que na perspectiva histórico-cultural a condição de sujeito, enquanto ser que pratica uma ação, é dotada de intencionalidade. Dessa forma, o homem é inserido na cultura na medida em que se apropria dos significados das relações sociais. Essa apropriação é individual, baseada na história do próprio sujeito e em sua capacidade de transformar essa cultura, constituindo assim a sua subjetividade.

De acordo com Bonin (2012) a noção de ‘eu’ tem dois aspectos fundamentais. O primeiro, conforme descrito acima, é de um sujeito ativo, que age sobre o mundo. O segundo se refere à autoimagem ou autoestima desse sujeito. Essa construção da subjetividade passa de uma esfera interpessoal para a intrapessoal, uma vez que esse ‘eu’ ou as ações são nomeados primeiramente pelo outro e só com o domínio dos símbolos, da fala, que esse sujeito pode se autoinstruir, ou seja, pode através do pensamento simbólico planejar a sua própria ação.

Dessa forma, não há sujeito sem sociedade, uma vez que a noção de ‘eu’, as emoções, sentimentos e a ação do homem sobre o mundo é constituída na inter-relação entre a dimensão pessoal e cultural, ou seja, tudo no indivíduo passa pelas relações sociais.

Assim, Vygotsky ao apresentar a perspectiva histórico-cultural, utiliza o método dialético para superar as dicotomias muito presentes na Psicologia do século XX, como objetividade *vs* subjetividade, mente *vs* corpo, individual *vs* social, racionalidade *vs* afetividade (VYGOTSKY, 1996). Inaugurando dessa forma, uma abordagem que servirá de base a vários campos de conhecimento dentro e fora da própria Psicologia.

Esta compreensão do homem como produto histórico-cultural que se constitui nas relações dialéticas entre sujeito e mundo mediados pelos símbolos é que será base para a Psicologia Social brasileira. Nas décadas de 1960-70 se faz presente também na América Latina a cisão entre as ciências humanas e sociais, cabendo à Psicologia o estudo dos aspectos individuais e à Sociologia os aspectos sociais.

Diante da impossibilidade de compreender o ser humano de maneira isolada surge a Psicologia Social, como campo que se dedica à interação homem e sociedade com o objetivo de “analisar e explicar as influências do meio social e avaliar e

promover o ajustamento do indivíduo à sociedade” (JACQUES et al, 2012, p.13). Essa visão adaptacionista, de ajustamento do indivíduo à sociedade que começa a ser questionada na Europa, é também denunciada no contexto latino, levando à formação de associações de Psicologia Social que lançam bases para uma nova e diferente redefinição dessa área.

No Brasil, em julho de 1980, é fundada a Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO), que define a Psicologia sob o paradigma do pensamento crítico, histórico-cultural e sócio-histórico. Todas essas perspectivas apontam o homem como produto construído socio-históricamente, mas ao mesmo tempo, produtor da sociedade e capaz de transformar essa sociedade por ele construída. Essa visão dialética, na qual homem e sociedade influenciam-se mutuamente, rompe com a visão dicotômica vigente na Psicologia norte-americana.

Este movimento no contexto nacional tem como representante principal a autora Silvia Lane e como marco inicial a publicação, em 1984, do livro *Psicologia Social: o homem em movimento*. Nesta obra, os autores criticam a visão da Psicologia que descreve pura e simplesmente os comportamentos humanos em situações isoladas, muito comuns na Psicologia dominante. Diferente desta, para a Psicologia que se desenhava na América Latina e, sobretudo aqui no Brasil “caberia à Psicologia Social recuperar o indivíduo na interação de sua história com a história de sua sociedade – apenas esse conhecimento nos permitiria compreender o homem como produtor da história” (LANE et al, 2012, p. 13).

De acordo com esta perspectiva, a contradição entre objetividade e subjetividade deve ser superada pela dialética, pois sem negar o caráter objetivo, nem subjetivo, considera-os unidades de contrários. Nesta relação, o homem se constitui como produto e produtor da sua história, como ser transformado e transformador da sua realidade, em um movimento constante. De maneira que a interação dialética entre indivíduo e sociedade é tal que só é possível conhecer cientificamente o ser humano a partir do contexto histórico do processo constante de objetivação/subjetivação.

Esse cenário aponta para a questão de que em toda ação humana há sempre uma intenção construída historicamente do sujeito sobre o objeto, descartando assim a pretensão de neutralidade do conhecimento. Ao denunciar essa falsa neutralidade, a Psicologia Social latino americana assume o papel de desenvolver um conhecimento voltado para o compromisso social, ou seja, comprometido com a construção de uma realidade cujo foco seja a transformação social.

Na busca em desenvolver um conhecimento transformador, “É necessário compreender o que impede e o que permite ao homem agir para transformar a realidade de forma libertadora e emancipadora” (BOCK, et al, 2007). Para tanto se faz necessário estudar como as emoções surgem, se modificam e se mantêm, ou seja, se debruçar sobre a afetividade, uma vez que a ligação entre o indivíduo e a realidade está para além de uma condição puramente cognitiva, esta inter-relação é mediada também pelas emoções.

A Psicologia Ambiental, por sua vez, estuda a inter-relação entre as pessoas e seu contexto físico, cultural e social. Esta área também partilha da compreensão de que esse processo é dinâmico, uma vez que tanto os homens agem sobre o ambiente, quanto os ambientes modificam e influenciam os comportamentos humanos.

De acordo com Moser (1998, p. 122), teórico francês, “a especificidade da Psicologia Ambiental é a de analisar como o indivíduo avalia e percebe o ambiente e, ao mesmo tempo, como ele está sendo influenciado por esse mesmo ambiente”. Não se pode deixar de considerar que o referido autor ainda apresenta o caráter de mediação simbólica ao explicar que “As dimensões sociais e culturais estão sempre presentes na definição dos ambientes, mediando a percepção, a avaliação e as atitudes frente ao ambiente” (MOSER, 1998, p. 121).

Para a Psicologia Ambiental, o homem se constitui enquanto sujeito na relação com o contexto social, cultural, físico no qual está inserido. O indivíduo enquanto agente do seu processo de subjetivação se apropria da realidade histórica e cultural, ou seja, significa a realidade de acordo com sua posição e participação no mundo, nos lugares, nas relações. Na América Latina, essa perspectiva tem estreita relação com a Psicologia Social, portanto, diferente da Psicologia Ambiental francesa, assume também o compromisso em desenvolver conhecimentos voltados para a transformação social.

Assim sendo, cabe considerar nesse processo de constituição da subjetividade, a interação do sujeito com os espaços, sejam eles construídos ou não, segundo as significações atribuídas a eles. Na inter-relação sujeito-ambiente, o espaço é transformado em signo, ou seja, a ele é atribuído sentidos e significados, que por sua vez, mediarão os comportamentos dos sujeitos nos espaços. Assim a significação “permite a apropriação subjetiva dos espaços físicos” (PONTE; BOMFIM e PASCUAL, 2009, p. 349), desse modo, a maneira como as pessoas se relacionam com o lugar, depende dos sentidos e significados a ele atribuído pelo sujeito.

Nessa relação, o homem não atribui significado apenas ao lugar, mas também a si próprio. “O sujeito, ao construir significado e sentido aos espaços físicos [...] reconhece a si mesmo” (PONTE; BOMFIM e PASCUAL, 2009, p. 350) ora como afirmação, ora como negação. De maneira que o homem se constitui em um constante processo de apropriação, significação de si, do outro e dos lugares. Assim, a construção da subjetividade relaciona-se à identificação com os espaços e à disposição afetiva constituída na relação com os lugares, através da qual o sujeito pode significar a si próprio e sua vida.

Tal como a Psicologia Social e a Ambiental latino-americanas, a Saúde Coletiva é um campo de saber científico, de práticas e lutas, cuja origem está articulada ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, o qual compreende a saúde como um processo contextualizado socio-historicamente, possibilitada pelas condições sociais, econômicas, culturais nas quais os sujeitos estão inseridos. Assim, também a doença é vista, a partir da perspectiva histórico-dialética, como resultado, sobretudo, das desigualdades sociais em saúde sobre as quais os sujeitos estão inseridos.

A partir dessas definições fica claro que a compreensão acerca do campo de conhecimento da Psicologia Ambiental está, tal como o da Psicologia Social e da Saúde Coletiva, ancorada no entendimento de que o homem se constitui na relação dialética com o seu contexto histórico-cultural, conforme apresentado por Vygotsky (2007). Ou seja, partilham da concepção do psiquismo enquanto construção que se dá na interação com o contexto social. A subjetivação ocorre através da constituição histórico e cultural mediada pelos signos e instrumentos e realizada pelo sujeito enquanto agente de seu próprio processo, de forma que os seres humanos significam realidade de acordo com a sua posição e participação nas relações.

Dessa maneira é que a perspectiva histórico-cultural aparece como base de entendimento acerca do homem em seu contexto que ancora tanto a Psicologia Social quanto a Psicologia Ambiental tratada nesse trabalho e base para a construção da categoria que nos é muito valiosa, e que será caracterizada adiante, a estima de lugar. E também, proposição que ampara a compreensão de homem adotada na Saúde Coletiva. Assim sendo, toma-se a perspectiva histórico-cultural como ponto de vista sob a qual se olha os campos de conhecimento da Psicologia Social, da Psicologia Ambiental e da Saúde Coletiva e que fundamenta o estudo do tipo exploratório e interpretativo, de abordagem mista, com sujeitos usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo, localizado no município de Icó, ora apresentado.

O campo de interseção entre as questões ambientais e da saúde humana é imenso e são muitos os desafios provenientes dessa inter-relação. Diante disso, é urgente que sejam desenvolvidos estudos que possibilitem maneiras eficazes de compreender e intervir nessa seara, uma vez que, como entende Tambelline (2012, p.58), ainda não se tem políticas e instrumentos eficazes contra os problemas oriundos desse campo e isso se deve, em grande parte, “[...] a compreensões limitadas do objeto em questão, seja pela ciência, pelo poder público ou pela cidadania”. Diante desse cenário, a presente pesquisa, ao apresentar a estima de lugar como uma dimensão da saúde, visa, ampliar as discussões nesse âmbito de interseção e assim colaborar com o desenvolvimento científico do mesmo.

Além disso, com a presente investigação se estende às possibilidades de compreensão da categoria estima de lugar, pois por meio de buscas nas plataformas de pesquisas *online* não foi localizada nenhuma pesquisa acerca dessa categoria realizada em municípios interioranos, apenas em capitais e região metropolitana.

Por meio da pesquisa bibliográfica inicial, foi possível localizar apenas estudos que relacionam saúde e estima de lugar tomando como referência os afetos dos profissionais da saúde com relação aos seus locais de trabalho. Esse revela que a estima de lugar despotencializadora está associada, sobretudo, às condições de gestão do serviço, às condições de trabalho, à precariedade dos vínculos trabalhistas e à ideologia que ampara a demanda que busca o serviço e a prática profissional oferecida nesses locais (FELIX, 2011; FEITOSA, 2014). No entanto, não se localizou até o momento, nenhuma investigação cuj foco tenha sido a estima de lugar dos usuários dos serviços públicos de saúde.

De maneira que a análise da estima de lugar dos cidadãos-usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo, no município de Icó, além de ser uma forma de estar contribuindo com minha cidade natal, amplia o campo de investigação da categoria estima de lugar, tanto no que se refere aos locais, quanto ao público investigado.

O desenvolvimento dessa pesquisa está amparado, ainda, na convicção de sua contribuição ético-política, uma vez que acredito que entender como se dá a afetividade nos CSFs contribuirá para potencializar as ações da Estratégia da Saúde da Família, possibilitando maior eficácia na efetivação das ações propostas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esta investigação poderá, ainda, ajudar os profissionais da Saúde e da Psicologia a compreender de que maneira os afetos estão

presentes nos Centros de Saúde da Família, bem como, quais aspectos socioambientais influenciam o desenvolvimento de uma estima de lugar potencializadora da ação a implicar-se com um modo de viver saudável. Assim, espero contribuir para a reflexão de como a relação pessoa-ambiente pode ser relevante na construção de relações possibilitadoras de comunidades mais participativas, autônomas e empoderadas com o seu processo de saúde.

Apresentada as bases teóricas que fundamentam a presente pesquisa nesse capítulo introdutório, no segundo capítulo desse trabalho apresento ao leitor um passeio pelos caminhos de construção da categoria estima de lugar. Como a estima de lugar é um conceito que trata da afetividade voltada para o lugar, parte da Filosofia do período antropológico quando a afetividade foi vista como empecilho à razão. Em seguida, trilho os caminhos da ética de Espinosa (1632-1677) que nos levam a pensar o quanto os afetos constituem os nossos pensamentos, julgamentos e ações.

Nesse caminho, no qual se supera as dicotomias entre razão-emoção, objetividade-subjetividade, pensamento-ação, passamos por Vygotsky (1896-1934) que apresenta a perspectiva histórico-cultural dos afetos, por Heller (1993) que trata dos sentimentos como implicação e como orientadores da ação. Seguindo esse percurso encontramos Sawaia (2008a) que nos aponta a perspectiva ético-política dos afetos. Por último, nessa primeira etapa, tomo Bomfim (2010) que, considerando os teóricos aqui citados, traz para esse estudo da afetividade a relação pessoa-ambiente por meio do desenvolvimento da categoria estima de lugar. Ao longo do segundo capítulo, portanto, serão apresentadas as compreensões que se tem acerca das seguintes categorias: afetividade, ambiente, estima de lugar e implicação.

No terceiro capítulo o curso segue pela descrição da história da saúde. Neste caminho parto das concepções de saúde e doença desenvolvidas na antiguidade que posteriormente embasaram o modelo biomédico e o biopsicossocial de saúde. Percorro o contexto sócio-histórico que suscita as discussões acerca da promoção da saúde no cenário internacional para, em seguida, encaminhar-me para o cenário da saúde no Brasil. Deste tomo como ponto de partida a maneira como era considerada a saúde aqui no período de colonização. Prossigo no período republicano quando, em meio a grandes epidemias, surgem os serviços sanitários, os médicos higienistas e o sanitarismo campanista marcando o início da saúde pública no Brasil.

Apresento, ainda no terceiro capítulo, o contexto histórico que possibilita o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em seguida, percorro a via da

organização da Atenção Básicae de implementação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nos becos da PNPS busco o caminho para entender o que pode ser considerado um modo de viver saudável. Assim, pretendo nesse capítulo apresentar as discussões acerca da Atenção Básica no Brasil, a Política de Promoção da Saúde e por fim as perspectivas acerca do modo de vida saudável.

Apresentadas as bases teóricas dessa dissertação, no quarto capítulo, avanço com os procedimentos metodológicos seguidos nessa pesquisa. Para tanto, inicio discorrendo sobre a abordagem metodológica adotada nesse trabalho e em seguida caracterizo a cidade de Icó e o Centro de Saúde da Família São Geraldo, locais que compõem o cenário dessa investigação. Prossigo descrevendo os passos seguidos na inserção no campo de pesquisa, caracterizando os participantes dessa investigação, bem como, pormenorizando os instrumentos utilizados na produção de evidências e os procedimentos de análise dos resultados suscitados. Finalizo este capítulo expondo os cuidados éticos observados no desenvolvimento deste trabalho.

Na seção seguinte, quinto capítulo, busco analisar as relações entre a estima de lugar e as implicações com um modo de vida saudável a partir dos resultados e discussões suscitados nessa pesquisa, por meio da análise dos resultados conseguidos a partir do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (IGMA) e da entrevista semiestruturada.

No sexto capítulo dessa dissertação elaboro as considerações finais desse trabalho. Nestas busco responder às questões que emergiram no decorrer dessa caminhada, prestar contas dos objetivos propostos inicialmente e apresentar as elaborações teóricas suscitadas durante esse processo de investigação. Ao fim, apresento as novas inquietações que o lugar onde cheguei me possibilitam ter.

2 AFETIVIDADE: DE OPOSIÇÃO À RAZÃO A ESTIMA DE LUGAR

2.1 A afetividade como oposição à razão

O papel dos sentimentos, emoções, ou ainda, da afetividade em oposição à racionalidade figuram como preocupação para a humanidade desde o início da Filosofia do período antropológico, na Antiguidade Clássica. Esta foi inaugurada por Sócrates quando, no momento em que muitos pensadores buscavam compreender a origem e o funcionamento do cosmo, aponta a necessidade de o homem conhecer a si mesmo e, por intermédio da maiêutica, chegar ao conhecimento claro acerca da realidade. Dessa forma chama atenção para a razão, ou ainda, para a capacidade humana de conhecer.

Platão, discípulo de Sócrates, apresenta o homem como um ser dualista, composto por mente e corpo. Ao estabelecer a diferença entre esses dois elementos, Platão os dotou de valores opostos. A alma pertence ao reino das ideias que é permanente e perfeito, portanto, identificada com o bem e o bom. Ao passo que o corpo pertence ao mundo material que representa a parte inferior do universo. A alma quando ligada ao corpo teria três dimensões: uma racional, que se refere à inteligência; uma afetiva, relacionada aos impulsos e emoções; e a terceira é a sensual, ligada às necessidades corpóreas (FREIRE, 2014). Para o filósofo ateniense, cabe à alma racional comandar as outras duas como um cocheiro que controla dois cavalos. Dessa forma, os afetos, sentimentos e desejos, quando não controlados, são vistos como empecilhos para se alcançar o verdadeiro conhecimento. Pois a sabedoria só é possível quando as paixões estão sob o domínio da razão. Assim, no pensamento dualista platônico, os afetos são associados ao irracional, ao mal, àquilo que deve ser controlado pela razão.

Embora discípulo de Platão, Aristóteles discorda da visão dualista de seu mestre. Para ele, o corpo e a alma não podem ser divididos, pois, a essência não pode ser separada da existência material das coisas, e a alma é o princípio ativo da vida, o ânimo do corpo. Dessa forma, se desfaz o dualismo platônico e, portanto, a dicotomia entre razão e emoção. As paixões não são consideradas nem boas, nem más, mas podem ser nocivas quando em excesso, por isso devem estar sobre o controle da razão. Enquanto racionalista, Aristóteles, considera que a felicidade consiste em viver em equilíbrio, ou seja, livre de excessos. O que significa, em outras palavras, agir pela

razão. Assim, também na concepção aristotélica, as emoções, assim como as ações, devem estar sob o comando da razão (BRANDÃO, 2012).

Na Idade Média, com o advento do cristianismo, o conhecimento é subordinado à fé. Neste período surgem como expoentes os filósofos Santo Agostinho (354-430) e São Tomás de Aquino (1225-1274). O primeiro, amparado em Platão, discorre sobre o dualismo entre alma e corpo, no qual a alma além de sede da razão era a expressão de Deus no homem. O conhecimento, portanto, era visto como iluminação divina e para alcançá-lo era necessário conter as emoções. O segundo apoia-se na distinção entre essência e existência de Aristóteles adaptando-a ao pensamento religioso. Para o tomismo, somente Deus é perfeito e, portanto, reúne a essência e existência. De maneira que a busca da perfeição humana seria buscar a Deus. Isso significa que o homem deve controlar as vontades e, pelo exercício da razão, escolher entre o bem, que o aproxima de Deus, e evitar o mal, que o distancia. Assim, as emoções aparecem na Idade Média como aspectos da condição humana que devem estar submetidos ao controle da razão, tal como na Antiguidade Clássica.

O Renascimento se caracterizou como um período no qual o homem tendo as verdades cristãs questionadas se encontra em uma condição de desamparo que lhe impôs novas formas de ser.

Não podendo esperar pelo conselho de uma figura de autoridade, o homem viu-se obrigado a escolher seus caminhos e arcar com as consequências de suas opções. Nesse contexto houve uma valorização cada vez maior do ‘Homem’, que passou a ser pensado como o centro do mundo(FIGUEIREDO e SANTI, 2006, p. 24).

Assim, os movimentos, mudanças e transformações do próprio mundo deixam de ser fruto da vontade de Deus e passam a ser entendidos como resultados de forças mecânicas. Ao homem, dotado de confiança e razão, cabe a função de conhecer e controlar a natureza.

Para tanto, são apresentadas duas formas de tentar prever e controlar o universo, uma pela via racionalista e outra empirista, que marcam o início da Modernidade. A primeira tem Descartes (1596-1650) como representante que busca obter um conhecimento seguro da verdade. Para tanto duvida de tudo que existe na busca de uma ideia clara, distinta e inquestionável que pudesse ser considerada verdadeira. Com esse intuito, quando tudo parece ser fruto da imaginação, o filósofo se percebe como sujeito pensante e, pelo menos enquanto sujeito que pensa, existe:

“penso, logo existo”. A ideia de um ‘eu’ que pensa, portanto, aparece como uma verdade clara e distinta e por isso passa a ser base de todo o conhecimento.

Pela via racionalista, Descartes considera que o conhecimento verdadeiro só é viável através da razão, à qual não é possível imputar nenhum erro. Estes são frutos das escolhas que, por sua vez, são obras da vontade e não da razão. A vontade, mecanismos do corpo, quando submetida à razão, faculdade da alma, está a serviço da verdade. E quando subordinada às emoções, também faculdade da alma, conduz o homem ao erro. Neste caso, os sentimentos são vistos como ideias que devem ser controladas a fim de que estas não obscureçam a capacidade de discernimento do homem. Assim, os desejos do corpo devem ser dominados pela razão e não pela emoção (BRANDÃO, 2012).

Com o mesmo objetivo de buscar uma verdade segura acerca do mundo, Francis Bacon (1561-1626) apresenta um método de produção de conhecimento apoiado na experiência sensorial e racional. Para tanto é necessário a luta sistemática “contra as inclinações inatas ou aprendidas do homem que bloqueiam ou deformam a leitura objetiva do livro da natureza” (FIGUEIREDO, p. 15, 1991). O que significa que para se chegar ao conhecimento verdadeiro é necessário submetê-lo à experiência racional e excluir qualquer especulação cuja base não fosse a empiria.

Assim, Bacon classifica como ídolos ou falsos deuses da ciência todos os erros e preconceitos que distanciam o homem do conhecimento verdadeiro. A afetividade é caracterizada como ídolo da tribo e se refere a todo conhecimento originado pela percepção sensível e que, portanto, deve ser eliminada. Diante desse posicionamento rígido acerca das emoções do fundador do movimento empirista inglês, que as viam como obstáculo ao conhecimento e por isso devendo ser eliminadas, como atenta Brandão (2012, p.35) “torna-se perfeitamente compreensível a mesma atitude negativa que viria a ser entronizada séculos depois pelo positivismo e behaviorismo contra a subjetividade, no campo das ciências humanas e da Psicologia”.

Assim, a partir do século XV, a contemplação especulativa cede lugar ao conhecimento objetivo de cunho utilitarista alcançado através da submissão rígida do pensamento ao método científico, quer seja de base racionalista, quer seja empirista. Assim, Descartes e Bacon marcam o início do período denominado Modernidade, o qual se caracteriza por essa nova forma de conhecer e dominar a natureza através do método científico. Nesse período, ainda é claro o dualismo entre razão e emoção, bem como a defesa da necessidade do domínio daquela sobre esta. Muda-se a forma de

compreender o homem, mas a visão das emoções como obstáculo ao conhecimento verdadeiro permanece. Não mais sob a perspectiva ética ou moral, mas como questão epistêmica, cognitiva.

Quem rompe com a perspectiva dualista, e por isso é foco de interesse dessa pesquisa, é Espinosa (1632-1677). Este filósofo do século XVII apresenta uma concepção monista acerca do homem e natureza em uma época na qual, como já relatado, era muito presente o pensamento dualista que opunha mente e corpo, essência e existência, razão e emoção.

2.2 Espinosa: os afetos da mente/corpo

Espinosa demonstra à maneira dos geômetras (ESPINOSA, 2014), ou seja, de forma objetiva e racional, o quanto a afetividade faz parte dos nossos julgamentos, pensamentos e ações. Desse modo, substitui a postura moralista, na qual os afetos são vistos como o câncer da razão, pela do cientista natural, para assim tornar possível uma ciência que aponte as causas, ou seja, a origem dos desejos e apetites humanos. Assim, desenvolve uma ciência da afetividade humana.

O método proposto para esta construção é o sintético, no qual se parte da causa para o efeito, diferente do método analítico cartesiano. Para Espinosa tudo tem uma causa, uma razão inteligível de ser. De maneira que é necessário conhecer a primeira ideia que causa todas as coisas, que é a causa de todas as ideias, ou seja, conhecendo a causa da primeira ideia é possível conhecer a causa de todas as coisas.

Considerando que o princípio é Deus, se deve partir do conhecimento da essência de Deus para daí deduzir o conhecimento do Universo. Para Espinosa, Deus não é transcendente, mas imanente à Natureza, ou seja, Deus e Natureza são uma e a mesma coisa. A identificação entre essas duas instâncias, separadas na perspectiva dualista do pensamento judaico-cristão, é base da tese monista do pensamento espinosano.

A unidade Deus/Natureza é a raiz última e única de todas as coisas, ou seja, raiz primeira da qual tudo parte. De maneira que tudo que existe é manifestação das modificações particulares produzidas não por um ato contingente de escolha, mas pelo exercício necessário de uma potência causal desprovida de qualquer finalidade. A causa primeira de todas as coisas é a causa livre, ou seja, existe necessariamente, não depende

de contingências ou outra coisa para existir. Esta se dá somente por sua infinita potência, sua infinita força de existir. Assim, na Natureza, a essência é a própria existência que consiste na potência infinita da ação de transformação, uma atividade causal permanente.

Sendo Deus e Natureza uma coisa só, a substância única que devido a sua potência infinita origina todas as coisas, não há, para ele, separação entre a matéria e a ideia. Estas são apenas duas formas diferentes de manifestação de uma substância só. Uma vez que há uma única substância infinita que é constituída por infinitos atributos, ou seja, infinitas formas ativas de manifestação. Entre esses atributos estão o pensamento e a extensão que originam, pelas afecções, ou seja, modificações, respectivamente a mente/ideia e o corpo, que são, portanto, modos. Dito de outra maneira, os modos são afecções, ou ainda, transformações dos atributos.

Dessa forma, a mente e o corpo humano são modos dos atributos pensamento e extensão respectivamente, os quais por sua vez, são duas expressões diferentes de uma mesma realidade. A mente é um modo finito do pensamento infinito, e uma ideia do corpo humano. E o corpo é um modo finito da extensão e o objeto da mente. Mente/corpo está sujeito às afecções próprias da potência, pela qual todas as coisas existem e agem, que estabelece a relação de causa e efeito na natureza. De maneira que o homem, como parte da Natureza, está submetido às suas leis, como todos os outros elementos que dela fazem parte.

De acordo com a lei da Natureza, conforme já explicitado, pela potência de ação, tudo está e sempre esteve em movimento, de maneira que não existe tempo, nem início e fim, apenas duração. Tudo está em trânsito, numa produção contínua da existência. Nesse fluxo, ou seja, na busca permanente de expansão, os corpos se encontram uns com os outros e nesses encontros sofrem afecções, ou seja, se modificam.

Assim, também os sujeitos, como modos da Natureza, e parte da sua potência infinita, são aptos a afetar e serem afetados, pela potência de ação, de diferentes maneiras por outros corpos/mentes, isto é, de modificarem e serem modificados na inter-relação com os outros. Nesse processo de afecções são estabelecidos os afetos, ou seja, estes se originam a partir das transformações sofridas pelos corpos/mentes nos encontros com os outros objetos.

Estes afetos decorrentes das afecções podem, no entanto, diminuir, refrear ou aumentar, estimular a potência de ação dos sujeitos. A primeira situação ocorre

quando somos causa inadequada da ação, ou seja, quando agimos não por nossa própria consciência e razão, mas motivados por ideias confusas, advindas não da nossa própria reflexão, mas a partir de ideias imaginativas. Um exemplo desse tipo de comportamento é quando agimos levados por superstições. Nesse caso, atribuímos a alguma situação ou objeto, por associação aleatória entre acontecimentos, o status de ser a causa de algo bom ou ruim em nossas vidas. Aquilo que nos remete a algo bom é causa de esperança e de alegria, então a amamos e por isso nos esforçaremos para utilizá-lo a fim de obter as coisas que esperamos. Se aquilo nos remete ao presságio de algo ruim é, portanto, causa de medo e também de tristeza, então buscaremos afastá-lo. Esses comportamentos são, portanto, baseados em ideias imaginativas, de causa inadequada. Nestes casos somos movidos por paixões e estas nos levam ao enfraquecimento da potência de ação, ou seja, não somos ativos e sim passivos diante dos afetos, e por isso, de acordo com Espinosa, padecemos.

No entanto, quando temos uma compreensão clara e distinta das afecções que nos levam a querer ter determinado comportamento temos mais controle sobre essa ação. Dessa forma podemos escolher o que é melhor para nós, e ao estarmos conscientes para escolher, agimos. Assim somos livres, ativos e, portanto, nossa condição de seres humanos se manifesta em toda a suapotencialidade de ser, ou seja, em todo o seu potencial de pensar e, consequentemente, agir, e por isso dizemos que a potência de ação é estimulada, aumentada.

Disso ocorre que os afetos podem ser de dois tipos, aqueles que aumentam a nossa potência de ação e aqueles que a diminuem ou a refreiam. No primeiro, através da busca das causas pela razão, somos causa adequada dos comportamentos, ativos, livres e autônomos em nossas ações. No segundo, por meio de ideias imaginativas, ou seja, ideias cujas causas são desconhecidas, somos causa inadequada dos comportamentos e, portanto, passivos, servos, dominados pelas paixões e vivemos em uma condição de heteronomia, uma vez que nossos comportamentos são determinados pelos afetos que os outros corpos nos causam.

Espinosa aponta três tipos de afetos primários, ou seja, dos quais se originam todos os outros: o desejo, a alegria e a tristeza. O primeiro se refere ao esforço de perseverar no ser, no existir, dessa forma, portanto, é a essência do homem. Esta pode ser estimulada ou refreada pelos dois outros. Quando as afecções que sofremos são, em sua maioria, causa de alegria tem-se a potência de ação aumentada; quando são causa de tristeza a potência de ação é diminuída. Pode ocorrer ainda algo que nos causa

tristeza e alegria na mesma intensidade. Em casos assim, a mente fica em um estado de flutuação de ânimo, ora um afeto, ora outro.

Nas inter-relações as pessoas são afetadas por muitas coisas e de muitas maneiras pelos afetos de alegria e/ou de tristeza. No entanto, para Espinosa (2014, p. 173), “Uma coisa singular qualquer, cuja natureza é inteiramente diferente da nossa não pode estimular nem refrear a nossa potência de agir e, absolutamente, nenhuma coisa pode ser, para nós, boa ou má, a não ser que tenha algo em comum conosco”. Assim, apenas as relações entre as pessoas podem ser causa eficiente de alegria ou tristeza e que os lugares, por exemplo, não podem ser considerados bons ou maus para os indivíduos, uma vez que são de naturezas distintas. No entanto, as pessoas são afetadas de muitas maneiras e “Qualquer coisa pode ser, por acidente, causa de alegria, de tristeza ou de desejo” (ESPINOSA, 2014, p.109). Isso significa que objetos não humanos nos afetam porque estão associados a outros afetos que tem como causa eficiente as inter-relações entre as pessoas.

Acerca dos afetos, sabe-se ainda que o amor é a alegria causada pela ideia de que algo exterior aumenta a potência de ação. Em oposição, tem-se o ódio como a tristeza causada pela ideia de que algo exterior a diminui. Assim, amamos aquilo que é causa de alegria e que, portanto, julgamos ser útil para expansão do esforço de perseverar no existir. E odiamos aquilo que é causa de tristeza e que, portanto, diminui a nossa potência de ação.

Considerando, de acordo com Espinosa (2014), que nada é mais necessário para o ser humano do que outro ser humano, a felicidade consiste em fazer o bem ao outro, uma vez que quando a coisa amada é afetada de alegria, aquele que a ama também será afetado pelo mesmo afeto e em decorrência disso, também terá sua potência aumentada. Esta felicidade é gerada pelo conhecimento verdadeiro, ou seja, pela compreensão, pela via da razão, de que a alegria verdadeira está naquilo que aumenta a potência de existir e naquilo que lhe é, portanto, útil. Assim é que a felicidade verdadeira tem como base a compreensão que o bem que se faz ao outro é o bem que se faz a si.

Dessa forma, pode-se inferir que a ética espinosana está na busca de uma felicidade que não é apenas individual, mas sim pública, ou seja, tem como base a alegria originada pela felicidade que se realiza na relação entre os seres. A ética é fundamentada na lógica de que o sofrimento do meu semelhante é também o meu, e quanto mais o meu semelhante sofre, mais padeço e minha potência é diminuída. Da

mesma forma, a alegria do meu semelhante é a minha, e quanto mais o meu semelhante está bem, tem sua potência aumentada, mais eu sou afetado da mesma forma.

Desse modo, o pensamento espinosano era contrário à filosofia, à religião e ao modo de vida das pessoas de sua época, pois aquele traz uma concepção monista acerca de Deus e natureza, homem e mundo, razão e emoção. Assim, “[...] por ter sido considerado ateu numa época em que os poderes temporal e religioso ainda não se distinguiam claramente, Espinosa tornou-se, sem sombra de dúvida, o pensador mais atacado em toda a história” (BRANDÃO, 2012, p. 67). Seu pensamento foi relegado e afastado por muito tempo dos estudos acadêmicos, pois, como aponta Brandão (2012, p. 67), “[...] diante da intolerante opressão religiosa ou política, o único lugar que se pode guardar para o pensamento crítico é, muitas vezes, o da clandestinidade e do anonimato”.

Na Psicologia os pensamentos de Espinosa são retomados no início do século XX por Vygotsky (1896-1934). Este teórico vê na concepção monista entre homem e natureza, razão e emoção do filósofo a raiz de sua compreensão acerca da inter-relação homem-cultura. Assim, Vygotsky encontra nas ideias do filósofo do século XVII a essência do pensamento dialético marxista no qual se apoiará para desenvolver uma Psicologia que supere a dicotomia, muito presente na Psicologia do século XX, entre razão e emoção.

2.3 Vygotsky e a condição histórico-cultural dos afetos

As diferentes abordagens psicológicas do século XX podiam ser agrupadas em dois tipos básicos antagônicos entre si. O primeiro grupo classificado como causal explicativo toma a Psicologia como uma ciência natural e, portanto, segue uma abordagem experimental que visa explicar e controlar o comportamento humano. O segundo grupo intencional descritivo, vê a Psicologia como uma ‘ciência da alma’ e tenta compreender ou descrever os processos psicológicos humanos. Àquele coube o estudo dos processos mentais inferiores e a este os processos mentais superiores (VYGOTSKY, 1996).

Na Rússia, início do século XX, florescia um sentimento de abertura às ideias ancoradas no materialismo histórico dialético, em contextos explicitados anteriormente, duas abordagens da Psicologia coexistiam de maneira igualmente contundente: o viés idealista que tinha Chelpanov, fundador do Instituto de Psicologia

de Moscou, como representante; e o materialismo mecanicista que tinha Bekhterev como representante. Nos trabalhos apresentados pelos referidos pesquisadores no I Congresso Russo de Psiconeurologia, em 1923, ficaram claras as tensões existentes entre os psicólogos idealistas e as diferentes correntes materialistas que floresciam na Psicologia soviética, sobretudo a reflexologia de Bekhterev. No entanto, aqueles mais identificados com a Revolução Russa de Outubro não se reconheciam em nenhuma das duas, pois estes buscavam uma alternativa materialista que estivesse de acordo com os ideais marxistas (RIVIÈRE, 1985).

No evento supracitado, Kornilov apresenta uma crítica tanto às ideias da Reflexologia de reduzir os fenômenos psicológicos a leis biológicas e físicas, quanto às ideias de uma Psicologia introspectiva completamente separada dos processos psicológicos. Assim sendo, propõe a Reactologia, cujo intuito é estudar de maneira objetiva as reações humanas em seus ambientes. Essa perspectiva é a que mais se aproxima da filosofia marxista e, portanto dá ao pesquisador repercussão social, ao ponto dele ser chamado para substituir Chelpanov na direção do Instituto de Psicologia de Moscou. Nesta função, o reactologista, com a equipe do instituto renovada, busca desenvolver uma Psicologia soviética marxista, que tem como princípios o monismo materialista, a irredutibilidade dos fenômenos psíquicos em físicos, reconhecimento da natureza social e individual dos comportamentos humanos, bem como, a da natureza transformadora da realidade física e social. No entanto, devido à formação deficitária no pensamento marxista Kornilov e sua equipe não conseguem desenvolver uma abordagem convincente (RIVIÈRE, 1985).

Vygotsky, “conhecedor profundo de toda produção europeia no campo da filosofia, da estética, da história e da psicologia” (BRANDÃO, 2012, p.129) busca, nesta época, entender os mecanismos da criação artística e a função específica da arte. Para tanto, se depara com a necessidade de adentrar nos estudos da Psicologia para compreender como os símbolos, signos e afetos estão relacionados à consciência. No entanto, defronta-se com a incapacidade da Psicologia em dar respostas para suas questões sobre a relação entre a cultura e a criação artística. Diante disso, busca desenvolver uma Psicologia científica que pudesse explicar a consciência na relação com a cultura.

Assim, para elaborar uma Psicologia da Arte, Vygotsky teve que se dedicar a desenvolver uma Psicologia experimental que pudesse explicar as relações dialéticas entre a consciência, as emoções e a cultura, uma vez que as abordagens idealistas e

objetivistas não consideravam essa inter-relação. Com esse objetivo desenvolve os seus trabalhos de análise crítica sobre a Psicologia da época e apresenta no II Congresso Russo de Psiconeurologia, em 1924, um método de investigação reflexológico e psicológico acerca da consciência. Nesses expõe a relação entre os reflexos condicionados e a conduta consciente do homem, defendendo que a Psicologia deve estudar a consciência por métodos objetivos. Dessa forma, demonstra a associação entre um tema de interesse dos idealistas, a consciência, através de um enfoque objetivista, atendendo as perspectivas ideológicas da época.

Esse trabalho, que propunha um método dialético para a Psicologia, chama atenção do grupo de pesquisa do Instituto de Psicologia de Moscou que buscava desenvolver, mas ainda sem sucesso, como dito anteriormente, uma Psicologia científica que pudesse, considerando a filosofia marxista, explicar a relação homem e sociedade. Diante disso, Vygotsky foi convidado a fazer parte do Instituto de Pesquisa de Moscou. Neste compôs, junto com Luria e Leontiev, o grupo de estudo chamado por eles mesmos de ‘Troika’ cujo objetivo era analisar a situação da Psicologia soviética e mundial, para, partindo da perspectiva histórico-crítica, propor uma alternativa de superação da crise da Psicologia(VYGOTSKY, 2007).

O teórico soviético aponta que a crise da Psicologia, caracterizada pela fragmentação dos conhecimentos elaborados pelas diferentes abordagens, estava centralizada, sobretudo em uma questão metodológica. Para ele, o problema é que cada abordagem utiliza métodos específicos, buscando bases em outros campos de conhecimento e por isso chega a resultados diversos, utilizando linguagens distintas para questões próprias de cada sistema psicológico. Esse cenário torna o desenvolvimento da Psicologia um processo estéril e impossível, por isso aponta que para seguir adiante é necessária uma Psicologia geral que tivesse o papel de resguardar princípios organizadores, esclarecedores e unificadores da ciência psicológica. Nessa estariam as bases metodológicas norteadoras dos estudos em torno de uma única ciência que se detenha a fatos concretos historicamente vivos.

Dessa forma, defende que é necessário desenvolver um método científico semelhante ao das ciências naturais, tal como o método materialista, que pudesse dar conta das questões tratadas pelos idealistas, ou seja, dos processos mentais superiores situados socio-historicamente. De acordo com Vygotsky (2007, p. 62):

A abordagem dialética, admitindo a influência da natureza sobre o homem, afirma que o homem, por sua vez, age sobre a natureza e cria, através das mudanças nela provocadas, novas condições naturais para sua existência. Essa posição representa o elemento-chave de nossa abordagem e interpretação das funções psicológicas superiores do homem e serve de base dos novos métodos de experimentação e análise que defendemos

O método dialético de Vygotsky supera, assim, os olhares dicotômicos acerca dos processos mentais superiores e inferiores, corpo e mente, natural e social, individual e coletivo, razão e emoção. Dessa forma, a afetividade se torna uma categoria possível de ser estudada na Psicologia por meios objetivos, científicos e como um fenômeno situado socio-historicamente. Vale lembrar aqui que, como dito anteriormente, desenvolver uma compreensão dialética acerca dos processos psicológicos relacionados à reação estética para elaborar a Psicologia da Arte foi o que levou o teórico a se envolver com as questões metodológicas desse campo de conhecimento, ou seja, o “interesse no modo como ‘a psicologia da arte’ subordina o receptor, força-o a sentir, respirar e pensar em uma direção predeterminada e leva-o à catarse” (VEER e VALSINER, 2001, p. 36).

Vygotsky (1999) ao analisar a arte literária mostra como uma determinada experiência afetiva é gerada pela estrutura da mensagem, pois a leitura de uma obra proporciona modos de respiração própria da experiência a qual origina, por sua vez, sentimentos e reações específicas. Assim, é a interação dialética entre forma, como o estilo da respiração, e conteúdo que gera as reações estéticas. Mais do que reações mecânicas, estas são catárticas, no sentido de serem “não uma mera descarga de energia, tal qual defendera Aristóteles, mas como a mais radical transformação dos sentimentos” (BRANDÃO, 2012, p. 144). É através dessa reação transformadora que a obra de arte ganha sentido e significado para o sujeito. Essa relação pode ser transposta para as experiências cotidianas no sentido de que toda ação, ou comportamento, tem como base a afetividade que, por sua vez, gera transformação nos sujeitos.

Para o teórico soviético, o homem ao nascer traz consigo a capacidade de dominar os símbolos, no entanto é na interação social que ele passa a dominar a fala e a partir daí dotar de significado a realidade, ou seja, desenvolver a consciência, e através do pensamento simbólico planejar sua ação sobre o mundo. Isso significa que o ser humano é um animal que desenvolveu na filogênese a capacidade de dominar os símbolos e isso o tornou um ser cultural. O homem atribui significação aos objetos e se

apropria das significações na relação com o outro, e assim, se apropria da cultura produzida por si.

A partir dessa perspectiva, a consciência é um produto, mediado pela afetividade das inter-relações entre as pessoas e os objetos e se revela através das atividades humanas dentro de uma cultura. Dessa forma o sujeito histórico-cultural é aquele que pratica a ação, que é dotado de intencionalidade, cuja base é afetivo-volitiva. Dessa forma, o sentimento, o pensamento, a vontade e todas as funções psicológicas estão relacionadas e se constituem na inter-relação homem e contexto na qual está inserido.

Tal como em Espinosa (2014), os afetos são considerados fundamentais na constituição psíquica e comportamental dos sujeitos, uma vez que todo comportamento tem como base os afetos e a vontade que se formam, por sua vez, nas relações intersubjetivas. Como diz o filósofo do século XVII, os afetos se constituem a partir das afecções que os seres sofrem nas relações com os outros. Estes, por sua vez, são causas dos apetites e comportamentos humanos, ou seja, não existe vontade livre, o que há é uma relação profunda entre sentir, pensar e agir.

2.4 Heller e os sentimentos como implicação

Também Heller (1979), filósofa húngara, defende a unidade final entre sentimentos, pensamentos e moralidade. Para ela, sentir é estar implicado em algo e esta implicação se refere aquilo que é de interesse, chama a atenção e mobiliza o sujeito. Para explicar essa relação a autora considera, assim como Vygotsky, que o homem ao nascer traz um aparato genético no qual estão inscritas as condições para a sobrevivência da espécie humana, que ela chama de essência muda da espécie. No entanto, o que faz deste organismo um personagem na vida são as inter-relações sociais.

É na inter-relação entre o organismo e o mundo que o homem se apropria de si e da realidade que o cerca, ou seja, o recém-nascido está em uma situação de indiferenciação, mas com o desenvolvimento, sobretudo após a linguagem, vai diferenciando a ação, o pensar e o sentir. Nesse processo são necessários três elementos: a predisposição genética do organismo para a apropriação da realidade, um objeto a ser apropriado e a implicação, ou seja, a necessidade do organismo para tal. Para a criança aprender a falar, por exemplo, é necessário que tenha nascido com a predisposição genética para a fala, que exista uma fala em seu entorno que seja passível de

objetificação e que ela sinta a necessidade de se comunicar, ou seja, que esteja implicada com o falar. Assim, a implicação se caracteriza, portanto, como a reguladora do processo de apropriação do mundo pelo organismo, ou seja, é o que guia o organismo no processo de subjetivação em sua relação com o social.

Dessa forma, a implicação não se dá de maneira paralela ao falar, pensar e agir, mas é dimensão constitutiva destas ações. E o grau da implicação está em relação recíproca com a amplitude de familiaridade gerada pela informação. O limite inferior seria a indiferença e o superior é determinado pelo organismo e as circunstâncias sociais, ou seja, cada ser tem um limite tolerável de estimulação e por outro lado, a sociedade regula a intensidade e a expressão dos sentimentos através dos costumes e ritos. Por exemplo, há um limiar de estresse do organismo, mas ao mesmo tempo, a sociedade regula os sentimentos de produtividade, satisfação com relação aos trabalhos estressantes, bem como, os horários de descanso após um período de trabalho.

Assim, a definição de sentimento como implicação só é possível a partir de uma compreensão de que a objetividade e a subjetividade seguem direções inseparáveis, interdependentes e tangenciais no desenvolvimento humano. Nesse processo os sentimentos podem ser figuras ou fundo, mas estão sempre presentes. Eles são figuras quando estão no centro de nossa consciência, ou seja, quando o próprio sentimento é o que chama a nossa atenção. Quando o foco é posto em algum objeto, o sentimento se torna um fenômeno de fundo, mas ainda assim, indispensável para a estrutura normal da consciência. De maneira que a apropriação, a objetificação do mundo e a expressão de si são igualmente agir, pensar e sentir. Estes são, portanto, processos unificados, uma vez que não há sentimento humano sem consciência, como também não há consciência sem sentimento, pois os sentimentos se expressam através dos pensamentos e os pensamentos suscitam sentimentos e estes orientam as ações humanas.

Heller (1993) estabelece uma classificação antropológica dos sentimentos em impulsivos, afetivos, orientativos, emocionais e passionais, e fala ainda do caráter e da personalidade emocional e de predisposições emocionais. A sua base para desenvolver essa categorização é a ideia filosófica, ancorada em Marx (1818-1883), sobre a essência do homem. Esta é vista como um valor que se constitui a partir das relações dialéticas entre as características dos sujeitos, inclusive seu caráter biológico, e a sociedade na qual está inserido. Assim, os sentimentos são classificados desde aqueles que têm um caráter mais biosocial, sobre os quais se tem menor elaboração cognitiva e

controle, até aqueles que se caracterizam por serem mais sociais, sobre os quais é possível manter maior elaboração cognitiva e controle.

Os sentimentos impulsivos são aqueles que estão mais relacionados com as características filogenéticas dos seres humanos e tem como função a preservação biológica da raça. São sinais de necessidades do organismo para si próprio indicando que algo não está em ordem e, portanto, precisam ser satisfeitas, como a fome, a sede, o sono. Tais sentimentos só aparecem com essas características de maneira pura nos bebês, pois com o processo de socialização os impulsos são associados a outros tipos de sentimentos como os afetos, emoções entre outros, podendo reaparecer de maneira mais impulsiva em situações limites.

Apesar de terem uma base biológica, os impulsos têm uma codeterminação social, uma vez que as circunstâncias, as formas, os modos, a maneira e onde eles deverão ser satisfeitos são determinados socialmente. A criança, por exemplo, quando nascerem fome, ou seja, uma necessidade do organismo por qualquer coisa que a alimente. Com a socialização se adquire o hábito de comer determinados alimentos e rejeitar outros. Dessa maneira, vira condição social, pois não se tem apenas fome, mas fome de algo que se julgue saboroso. Esta necessidade que inicialmente era biológica faz parte inclusive de ritos culturais, religiosos, como por exemplo, a ceia de Natal, o bolo de aniversário, entre outros.

No entanto, é importante observar que em caso de privação total, quando o que está em jogo é a sobrevivência, as pessoas tendem a voltar a uma situação de comer qualquer coisa que sacie a necessidade do organismo, inclusive carne humana como nos relatos de naufragos.

Os afetos podem ser constituídos a partir dos impulsos, no entanto tem um estímulo externo que os desencadeiam. São sentimentos expressivos, comunicativos, ou seja, são sinais para os outros e podem ser facilmente interpretados. Eles são próprios da espécie humana em geral e, portanto estão presentes e podem ser identificados em todas as sociedades, como as expressões de medo, vergonha, alegria, tristeza, raiva. Apesar dos afetos serem universais, a forma de expressá-los é idiossincrática, modificam de acordo com as situações, contextos, regras morais de cada sociedade. É particular também os estímulos que podem desencadear os afetos, exceto nos casos daqueles constituídos a partir dos impulsos, por exemplo, o apetite só pode ter como estímulo uma determinada comida que o sujeito julga saborosa.

Diferente dos impulsos, os afetos podem diminuir com o hábito, ou seja, uma pessoa que enjoa ao ver sangue pode deixar de passar mal à medida que for se expondo a esse elemento. E é possível diminui-lo intencionalmente desde que o foco seja direcionado para outra situação. Heller (1993) aponta ainda que os afetos são contagiosos e essa é a sua característica mais perigosa, pois quando há manifestação em massa todas as normas que regulam as expressões dos afetos são desconsideradas, é o que ocorre, por exemplo, em situações de linchamento.

Os sentimentos orientativos são aqueles que têm como características afirmarem ou negarem algo a respeito de algum aspecto da vida, como ação, pensamento, julgamento, entre outros. A filósofa húngara nos alerta para o fato de que os sentimentos afirmativos e negativos não estão relacionados ao julgamento em bom ou ruim, alegre ou triste, mas a uma convicção ou não a respeito de algo que pode ser bom ou ruim, causa de alegria ou tristeza. Esses sentimentos não têm base nos instintos. Eles são moldados e guiados totalmente a partir das objetivações sociais, ou seja, são puramente sociais e, portanto, não são possíveis sem tal experiência. Inclusive quanto maior for o sistema de controle de conduta de uma sociedade, menos as pessoas precisam ser guiadas por sentimentos orientativos. Ao passo que quanto mais complexas forem as relações sociais e menos abrangentes os sistemas de regulação de comportamentos, mais as pessoas precisam recorrer aos próprios sentimentos como guia.

Os sentimentos orientativos têm papel relevante nas atividades diárias em geral. Nas ações cotidianas recorre-se a eles sempre que se pretende alcançar um objetivo, como atingir uma meta, chegar a um determinado lugar, executar uma tarefa em que se tem uma experiência prévia, mas que nem todos os passos para tal estão predeterminados ou bem claros. Heller (1993) aponta que nos casos em que os comportamentos já estão previamente indicados ou se é hábito totalmente conhecido não se necessita desse tipo de sentimento. Por outro lado, caso os sujeitos não tenham nenhuma experiência prévia também não terá como recorrer aos sentimentos como guia. Em situações assim, qualquer comportamento será baseado no acaso e não na orientação dos sentimentos.

O julgamento acerca de qual a melhor maneira de resolver um problema, ou ainda toda predição baseada em probabilidades vem sempre acompanhada de sentimentos afirmativos ou negativos acerca da resolução, ou seja, de uma ideia de que o método a ser utilizado dará ou não certo. Heller (1993) observa que a natureza do

sentimento é determinada não apenas por seu conteúdo, mas também pela fonte, pois a informação que provém de uma autoridade tende a ser acompanhada mais facilmente por um sentimento de afirmação do que a mesma mensagem proveniente de fonte não autorizada. Para se ter um sentimento negativo, ou seja, de dúvida acerca de uma informação vinda de uma autoridade é necessário um conhecimento prévio bem maior do que no caso de um sentimento afirmativo.

Os sentimentos orientativos guiam os sujeitos também nas relações interpessoais, sobretudo nos primeiros contatos ou o que se chama de ‘primeira impressão’. Apesar desses sentimentos iniciais serem passíveis de modificação quando se estabelece um contato maior entre os sujeitos, eles exercem uma função importante no sentido de manter a homeostase social nas relações sociais complexas. Exercem ainda relevante função social ao guiarem o gosto dos indivíduos que pertencem a uma determinada sociedade ou comunidade no que se refere à maneira como se vestir, do que achar bonito ou feio, adequado ou inadequado. Nesse sentido, são considerados sentimentos morais e estão presentes inclusive em sociedades que têm uma hierarquia rígida de valores.

As emoções são sentimentos cognoscitivo-situacionais, portanto só podem ser identificadas dentro de seu contexto, ou seja, para conhecê-las é necessário interpretar a situação, por exemplo, não é possível identificar um sentimento de comoção somente a partir da expressão do sujeito, se faz necessário conhecer o contexto para que se caracterize determinada expressão como comoção. Tal como os sentimentos orientativos, são essencialmente sociais e a grande maioria são idiosincráticos, ou seja, variam de acordo com a sociedade e com o seu momento histórico-cultural. Pois como bem mostra Heller (1993), sentimentos como peso na consciência, devoção, desejo de independência, humildade, amor à humanidade nem sempre existiram e não é certo que existam no futuro. Apesar de não desempenharem um papel indispensável na preservação biológica da espécie, as emoções são essenciais para o funcionamento da sociedade.

O caráter e personalidade emocionais se referem a hábitos sentimentais ou reações rígidas, generalizadas e típicas dos sujeitos diante das situações. O caráter emocional está mais relacionado às características genéticas ou às informações que foram fixadas na personalidade antes da personalidade moral, é o temperamento do indivíduo. Já a personalidade emocional tem caráter mais valorativo no que se refere ao julgamento de bom ou mau e de responsabilização do sujeito.

As predisposições emocionais estão relacionadas à tendência a sentir certos sentimentos mais que outros, ou com mais frequência e intensidade. Caracteriza-se como a disposição emocional do indivíduo diante da vida que pode ser mais melancólica, otimista, ou outras. Essa característica pode ter como fonte o código genético e as experiências pessoais e sociais, inclusive uma vivência traumática pode ocasionar uma mudança na disposição emocional do sujeito.

Algumas disposições emocionais tais como o amor e a amizade, o desejo de vingança e os ciúmes, o amor à justiça e o desejo de aprender podem se converter em paixões. Isso quando essas emoções ocorrem de tal maneira que toda a personalidade se encontra implicada e que ao mesmo tempo se vincula a um desejo intenso relacionado ao objeto. Ou seja, uma disposição emocional se converte em paixão quando o sujeito relaciona todo e qualquer estímulo, acontecimento e pensamento ao objeto foco da disposição emocional. Essas paixões se formam a partir dos desejos que não são possíveis de serem satisfeitos, pois é o estado de insatisfação que fixa o desejo e o transforma em paixão. Tal sentimento tem como característica a entrega total do sujeito ao objeto, no entanto, nem toda entrega é uma paixão. Como Heller (1993) cita, a pessoa pode se entregar, sem ser de maneira fixa, apaixonadamente a muitas coisas e isso é que caracteriza a riqueza de sentimentos.

Dessa forma, portanto, é que Heller (1993) apresenta a sua compreensão acerca dos sentimentos como implicação dos sujeitos com o objeto e discorre sobre a classificação antropológica dos mesmos.

2.5 Sawaia e a condição ético-política dos afetos

Tomando como base Espinosa, Vygotsky e Heller, Sawaia também elege a afetividade como foco dos seus estudos amparada em uma concepção dialética acerca do homem e a realidade da qual faz parte. Para a autora, assim como para os demais, o sentir, pensar e agir se constroem nas inter-relações entre objetividade/subjetividade, individual/social sem que seja possível uma separação dessas dimensões constitutivas do sujeito.

A autora tomando o pensamento espinosano considera a unidade entre corpo e mente, ou seja, a concepção monista na qual a ideia e a extensão são a mesma substância vista a partir de atributos distintos, portanto são uma só e mesma coisa. Aponta ainda que os seres possuem enquanto essência a potência de perseverar na

existência. Essa potência se realiza a partir das afecções que ocorrem na relação entre os seres. Estas geram os afetos que são afecções do corpo os quais aumentam ou diminuem a potência de ação dos sujeitos.

Como apresentado anteriormente, os afetos de alegria e tristeza são bases das relações sociais que podem se dar a partir da tríade paixão-heteronomia-servidão ou da ação-autonomia-liberdade (BRANDÃO, 2012). Assim, Sawaia (2008a, p. 101) considera que “Em síntese, Espinosa apresenta um sistema de ideia onde o psicológico, o social e o político se entrelaçam e se revertem uns nos outros, sendo todos eles fenômenos éticos e da ordem do valor”.

A partir ainda de Vygotsky e Heller, a autora entende que os sentimentos e emoções se constituem a partir dos significados construídos nas relações intersubjetivas que atuam como mediadores na relação sujeito e sociedade, portanto são fenômenos sociais e históricos que se caracterizam como implicação do sujeito com o objeto e que orientam o pensamento e a ação. “Os processos psicológicos, as relações exteriores e o organismo biológico se conectam através das mediações semióticas, configurando motivos, que são estados portadores de um valor emocional estável, desencadeadores da ação e do pensamento” (SAWAIA, 2008a, p. 103).

A partir desses pressupostos, Sawaia (2008a) aponta o caráter ético-político dos afetos. Estes, como orientadores e mediadores da ação humana, conduzem a comportamentos de exclusão/inclusão social que geram o sofrimento ou a felicidade ético-política. O sofrimento ético-político é aquele decorrente das políticas de exclusão da sociedade e marginalização dos sujeitos. Este sentimento “retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (SAWAIA, 2008a, p. 104).

A autora apresenta a miséria, a heteronomia, o medo e a passividade como consequências de pensamentos que desvinculam o pensar, o agir e o sentir humano da sua condição sócio-histórica, ou seja, desconsideram que os seres humanos se constituem na inter-relação entre a subjetividade e a sociedade. Os sentimentos citados se caracterizam como sofrimento que não é da ordem individual, mas derivado das relações sociais construídas historicamente que impedem os sujeitos de lutarem contra a sua própria situação e por isso é considerado um sofrimento ético-político. Esta condição é gerada a partir dos maus encontros que ocorrem em uma sociedade que se firma a partir de situações de desigualdade e opressão, ou seja, das relações de servidão,

sujeição e injustiça que permeiam permanentemente a existência das pessoas e diminuem a sua potência de ação.

O oposto a essa vivência é o sentimento de felicidade pública, que também é ético-político. Este advém não da satisfação individual, mas da coletividade. A felicidade pública é sentida com a “conquista da cidadania e da emancipação de si e do outro” (SAWAIA, 2008a, p. 105). Pauta-se na perspectiva espinosana, segundo a qual agir com a razão é agir a favor da natureza, ou seja, da expansão da potência de ação. Para tanto é necessário que se ame a si próprio, que se busque apenas o que lhe for útil e que leve a uma maior perfeição. A felicidade consiste em poder conservar o próprio ser, no entanto, nada é mais necessário e útil para um ser humano do que outro ser humano. Por isso a alegria do homem é a alegria de seu semelhante, e quanto mais o seu semelhante estiver bem, e tiver sua potência aumentada, mais ele estará alegre e terá a potência aumentada.

Dessa forma, é que a verdadeira virtude não está na busca pela felicidade de maneira individual, egoísta, solipsista, mas na alegria social, da coletividade pautada em relações potencializadoras, ou seja, é ético-política. Como bem enxerga Sawaia (2008b, p. 150), “Na filosofia espinosana, os afetos são éticos e políticos porque constituem o fio que costura a tessitura das relações democráticas ou servis da autonomia e da heteronomia”.

A afetividade como dimensão ético-política aparece como uma ética ontológica que supera o debate entre duas propostas pós-modernas que se pautam na dicotomia entre as ideias naturalistas e culturalistas. Na busca por superar aquela, esta acabou de outra maneira também perdendo a dimensão do sujeito ao naturalizar e reificar a cultura “como causa e explicação do fenômeno psicológico e como parâmetro da ética” (SAWAIA, 2008b, p. 144).

Se na visão naturalista não existia espaço para a vontade, o desejo, o sujeito, uma vez que este era fruto das contingências ambientais; no culturalismo, o homem também não aparece, pois a sua subjetividade está à mercê da cultura. Dessa forma, vivencia-se o relativismo ético, ou seja, uma ética que é justificada pelo contexto cultural, e que, portanto, pode-se matar, oprimir, subjugar desde que se esteja sob a égide da cultura. Assim, passa-se de um determinismo natural para um determinismo cultural, de maneira que ao eliminar o universal também se perde o singular.

Em nome da cultura, exclui o universal humano, o que pode redundar na indiferença ou intolerância para com o outro, caminho que leva ao

individualismo e ao seu contraponto à segregação. Se não somos os mesmos em todos os lugares, não temos nada em comum, as diferenças se transformam em indiferença. O outro é tão outro, quase de outra espécie, o que impede o compartilhar (SAWAIA, 2008b, p. 147).

Dessa forma, a perspectiva culturalista produz e retroalimenta o individualismo, portanto esta visão não aparece como uma solução para os dilemas da sociedade, mas apenas o outro extremo da dicotomia no qual se perde o caráter universal do ser humano.

Neste cenário de relativismo ético e colonialismo, Sawaia (2008b) apresenta a potência de ação espinosana, ou seja, a capacidade de criação humana e transformação social como característica comum à humanidade que supera as barreiras históricas, sociais e culturais. Esta se caracteriza, portanto, como uma capacidade universal, indestrutível, ou seja, é o irredutível humano.

Vale retomar aqui a ideia de que apesar da potência constituir a essência dos seres, ela só se realiza nas relações sociais, ou seja, é a partir das afecções que a potência de ação pode ser aumentada ou diminuída. Assim, a capacidade de expansão é universal, no entanto, a maneira como ela se realiza é histórica e cultural. São nas relações, ou seja, nas afecções que ela pode ser expandida e assim possibilitar encontros fundamentados na razão e direcionados para a lógica da felicidade pública. Ou ainda, fundamentados nas paixões podem diminuir a potência de ação, implicando no sofrimento ético-político.

Em sua realização a potência tem caráter socio-histórico, pois são nos encontros socio-históricamente situados e dotados de significados elaborados culturalmente que sofremos as afecções pelas quais decorrem os afetos. De acordo com Espinosa (2014) as pessoas podem ser afetadas por muitas coisas e de muitas maneiras e em decorrência disso somos tomados pelos afetos de tristeza, se a potência de ação for refreada, ou de alegria, caso ela seja aumentada, estimulada. Dessa forma, a concepção de uma ética baseada nos afetos supera a discussão acerca das variações culturais porque não é pensada como algo externo ao homem, transcendental, mas sim, imanente. Uma vez que tem como base as relações de expansão ou diminuição da própria capacidade de existir do sujeito que é comum a todos os seres, independente da cultura ou momento histórico ou social.

Esse cenário se revela através das relações das pessoas na família, trabalho, lazer, em uma determinada situação social. Em uma sociedade, como fala Sawaia (2008c, p. 8) “Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno,

no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico”. As relações sociais pautadas na desigualdade social, na qual muitas pessoas são incluídas apenas de maneira ilusória para que se mantenha uma ordem social, ou seja, uma inserção social pautada pelo processo de exclusão/inclusão é produtora de afecções que diminuem a potência de ação das pessoas.

Essa inserção perversa na sociedade que impede o pleno desenvolvimento e a expansão da ação das pessoas na cidade é geradora de sofrimento urbano (PAZ, 2017). Sentimento que se constitui a partir das afecções entre as pessoas nas relações sociais, que ocorrem muitas vezes de maneira a afetar os homens de tristeza, fazendo com que as pessoas se sintam humilhadas, envergonhadas e ainda culpadas pela própria condição de não ter acesso a educação, trabalho, saúde, emprego, entre outros.

Na sociedade contemporânea, a diminuição na capacidade de existir é revelada em uma pesquisa realizada com jovens trabalhadoras de uma indústria de confecção de uma cidade do interior de São Paulo, cujo objetivo foi compreender a vivência e a qualidade da inserção no mercado de trabalho dessas jovens (DIAS, 2014). A autora observa que para além de uma condição econômica, a inserção no mercado de trabalho suscita alterações na saúde física e mental, nas relações interpessoais, na felicidade, enfim, afeta a subjetividade. Assim, a saúde é apresentada não sob a perspectiva individual, mas como um indicador ético-político da sociedade.

Dessa forma, entende-se que o processo saúde/doença no trabalho revela no corpo humano o curso da inclusão perversa que marca a inserção no mercado de trabalho. Pois, como relata Bertini (2014, p. 61), “A maneira do sistema capitalista incluir faz parte dos mesmos mecanismos de produzir e sustentar a servidão, a passividade, a miséria e, principalmente, a alienação do trabalhador”.

De acordo com Dias (2014 p. 96) “A saúde é, portanto, afetada pela dialética exclusão/inclusão, e no trabalho essa afecção pode se caracterizar como sofrimento ético-político”. Pois a inclusão no mercado de trabalho ocorre de maneira perversa, uma vez que permite que os jovens sejam produtivos e possam consumir, no entanto através de uma atividade mecânica e repetitiva, na qual ele é impedido de exercer a sua capacidade criativa. Assim, o trabalho se apresenta como sofrimento ético-político na medida em que impede o pleno desenvolvimento criativo e a expansão da potência de ação dos jovens trabalhadores. Diante desse cenário a autora diz que são urgentes políticas públicas e ações da sociedade civil voltadas para que o trabalho,

principalmente dos jovens, ofereça experiências que possibilitem o pleno desenvolvimento humano.

Já em um estudo acerca dos sentimentos e afetividade dos catadores de material reciclável, Miura e Sawaia (2013) apontam que essa atividade laboral é vista de duas perspectivas distintas. Uma considera que tornar-se catador é uma forma de inclusão perversa, pois aparece como uma inserção marginalizada daqueles que não têm outro lugar na sociedade. Para a outra, esta atividade é vista como um meio pelo qual é possível se inserir no mercado de trabalho e assim obter renda e dignidade.

Essa ambiguidade de perspectiva revela a multiplicidade e contrastes de sentimentos desses trabalhadores como medo, esperança, vergonha, tristeza, alegria e paixões. Assim de acordo com as autoras “(...) não se pode simplificar o significado do trabalho ao modelo monolítico, que é ou excludente ou includente. O trabalho possibilita momentos e encontros diferenciados, que ora podem ser de potência, ora de padecimento, ora de ruptura, ora de cooperação” (MIURA e SAWAIA, 2013, p. 340). Dessa forma, considera-se que pela potência humana de perseverar e de expansão do ser os sentimentos contrastantes podem possibilitar experiências potencializadoras.

Também Hinkel e Maheirie (2007), partindo do pressuposto de que os sentimentos são reveladores da condição de sofrimento gerado pela dialética exclusão/inclusão, analisam o conteúdo das letras de músicas de bandas de rap nacional com o objetivo de investigar como os grupos sociais da periferia expressam a afetividade nestas músicas. Os autores observaram que as letras apresentam sentimentos de vergonha, culpa, humilhação, tristeza, revolta e medo que manifestam um sofrimento ético-político forjado em uma ordem social cuja base é a inclusão perversa. Por outro lado, elas também falam da importância da união, irmandade, humildade, esperança, amor, alegria e solidariedade. Estes sentimentos são reveladores de disposições afetivas de enfrentamento das condições provocadoras do sofrimento ético-político. “Assim, nestas canções, a afetividade expressa tanto a denúncia do sofrimento ético-político, como a possibilidade de aumentar a potência de ação do sujeito para a superação da condição de padecimento humano” (HINKEL e MAHEIRIE, 2007, p. 90).

Nesse sentido, tanto Miura e Sawaia (2013) quanto Hinkel e Maheirie (2007) apontam para uma potência de ação que corroboram as colocações de Sawaia (2008b) em que traz a potência de perseverar no existir como o irredutível humano. Dessa forma, esses estudos, sem negar nem o caráter cultural nem universal, superam a lógica individualista acerca das sociedades humanas e aponta para uma ética voltada

para a felicidade pública para a qual sejam pensadas ações mais comprometidas com a transformação da sociedade e direcionadas para o aumento da potência das pessoas.

2.6 A estima de lugar: o afeto na inter-relação pessoa-ambiente.

A contemporaneidade é marcada pela crise urbana que em cada época de diferentes maneiras assolam a vida nas cidades. Pois como bem observa Bomfim (2010), na história da humanidade não é possível encontrar um exemplo de cidade na qual as relações se deem de maneira justa e igualitária, participativa, ou seja, que tornem a vida urbana uma experiência digna para todos. Desde a Idade Antiga com o advento das primeiras cidades na Grécia a divisão entre corpo e alma se reflete na separação do trabalho intelectual, exercido pelo cidadão que participava das decisões da polis, do trabalho manual, exercido pelos escravos. Na Idade Média, ainda que a maioria das pessoas vivesse no espaço rural, o trabalhador da cidade era valorizado em detrimento do trabalhador do campo. Nesta época “o trabalho rural começou a ser menosprezado e o camponês a ser visto como rústico em oposição ao homem da cidade” (BOMFIM, 2010, p. 31).

O número de moradores da cidade ultrapassa os do campo com o crescente processo de industrialização e expansão do capitalismo. Esta mudança marca de maneira definitiva o estilo de vida das pessoas nas grandes cidades, uma vez que, modo de viver e processo de urbanização são construções dialéticas e indissociáveis. A cidade não é apenas uma estrutura física, mas um espaço construído coletivamente, dotado de significados formados a partir das relações dialéticas subjetivas e coletivas com o lugar. Assim, a compreensão que o indivíduo tem da cidade é constituída através da interação simbólica que é partilhada socialmente.

Nessa inter-relação não só o significado do lugar é construído, mas a própria identidade dos sujeitos, uma vez que esta é constituída não apenas por aspectos psicossociais, mas também a dimensão simbólica dos lugares. Assim sendo, a relação pessoa-ambiente figura como um elemento importante no processo de construção do indivíduo. Quando esse processo dinâmico e complexo de composição da identidade que se constitui ao longo da vida dos sujeitos está relacionado às vivências e vinculações a grupos sociais próprios do espaço da cidade este se caracteriza como a identidade social urbana (VALERA; POL, 1994).

Esta categoria evidencia que os sujeitos se identificam com elementos simbólicos relacionados a estruturas urbanas, como o bairro, a cidade, a região que são incorporados à identidade dos moradores do lugar e à representação social acerca das pessoas, influenciando nas inter-relações sociais. Tal como pode ser visto tanto no estudo supracitado de Bomfim (1990) quanto nas pesquisas acerca dos jovens de Fortaleza (COLAÇO; GERMANO, 2013) que revelam que aqueles que moram em lugares violentos são estigmatizados por conta do local de moradia.

Os aspectos simbólicos acerca do espaço urbano que perpassa a cognição e afetividade das pessoas e que são partilhados socialmente são revelados ainda em um depoimento de um jovem do Rio de Janeiro que retrata que uma das dificuldades encontradas por ele para conseguir o primeiro emprego é o local de moradia: “*Em certos lugares, quando vou procurar emprego, preencher ficha, eu boto Jacarepaguá, não boto Cidade de Deus, não. Prejudica. Pode prejudicar*” (depoimento de um jovem do Rio de Janeiro apresentado por ABRAMOVAY, 2002, p. 47).

Assim, “a relação entre cidade, cidadãos e construção simbólica pode confirmar, então, a existência de ideologias que legitimam um poder hegemônico do Estado ou das políticas urbanas que privilegiam uma elite, em detrimento das necessidades da comunidade” (BOMFIM, 1999, p. 195). Pois nessa tessitura os principais agentes de urbanização são aqueles que detêm maior poder econômico e político, como grandes empresários e gestores públicos. “São eles que criam os modelos de consumo, de habitação e lazer e que servem, em seguida, como modelos de referência para o conjunto da população” (BOMFIM, 2010).

Esses grupos dominantes buscam atender seus próprios interesses fazendo com que as cidades sejam cenários de grandes contrastes, conforme demonstrado por Bomfim et al (1997) em uma pesquisa cujo intuito foi compreender os aspectos simbólicos do cotidiano dos moradores de Fortaleza frente às transformações realizadas no espaço urbano na década de 1990. Para atingir esse objetivo, os autores elaboraram um instrumento de entrevista semiaberto que além dos dados pessoais e socioeconômicos buscava informações acerca de como os moradores percebem a cidade, se gostam de morar em Fortaleza ou se preferem outro lugar e o porquê. O instrumento investigou ainda se o sujeito percebeu alguma mudança no município nos últimos anos, quais pontos melhor representam a cidade e com o quê os entrevistados comparariam Fortaleza. Após a entrevista foi solicitado que as pessoas desenhassem como percebem o lugar sem se preocupar com a estética do desenho.

Este instrumental foi aplicado a 362 pessoas de 13 a 18 anos que moravam em diferentes bairros de Fortaleza. O material produzido foi submetido a uma análise de conteúdo e do discurso. A partir dessa apreciação os pesquisadores observaram que os moradores conhecem as mudanças cotidianas decorrentes das transformações urbanas e que avaliam a cidade como um local de contrastes socioeconômicos como, conforme relata o habitante, “um jarro de porcelana cuja água não é trocada há muito tempo”. Pois coexiste a imagem de metrópole urbanizada, revelada através dos prédios, avenidas, viadutos, tráfego intenso, mansões, bem como o cenário revelador do descaso com as necessidades da população como as favelas, filas em postos de saúde, escolas e hospitais.

Pois, conforme demonstrado por Bomfim (1999), na pesquisa acerca de Fortaleza, os investimentos urbanos ocorrem no sentido de maquiar as cidades para os turistas em detrimento a políticas que atendam às verdadeiras necessidades da população. O mesmo acontece em Brasília que apesar de ter uma estrutura inovadora com relação à arquitetura e urbanismo, esta não se concretiza em melhores condições de sobrevivência para uma boa parcela de seus moradores, principalmente aqueles das cidades satélites (BOMFIM, 1990).

Fica evidente que as políticas governamentais não consideram que o espaço urbano é um lugar simbólico para os cidadãos, ou seja, tem um significado para as pessoas. E assim,

As necessidades das populações dificilmente são ouvidas e as cidades e localidades não são tratadas como extensão da identidade dos indivíduos no local. Isto confirma que o espaço urbano é, por excelência, um campo favorável ao desenvolvimento de ideologias e do poder hegemônico do Estado e das políticas governamentais, que quase sempre favorecem os detentores do poder econômico (BOMFIM, 2010, p. 21).

Esse contraste marca a crise da vida urbana em época de globalização, na qual as cidades devem ser cada vez mais atrativas e competitivas, para tanto há um “processo de territorialidade e (des)territorialidade, caracterizado por segregação socioespacial, contradições, polarização social, fragmentação, formação de guetos, bolsões de miséria e pobreza, principalmente nas grandes cidades do terceiro mundo” (BOMFIM, 2010, p 39). Este cenário mostra, portanto, o grande contraste que caracteriza as grandes cidades em época de globalização. Por um lado a inovação

urbana, arquitetural e tecnológica que torna a cidade mais atrativa, por outro a pobreza e a miséria frutos da desigualdade social.

Outra característica das grandes cidades em época de globalização é que elas se tornam lugares de passagem, ou ainda não-lugares, marcados pela falta de significado, de solidão, sem a possibilidade de experiencião e identificação humana resultado da circulação acelerada, não só das mercadorias, mas também das pessoas (AUGÉ, 1994).

O contraste das grandes cidades pode ser observado ainda com relação à inversão da valorização dos lugares de moradia, pois antes os centros urbanos eram lugares elitizados enquanto a periferia era o lugar dos trabalhadores. Hoje o centro é, muitas vezes, considerado o lugar perigoso, destinado ao trabalhador, enquanto lugares afastados dos centros urbanos são mais valorizados. O espaço público para elite é o shopping e a área comum dos condomínios fechados, ambos lugares privados, nos quais de fato não se experiencia a vivência da pólis. E assim, são cada vez mais acentuadas ações que Simmel (1979) chama de atitude *blasé*. Esta se refere a um conjunto de comportamentos mais racionais, utilitaristas, impessoais e menos afetivos, reflexo da sociedade industrial caracterizada pela luta entre os homens pelo lucro.

Hoje o intenso trânsito entre mercadorias e pessoas que faz com que as cidades globalizadas sejam cada vez mais caracterizadas como um não-lugar, ou seja, marcadas pela impessoalidade, acentua um sofrimento gerado pelo modo de viver característicos dos centros urbanos, chamado aqui de sofrimento urbano (PAZ, 2017). Este sentimento, tal como o sofrimento ético-político (SAWAIA, 2008a), é originado das situações de contraste fruto da desigualdade social e concentração de renda, no entanto, o sofrimento urbano é específico da vivência desse contraste sentido a partir do modo de viver na cidade.

Este sentimento próprio do não-lugar é marcado pelo movimento permanentes entre mercadorias e pessoas que aparece no trânsito lento nas vias, nas filas de bancos, hospitais, escolas, nas relações pautadas pela desconfiança, impessoalidade, medo de assalto, ritmo acelerado, ou seja, é o sofrimento gerado por viver em um lugar que é sentido como “um vaso de porcelana cuja água não é trocada” (BOMFIM, 1999).

Para Bomfim (2010), a superação desses contrastes que marcam as cidades se daria através da síntese entre cidade ideal e real, entre passado e futuro. A cidade deve ser vista como estando em permanente processo de construção no qual seja possível a convivência com a diversidade e que se permita, portanto, a experiência

potencializadora de todos que nela moram como vivência de uma ética na cidade. Para tanto se faz necessário se resgatar a cidadania como caminho político-democrático que se revela no acesso de maneira igualitária a todos os espaços, bens e serviços no território. Para isso, segundo a autora, é necessário devolver a voz ao cidadão que, conforme demonstrado por Bomfim (1999), sabe do que precisa no seu cotidiano na cidade, no entanto não é escutado mediante as políticas de urbanização.

A autora aponta ainda a importância de pensar de que maneira a inter-relação sujeito e cidade pode ser potencializadora, ou seja, buscar naquilo que é o irredutível humano (SAWAIA, 2008b) a base afetiva da ação dos sujeitos na cidade. Para tanto, apresenta a estima de lugar como uma categoria de base afetivo-volitiva e, portanto, ético-política, que é orientadora da ação-participação dos sujeitos na cidade.

Para Bomfim (2010), assim como estimamos as pessoas e a nós mesmos, também estimamos o lugar onde moramos. Uma vez que a nossa própria identidade é perpassada por uma identificação afetiva com os lugares. Pois, conforme já relatado, o processo de subjetivação do ser humano ocorre através da construção histórica e cultural, ou seja, mediada pelos símbolos, realizada pelo indivíduo enquanto agente de seu próprio processo. Assim, esse sujeito ativo se apropria do contexto histórico e cultural, significa a realidade de acordo com a sua posição e participação nas relações e dessa forma constitui a sua identidade.

Nesse processo de significação do mundo que o rodeia, o homem também interage com os lugares e por isso lhes atribui sentido e significado. Essa atribuição de sentido “permite a apropriação subjetiva dos espaços físicos como signos histórica e culturalmente construídos. Isto é, lugar é signo” (PONTE; BOMFIM e PASCUAL, 2009, p. 349). Embora os lugares sejam de natureza distinta da dos homens e por isso, segundo Espinosa (2014), não possam refrear ou estimular a sua potência de agir, ao ser transformado em signo, os espaços geram experiências afetivo-volitivas, uma vez que, de acordo com Vygotsky (1999), todas as funções psicológicas estão inter-relacionadas, o sentimento, o pensamento, a vontade. E estas constituem “um produto das relações sociais e uma atividade psicológica construtiva no mecanismo de potencialização e de relação de condição do ser humano” (BOMFIM, 2010, p. 58).

Esta dimensão afetiva revela-se como caminho ético-político de implicação dos sujeitos com os lugares onde moram, uma vez que é um sentimento orientador da ação das pessoas na cidade. Assim, considerando o seu caráter de construção social e sua base ético-política de indicar uma ação do sujeito, tem-se que a estima de lugar

[...] se refere ao apreço, à valoração, ao apego com relação ao lugar. Apoia-se na avaliação da qualidade da habitação e uso do ambiente [...], na qualidade dos vínculos sociais de amizade e boa convivência; na imagem social do lugar perante a sociedade; e principalmente, no nível de apropriação do espaço do indivíduo que o estima (BOMFIM, 2013, p. 322).

Retomando Espinosa, temos que mente e corpo são a mesma coisa. Essa unidade está em constante movimento por força da potência de perseverar no existir que se caracteriza como a própria essência do homem, ou ainda, segundo Sawaia (2008b) o irredutível humano. Apesar desse esforço estar presente em todos os seres independentemente do contexto histórico e social, ou seja, ter caráter de universalidade, a sua realização se dá através das afecções que sofremos nos encontros com os outros seres.

Assim, por exemplo, ao chegarmos a um determinado lugar somos afetados pelas pessoas que lá estão seja de alegria ou tristeza. O lugar onde esse afeto ocorreu nos trará posteriormente lembranças boas ou ruins que aumentarão ou diminuirão a potência de ação. Dessa forma, um lugar onde aconteceu um fato ruim traz lembranças ruins e embora este não seja causa eficiente, ou melhor, não seja causa primeira do afeto que diminui a potência de agir, a mente odeia o lugar. Assim, sempre que lembrar-se dele terá a potência de ação diminuída. Disso segue que lugares associados a situações de insegurança, destruição, padecimento trazem lembranças que diminuem a potência de ação, portanto, são reveladores de uma estima de lugar despotencializadora.

De maneira análoga, um lugar onde aconteceu algo bom, traz lembranças que aumentam a potência de ação. Mesmo o lugar não sendo a causa eficiente do afeto, a mente amará esse lugar por acidente e sempre que dele se lembrar, terá a potência de ação aumentada. Assim, lugares associados a lembranças de agradabilidade e segurança trazem lembranças que aumentam a potência de ação e, portanto, são reveladores de uma estima de lugar potencializadora. É importante observar aqui que somos afetados por um lugar quando o conhecemos de alguma forma, seja por meio do contato direto ou não.

O desejo é diretamente proporcional ao afeto com o qual está relacionado, ou seja, o desejo que surge em razão da alegria ou tristeza, tem as mesmas proporções destas. Assim, quanto maior a tristeza, maior será o desejo e a potência de ação para afastá-la. Da mesma forma, quanto maior a alegria, maior a potência de ação, o desejo, a vontade para conservá-la.

Dessa maneira, aquele que odeia alguém ou alguma coisa se esforçará para fazer-lhe mal ou afastá-la, a não ser que imagine que esse mal poderá recair sobre si. Aquele que ama alguém ou alguma coisa se esforçará por fazer o bem. A partir dessas proposições podemos inferir que quanto mais um lugar afeta o sujeito, maior será o seu esforço para conservá-lo ou destruí-lo. Assim, quem ama um lugar se esforçará para fazer-lhe o bem, preservá-lo. Quem odeia se esforçará para destruí-lo, fazer-lhe o mal ou afastá-lo. A partir disso podemos dizer que a estima de lugar é indicativa da ação dos sujeitos de conservar, cuidar ou destruir, afastar-se do ambiente.

É importante lembrar ainda que os afetos de tristeza e alegria podem ocorrer na mesma intensidade e nestes casos tem-se uma situação de flutuação de ânimo. Com relação aos lugares, por exemplo, podemos dizer que os sentimentos são contrastantes e, portanto, ora se tem uma estima de lugar potencializadora, ora despotencializadora.

A partir de Heller (1993), esses comportamentos específicos com relação aos lugares são gerados a partir da implicação dos sujeitos com os espaços, uma vez que para ela sentir é estar implicado. A implicação ocorre quando o sujeito tem interesse pelo lugar, ou ainda, quando este chama a atenção ou o mobiliza de alguma forma. É importante ainda salientar que quanto mais se conhece o lugar, maior será o nível de implicação com este, uma vez que o grau de implicação está em relação recíproca com o nível de familiaridade.

A conexão entre implicação e mobilização dos sujeitos evidencia, além da indissociabilidade entre pensar, sentir e agir, a relação dos sentimentos como orientadores do comportamento. Bomfim (2010, p. 55) expõe: “a afetividade não é só o vínculo do habitante com o seu lugar, mas todos os sentimentos e emoções que, em seu conjunto, demandam disposições afirmativas ou negativas, positivas ou negativas, que configuram uma afetividade em relação ao espaço construído e vivido”. Como tal, exercem papel fundamental no que se refere às condutas das pessoas com relação aos lugares, pois os sentimentos orientativos guiam as ações cotidianas no sentido de buscar a melhor forma de resolver problemas e a maneira mais adequada para se relacionar com as pessoas e os lugares. Isso significa que a implicação com o lugar é reveladora dos comportamentos com relação a este, da mesma forma que o comportamento é revelador da implicação afetiva para com o lugar.

Assim, a inter-relação entre as pessoas e seus ambientes se dá por meio de cognições e afetos, e estes, por sua vez, orientam o comportamento e a relação entre as

pessoas e seus ambientes. Dessa maneira, “não só interagimos na cidade, mas formamos uma totalidade com ela, em que eu e mundo, espaço construído e subjetividade formam uma unidade pulsante” (BOMFIM, 2010, p. 51).

Com base nos teóricos supracitados, Bomfim (2010) mostra que para além da vinculação dos sujeitos com seu espaço físico, a estima de lugar agrega emoções e sentimentos reveladores da maneira como os indivíduos conhecem e agem na cidade. Sendo assim, esta revela seu caráter ético-político, uma vez que se caracteriza como “uma categoria socialmente construída, que mostra que o sujeito responde de forma positiva ou negativa ao seu entorno, refletindo as possibilidades de ação do indivíduo no lugar, quer seja potencializando ou diminuindo sua ação no ambiente” (BOMFIM, 2013, p. 322).

Em pesquisas acerca da estima de lugar são identificadas, a partir da predominância do tipo de afecções, sobretudo, cinco disposições afetivas dos sujeitos com relação à cidade: pertencimento, agradabilidade, insegurança, destruição e contraste. O pertencimento está relacionado a sentimentos de identificação, apropriação e apego direcionados ao lugar. A agradabilidade revela vinculação, satisfação e prazer de estar no ambiente. Ao passo que a insegurança se relaciona a sentimentos de instabilidade, ao inesperado. A destruição é uma disposição afetiva voltada para os aspectos físicos do lugar que revela uma diminuição da potência de ação dos sujeitos. E o contraste se caracteriza pela polaridade entre emoções contraditórias com relação aos lugares.

Ambientes associados de maneira soberana a situações de insegurança, destruição, padecimento geram uma estima de lugar que despotencializa a ação dos sujeitos, indicando, portanto, maior passividade destes com relação às decisões da comunidade. A estima de lugar constituída a partir da predominância de afetos despotencializadores foi identificada entre jovens moradores de periferia da cidade de Fortaleza (CE) (MONTEIRO et al, 2012; COLAÇO et al, 2013; BOMFIM et al, 2013). Pesquisa realizada com a juventude do Jacarecanga, em Fortaleza que teve como objetivo identificar como os jovens vivenciam e sentem o seu lugar de moradia a partir da relação com o patrimônio público local constatou que estes percebem a praça do bairro como símbolo de violência, revelados através de afetos de insegurança, destruição e contrastes (MONTEIRO et al, 2012).

Colaço et al (2013) e Bomfim et al (2013) em estudos acerca da caracterização da adolescência e juventude da cidade de Fortaleza também apontam

uma estima negativa destes com relação à comunidade. Estas pesquisas mostram que os jovens que moram em bairros periféricos, onde se concentram maiores índices de pobreza e violência são estigmatizados pelo local de moradia. Essa percepção da comunidade como local perigoso reflete na identidade dos moradores destes lugares diminuindo o sentimento de pertencimento e o envolvimento destes com as ações comunitárias.

Os sentimentos de violência e insegurança na cidade de Fortaleza são predominantes ainda entre as pessoas com deficiência visual. Martins (2015) em uma pesquisa cujo objetivo foi investigar os afetos desse público com relação à cidade constatou uma estima de lugar despotencializadora revelada principalmente pelos sentimentos de insegurança devido às más condições de acessibilidade arquitetônica e atitudinal dos moradores locais.

Além da cidade e bairros, os ambientes institucionalizados também são reveladores de estima de lugar negativa, tal como mostra Gardini (2013). A autora investigou a afetividade de reeducandas da Penitenciária Feminina de Sant'Ana, em São Paulo, com relação a esse ambiente institucional e constatou que, apesar de entre elas figurarem sentimentos potencializadores como o de vontade de recomeçar, de perceberem o local como um lugar de aprendizagem, os afetos predominantes são de tristeza, sofrimento, angústia, ansiedade, dor e saudade. Este ambiente é visto como local no qual elas estão privadas, isoladas, trancadas e, portanto, suscita uma estima de lugar despotencializadora.

Estes estudos reveladores da predominância de uma estima de lugar despotencializadora apontam para a necessidade de políticas públicas, intervenções e investimentos econômicos e sociais nos espaços comunitários para que estes se tornem ambientes confiáveis e seguros e, portanto, potencializadores das ações humanas.

Lugares associados a lembranças agradáveis, de segurança, lazer, a sentimentos de apropriação e pertencimento revelam uma estima de lugar que potencializa a ação dos sujeitos e, portanto, tendo a potência de ação aumentada no encontro com a cidade, os sujeitos se tornam mais implicados com o lugar, gerando, assim, uma maior participação cidadã destes nas problemáticas do lugar.

Os sentimentos potencializadores aparecem relacionados ao ambiente esportivo em uma pesquisa de Viana (2009) cujo objetivo foi estudar as emoções no ambiente esportivo a partir de 81 atletas de diferentes modalidades da cidade de Fortaleza. Com base nas informações produzidas nesta análise foi possível perceber que

a maior parte dos atletas revela uma estima positiva com relação ao ambiente esportivo, sobretudo aqueles cuja ideia de desempenho está ligada a metas do processo. Uma pequena parcela desse público revelou uma estima de lugar despotencializadora que apareceu principalmente com relação aos ambientes onde a noção de desempenho está associada ao resultado. As considerações apontam que a estima de lugar despotencializadora dificulta a ação do atleta e sua vinculação com o ambiente esportivo. Diante disso é importante desenvolver atividades que visem a fortalecer a vinculação afetiva dos atletas com o ambiente, pois esta é potencializadora das ações dos indivíduos e, portanto, leva-os a um melhor desempenho.

Cenário semelhante foi foco de interesse de Secco (2015). A autora investigou a estima de lugar de técnicos e atletas de basquetebol de 13 a 15 anos com relação ao ambiente de treinamento no Paraná. Esta pesquisa mostrou que a estima positiva no ambiente de treinamento de basquetebol, gerada a partir de sentimentos de agradabilidade, pertencimento, atração e contraste é potencializadora da ação esportiva dos atletas e técnicos.

A estima de lugar potencializadora aparece ainda em uma pesquisa que teve como objetivo compreender os processos de apropriação e a estima de lugar dos moradores da Cidade 2000, conjunto habitacional construído na zona leste de Fortaleza na década de 1970. Os dados dessa investigação revelam sentimento de pertencimento e sensação de segurança dos moradores com relação ao bairro e apontam que estes afetos facilitam os processos de apropriação e de identificação com os espaços públicos por parte dos moradores. Isso faz com que as pessoas convivam no bairro, ocupem praças, ruas e calçadas e se sintam seguras para ficarem conversando até tarde da noite nesses espaços comunitários (RIBEIRO, 2015). Diferente dos sentimentos dos jovens moradores de bairros com altos índices de violência (MONTEIRO et al, 2012; BOMFIM et al, 2013; COLAÇO et al, 2013) e do que foi constatado com relação aos grandes centros urbanos, onde é predominante o sentimento de contraste (BOMFIM, 1999; 2010).

A estima potencializadora aparece ainda com relação a ambientes institucionalizados em uma pesquisa realizada com idosos residentes em instituições de longa permanência de Fortaleza (VIEIRA, 2012). Mesmo se tratando de lugares que não têm a infraestrutura e as condições adequadas para a sobrevivência confortável desse público, eles apresentam predominância de sentimentos de agradabilidade e

pertencimento com relação ao ambiente. Para a autora, a estima positiva ocorre porque se trata de um público que não enxerga alternativa de vida melhor fora da instituição.

A relação entre a estima de lugar e a participação comunitária apresentada por Bomfim (2010) é corroborada por Alencar (2010) em pesquisa que investigou a relação existente entre a afetividade relacionada ao lugar e a participação social de adolescentes moradores de alguns bairros da capital cearense. A autora constatou que os adolescentes que participavam de alguma forma de grupos da comunidade apresentaram uma estima mais potencializadora do que aqueles que eram menos envolvidos. Esta observou ainda que as disposições afetivas de insegurança e contrastes ligados à violência foram as que mais influenciaram na despotencialização da estima e não participação social dos adolescentes. A partir disso, a pesquisadora conclui que o medo originado pelo alto índice de violência, criminalidade e drogadição repercute diretamente na não participação dos moradores em ações comunitárias.

Esta associação figura ainda na investigação acerca da inter-relação entre a estima de lugar dos moradores da Prainha do Canto Verde e a participação comunitária destes (CABRAL, 2015). Esta pesquisa mostra que o sentimento de agradabilidade está presente em todos os moradores da comunidade, no entanto o de pertencimento está mais diretamente relacionado aos moradores que estão envolvidos com ações comunitárias e as disposições afetivas de contraste, insegurança e destruição estão presentes somente entre aqueles que não participam das ações comunitárias. Assim, estes estudos confirmam a tese de Bomfim (2010) de que a estima de lugar se relaciona com a participação comunitária no sentido de potencializar ou despotencializar esta ação.

Como dito anteriormente, as pessoas são afetadas ao mesmo tempo de muitas maneiras. Desses múltiplos afetos, ainda que contrastantes entre si, se a maior parte for de alegria, a potência de agir será aumentada; caso seja de tristeza, a potência de agir será diminuída. Por isso, a imagem de contraste, que inicialmente foi considerada despotencializadora, em pesquisas posteriores (ALENCAR, 2010; BOMFIM, 2014), revelou-se como um sentimento transversal, podendo ser também potencializador da ação dos sujeitos dependendo da flutuação de ânimo ocasionada pelas múltiplas afecções.

O sentimento de contraste é revelado entre os trabalhadores da área de saúde de Fortaleza com relação aos seus locais de trabalho. Pesquisa realizada por Félix (2011) com profissionais da área da saúde mental, nos Centros de Atendimento

Psicossocial (CAPS) da capital cearense revela um predomínio desses sentimentos. Para a autora, o contraste é fruto do desprazer gerado pela exaustão do trabalho agravado por seus desafios cotidianos e o prazer pela possibilidade de contato próximo e afetuoso com os cidadãos-usuários da instituição (FÉLIX, 2011).

Esse sentimento também aparece entre os psicólogos residentes da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) com relação ao território onde desenvolvem suas atividades (FEITOSA, 2014). Apesar do sentimento contrastante, Feitosa (2014) observou uma implicação positiva destes formandos com o território, sobretudo no que se refere à comunidade e aos cidadãos-usuários. Esses dados corroboram, portanto, o caráter transversal entre os sentimentos potencializadores e despotencializadores dos afetos de contraste.

Pesquisa acerca dessa categoria mostra ainda que “quanto maior os níveis de estima de lugar, maiores serão os níveis de autoestima, de perspectiva de futuro e de autoeficácia” (BOMFIM et al, 2013, p. 334). Considerando que o bairro, a comunidade e a escola são ambientes que fazem parte da constituição identitária dos jovens, uma vez que esta se forma a partir da relação dialética e simbólica com o lugar, os autores apontam para a necessidade de se investir em políticas públicas voltadas para o ambiente escolar e comunitário, pois “Estimar os jovens é estimar a escola, o bairro e a comunidade e vice-versa” (BOMFIM et al, 2013, p. 337).

Pontuada a importância da inter-relação afetiva pessoa-ambiente na constituição da subjetividade e identidade dos sujeitos e considerando a estima de lugar como disposição afetiva indicativa da ação dos sujeitos com relação à cidade surgem as seguintes questões: se estimar o jovem é estimar a escola, o bairro e a comunidade e vice-versa, essa inter-relação não se aplica também à estima das pessoas com relação à unidade de saúde e seu modo de viver? Como a estima de lugar pode ser relacionada ao modo de viver saudável? Neste contexto de globalização, o que pode ser compreendido como um modo de viver saudável? Que tipo de relação pessoa-ambiente pode ser considerada como um modo de viver saudável? Como a vida na cidade tem sido possibilitadora de um modo de vida mais ou menos saudável?

3 SAÚDE: DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

O homem como um ser histórico-cultural, que atribui significados ao mundo que o cerca, também desenvolve e compartilha socialmente diferentes representações acerca da saúde e da doença no decorrer da história da humanidade. Na Antiguidade Clássica, quando os sujeitos buscavam explicações mitológicas para compreender o universo, a cura era atribuída ao desejo de diversos deuses. Entre estes estavam as irmãs Panaceia e Higeia. A primeira era considerada conhecedora de todos os remédios da terra e, portanto, capaz de curar qualquer enfermidade. A segunda responsável pela prevenção das doenças e manutenção da saúde. Esta conseguida pelo equilíbrio harmônico entre os elementos fundamentais da natureza: terra, fogo, água e ar. A ideia de harmonia é incorporada pela civilização grega pela Doutrina dos Humores, na qual o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra são os líquidos corporais que representam elementos da natureza e, portanto, devem estar em harmonia para se ter saúde (MARTINS, SILVA e MUTARELLI, 2008).

Da adoração a Panaceia se desenvolve a perspectiva curativa e individual da Medicina, cuja terapêutica está baseada em intervenções medicamentosas em indivíduos acometidos de doenças. Já Hegeia representa o entendimento da saúde como o resultado da harmonia entre homens e ambientes alcançada através da promoção da saúde por meio de ações preventivas e de caráter coletivo (ALMEIDA FILHO, 2003).

Na Idade Média, com a soberania do cristianismo, a saúde é perpassada pela ideologia religiosa, cuja prática se baseava em orações, cultos religiosos e amuletos. Estes objetivavam se não a cura através da expulsão dos espíritos do mal, pelo menos a salvação da alma, uma vez que a doença era vista como uma punição divina ao pecado.

Os questionamentos ao poder religioso dão início a Renascença, período no qual as verdades cristãs são suspensas. Diante disso o mundo se torna menos sagrado e passa a ser movido por forças mecânicas, como um grande relógio que representa o movimento automático, a perfeição mecânica, o determinismo e a quantificação. O ser humano, tal como o universo, é entendido sob o princípio da causalidade mecanicista, na qual uma ação anterior determina o presente e este o futuro. Assim, o corpo humano deixa de ser considerado templo divino e passa a ser visto como uma máquina que deve

ter seus elementos e mecanismos desvendados para que assim seja possível prever e controlar o seu funcionamento (FIGUEIREIDO, 1991).

Esta visão atomicista e mecanicista abre espaço para ampliação de estudos da Anatomia e da Fisiologia do corpo humano. O que possibilita o desenvolvimento da teoria anatômica da doença, segundo a qual as origens das patologias são encontradas nos órgãos internos, na musculatura e no esqueleto das pessoas. Esse pensamento associado ao desenvolvimento tecnológico alcançado no século XIX, como o aperfeiçoamento do microscópio, proporciona a formulação da teoria celular e dos germes segundo as quais as doenças ocorrem devido a anormalidades causadas pela invasão de vírus, bactérias e outros microrganismos nas células do corpo. De posse do conhecimento dos microrganismos, os médicos puderam controlar diversas doenças que matavam muitas pessoas desde a antiguidade como a lepra, a peste bubônica, a pneumonia, entre outras (STRAUB, 2005).

Essa compreensão da saúde centrada nos conhecimentos da Anatomia e da Fisiologia serve de base para o desenvolvimento do modelo biomédico da saúde que ganha cada vez mais repercussão no século XIX e XX, permanecendo como visão dominante em muitos lugares até hoje. Esse modelo se fundamenta em três características principais, como aponta Straub (2005, p. 32):

Em primeiro lugar, pressupõe que a doença é o resultado de um **patógeno** – um vírus, uma bactéria ou algum outro microrganismo que invade o corpo. O modelo não faz menção às variáveis psicológicas, sociais ou comportamentais na doença. Nesse sentido, o modelo biomédico é *reducionista*, considerando que fenômenos complexos (como a saúde e a doença) são essencialmente derivados de um único fator primário. Em segundo, esse modelo tem como base a doutrina cartesiana do dualismo mente-corpo que, [...] considera-os entidades separadas e autônomas que não interagem. Finalmente, de acordo com esse padrão, a saúde nada mais é do que a ausência de doenças.

A Revolução Industrial, no século XVIII e início do século XIX, caracteriza-se pela grande aglomeração de pessoas nos centros urbanos devido ao crescente processo de industrialização. As péssimas condições de trabalho nas fábricas, juntamente com o processo de urbanização desordenada ocasionado pela transição das pessoas das áreas rurais para os arredores das indústrias sem as mínimas condições de salubridade ocasionaram o desenvolvimento de muitas doenças e mortes.

Este cenário suscita a discussão acerca de uma medicina urbana higienista que se voltasse para a necessidade do saneamento básico nas cidades, da vigilância das

enfermidades, da imposição de regras de salubridade e normatização da vida privada dos indivíduos pelo Estado. Assim, é posto em evidência a importância de uma Medicina Social na qual aspectos como habitação, saneamento, condições de trabalho aparecem como determinantes no processo de adoecimento (FRIAS JUNIOR, 1999).

O desenvolvimento industrial fomentou uma acirrada disputa entre os países europeus por matérias primas, mercados consumidores mundiais e expansão de seus territórios que desembocou na Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e posteriormente na Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Ao final desses conflitos e mediante a destruição causada nos países participantes, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) com o objetivo principal de manter a paz entre as nações e reduzir as desigualdades sociais no mundo. Entre as áreas de interesse desse órgão mundial está a longevidade das pessoas e, para tanto, é fundada em 07 de abril de 1948 a Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de melhorar o nível da saúde de todos os povos (BRASIL, 2002).

Já em sua constituição a OMS (1948) considera a saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidade”. Essa conceituação traz uma visão positiva e multidimensional acerca da saúde que envolve além dos aspectos físicos, os psíquicos e sociais, ou seja, é uma concepção amparada no paradigma biopsicossocial em detrimento do modelo biomédico.

No entanto, ações pautadas na perspectiva biologicista, na qual a saúde é vista apenas como ausência de doença, de causalidade biológica e cuja cura depende de intervenções diretas e de maneira individual do profissional de saúde, permanecem, pelo menos, até o início do moderno movimento de promoção da saúde.

3.1 Promoção da Saúde

Na década de 1960 é que o debate acerca das determinações sociais e econômicas da saúde é ampliado em diferentes lugares do mundo. Disso resulta o interesse em conhecer como as sociedades orientais concebem e lidam com essas questões. Isso foi possível com a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, em 1973-1974, quando permite a entrada para observação de especialistas na área da Saúde mediada pela OMS.

Com a entrada na China foi possível observar que o cuidado em saúde se pautava na organização da comunidade local, na promoção de campanhas de saúde para mobilizar as pessoas para a manutenção de hábitos de higiene pessoal e limpeza das casas, quintais e ruas, o cuidado com o tratamento e uso da água e a construção de unidades rurais de saúde. Entre as ações do Estado nesse sentido constavam ainda a ajuda a escolas e serviços em geral, apoio a manutenção da ordem social no trânsito, no policiamento e nos incêndios; bem como o incentivo a cuidados preventivos e o tratamento por meio do uso de ervas medicinais.

No Canadá constata-se na década de 1970 que grande parte das causas de invalidez por doença e mortes precoce estava associada a acidentes automobilísticos, enfartos, suicídios e doenças crônicas, ou seja, relacionava-se aos riscos autoimpostos devido ao estilo de vida dos indivíduos e seu ambiente sociocultural. Diante disso, são apresentados no Relatório Lalonde de 1974, intitulado de “Uma nova perspectiva da saúde de canadenses” e produzido pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, quatro determinantes da saúde. O primeiro é o biológico que se refere ao funcionamento do corpo enquanto organismo, às condições genéticas e ao envelhecimento natural do homem. O segundo está relacionado ao ambiente, ou seja, a tudo aquilo que está fora do corpo humano, como por exemplo, o saneamento básico. O estilo de vida, o terceiro pilar, diz respeito às decisões e escolhas dos sujeitos com relação a comportamentos e hábitos que afetam diretamente a saúde, como o uso de bebidas alcóolicas e outras drogas, má alimentação, sedentarismo entre outros. Por fim, o quarto determinante se refere à organização da assistência sanitária que deve ser voltada para o cuidado, manutenção e promoção da saúde.

A partir daí são apresentadas setenta e quatro estratégias que tem por objetivo melhorar a saúde dos canadenses e do restante do mundo. Entre as propostas estão a criação de programas e campanhas educacionais que estimulem a prática de atividades físicas, alertem sobre os riscos de uma direção automobilística perigosa, orientem sobre os comportamentos nutricionais, combatam o uso de álcool e drogas.

Assim, tanto a abertura da China Nacionalista quanto esse movimento canadense, retratado pelo Relatório Lalonde, são apresentados por Ferreira e Buss (2002) como marcos do moderno movimento de promoção da saúde. Acerca deste último, Heidmann et al (2006, p. 353) consideram que:

Apesar dessa evolução, esta abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental, preventivista. Houve inúmeras críticas, principalmente por negligenciarem o contexto político, econômico e social, “culpabilizando as vítimas” e responsabilizando determinados grupos sociais por seus problemas de saúde, cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade.

Apesar das críticas, o referido documento influenciou, entre outras políticas, a Declaração de Alma-Ata, formulada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 que define como meta universal Saúde Para Todos no Ano 2000.

Tomando como base o conceito de saúde apresentado pela OMS, em 1974, a Declaração de Alma-Ata aponta a necessidade da concentração de esforços mundiais direcionados para o alcance do mais alto nível de saúde através da redução das desigualdades no estado de saúde entre as nações e no interior de cada uma. Para tanto indica a importância de envolvimento de vários setores sociais e econômicos em direção aos cuidados primários de saúde. Estes constam como o primeiro nível de contato das pessoas, famílias e comunidades com um sistema nacional de saúde e são entendidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Este documento reforça a necessidade de investimentos em educação acerca da saúde e em outros setores como a agricultura, pecuária, produção e distribuição de alimentos, indústria, educação, habitação, entre outros. Os cuidados primários de saúde devem ainda promover a participação comunitária e individual no seu planejamento, organização, operação e controle fundamentados na equidade. Dessa forma delinea os caminhos para um novo sistema de saúde.

Estes movimentos fomentam, na década de 1980, um reforço acerca da determinação social da saúde, uma vez que se passou a enfatizar que aspectos como pobreza, desemprego, habitação precária e demais desigualdades econômicas e sociais estão relacionados à saúde. Nesse cenário, como marco de referência na busca de

promoção de saúde mundial tem-se a Carta de Ottawa produzida na I Conferência Internacional de Promoção de Saúde realizada em Ottawa, Canadá, no ano de 1986.

A promoção da saúde é apresentada neste documento como

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

Diante disso, para que haja condições de saúde é necessária atenção a questões relativas à paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Uma vez que “Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986). Assim, a Carta de Ottawa orienta a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, pautados em uma visão socioecológica da saúde, o reforço da ação comunitária, entre outras medidas.

E assim, como apresenta Heidmann et al(2006, p. 354), essa confirma que vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e ação conjunta, entre outros são valores resultantes “de diversas estratégias, nas quais a melhoria da qualidade de vida e saúde se insere”.

A Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1988, em Adelaide, Austrália, resultou na Declaração de Adelaide. Nesta foram reafirmadas as linhas de ações da Carta de Ottawa, destacando a importância de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, ou seja, que visem a criação de ambientes favoráveis para que a população possa ter uma vida saudável. Esta aponta ainda que governantes devem desenvolver políticas públicas saudáveis direcionadas prioritariamente para o apoio à saúde da mulher, à alimentação e nutrição, à redução do uso de tabaco e álcool, e à criação de ambientes saudáveis.

De acordo com a Carta de Adelaide é necessário que haja uma comunhão de forças entre a saúde pública e os movimentos ecológicos em prol de um desenvolvimento socioeconômico sustentável. Pois consideram que as políticas só terão êxito na promoção da saúde se forem em ambientes que preservem os recursos naturais locais, regionais e globais.

A compreensão de que o ambiente e a saúde são interdependentes e inseparáveis é destacada na Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorrida em Sundsvall, Suécia, em 1991. Nessa se afirma a importância de criar ambientes favoráveis e promotores de saúde. Para tanto, aponta a necessidade de priorizar políticas governamentais que objetivem atingir uma maior justiça social em saúde. Uma vez que só é possível pensar em promoção da saúde através de políticas que priorizem a solução para a situação de milhares de pessoas que vivem em extrema pobreza e privação, que sofrem com as trágicas consequências dos conflitos armados, que moram em favelas sem disponibilidade de água potável, saneamento básico e sem as condições adequadas de alimentação, abrigo e acesso aos cuidados básicos de saúde. Além disso, deve ser considerado também que o rápido crescimento populacional ameaça o desenvolvimento sustentável.

Fica evidente, portanto, a incapacidade de sucesso de um sistema de saúde baseado nos moldes tradicionais e o imperativo de que haja o envolvimento das pessoas, governos, ONGs e organizações internacionais em ações voltadas para educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, indústria e agricultura, em níveis local, regional, nacional e mundial.

Para tanto, na Declaração de Sundsvall, são apontadas quatro estratégias para o desenvolvimento de ambientes favoráveis e promotores da saúde. O primeiro diz respeito a como as normas, costumes e processos sociais influenciam a saúde, ou seja, alude sobre a dimensão social da saúde. O segundo trata do enfoque político, ou seja, da necessidade dos governos garantirem a participação democrática na gestão, promoverem a descentralização dos recursos e responsabilidades, e comprometerem-se com os direitos humanos e a paz.

O terceiro aspecto apresentado na conferência para o desenvolvimento de ambientes favoráveis e promotores da saúde está relacionado à dimensão econômica e se refere à ordenação de recursos para a saúde e o desenvolvimento sustentável. O último ponto versa sobre a necessidade da participação feminina em todos os setores, inclusive os políticos e econômicos, para o desenvolvimento de ambientes mais

favoráveis a saúde. Para tanto, são apresentadas como estratégias ações voltadas para a atuação e capacitação de comunidades e indivíduos, para que tenham maior controle e participação sobre sua saúde e ambiente, e ações direcionadas para a construção de saúde e ambientes, mediando os interesses conflitantes na sociedade em prol de garantir acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.

Por fim, nessa conferência, conclui-se que “os temas de saúde, ambiente e desenvolvimento humano não podem estar separados. Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente” (BRASIL, 2002, p. 44).

Na quarta conferência, realizada em 1997, em Jacarta, Indonésia, cujo tema central foi Promoção da Saúde no Século XXI, avalia-se o que se aprendeu sobre promoção da saúde, examinou-se os determinantes da saúde e identificou-se as direções e estratégias para serem tomadas para a promoção da saúde no século XXI. Considerando que a pobreza é a maior ameaça à saúde, afirma que “A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, contribui de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social” (BRASIL, 2002, p. 94).

As estratégias de promoção da saúde ficaram eclipsadas pelas políticas neoliberais que assolaram o mundo na década de 1990. Por isso e diante do desenvolvimento científico alcançado, dos resultados conseguidos por vários países no combate as iniquidades à saúde, do retorno e interesse de vários países aos determinantes sociais da saúde, a OMS criou, em março de 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Esta se propunha a desenvolver ações mais voltadas para os determinantes sociais da saúde.

A partir dessas referências internacionais, sobretudo o Relatório Lalonde e a Carta de Ottawa as quais são as primeiras bases, são possibilitadas, de acordo com Carvalho (2004), duas visões a serem seguidas no âmbito da Promoção da Saúde. Uma, pautada no primeiro documento, tem um viés voltado para a perspectiva da prevenção, cujas ações são direcionadas para a mudança do estilo de vida dos sujeitos. Por ter um foco na mudança de comportamento dos indivíduos, essa abordagem ficou conhecida como comportamental ou *behaviorista*.

A outra perspectiva, descrita como abordagem socioambiental, tem como base o documento de 1986. Nesta há uma busca pela mediação entre os sujeitos e os ambientes. As ações têm como foco os determinantes sociais da saúde e por isso se

voltam para questões relacionadas à política, economia, meio-ambiente e aspectos socioculturais. Além disso, é apontada a necessidade da participação da população nas questões relativas ao processo saúde-doença.

Configuram-se, assim, duas maneiras distintas de conceber a promoção da saúde, como fruto do estilo de vida ou como resultados dos determinantes sociais, que vão se configurando no cenário nacional em conformidade com as perspectivas políticas vigentes em cada etapa do processo de construção.

3.2 A Saúde em solo brasileiro

O Brasil no início da colonização foi visto pelos europeus como um paraíso caracterizado pelas belas paisagens, pela diversidade da alimentação, pela abundância de águas puras e clima tropical que compunham um cenário livre de enfermidades. No entanto, já no início do século seguinte com a vinda dos colonizadores e escravos e devido aos conflitos com os índios, aos escassos recursos materiais além das inúmeras doenças, sobretudo a varíola, a região logo deixou de ser considerada como tal.

Os tratamentos dessas doenças ficaram por muito tempo a mercê das ações de caridade e filantropia. Isso porque além de serem raros os médicos e cirurgiões que se instalavam aqui, os poucos moradores que podiam pagar uma consulta preferiam recorrer aos curandeiros e padres da Companhia de Jesus a submeterem-se aos tratamentos por meio de purgantes e sangrias (BERTOLLI FILHO, 2008).

Assim, a busca pela cura se dava através de práticas cujo entendimento estava ancorado no que Espinosa (2014) classifica como primeiro nível de conhecimento, o imaginativo. Semelhante ao que é descrito com relação à era pré-socrática, quando a saúde é considerada fruto dos desejos dos deuses, e à Idade Média, período no qual o conhecimento ficou subordinado à fé cristã.

De acordo com Nunes (2000), a preocupação com questões relacionadas à saúde no contexto nacional ocorre somente a partir da vinda da corte portuguesa para o Brasil. Neste período são regulamentadas as atividades dos cirurgiões e são criadas as primeiras escolas médico-cirúrgicas na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. Nesta época, os ideais iluministas europeus e os problemas econômicos ocasionados, sobretudo pelo aumento de impostos, diversas restrições da coroa portuguesa para com a colônia brasileira e a abertura dos portos brasileiros às nações amigas fomentaram, no final do

século XVIII e início do século XIX, diversos movimentos. Estes desembocaram na independência política do Brasil, marcando o início da era imperial do país, em 1922.

Movidos pelo sentimento de liberdade, por não estar mais submetido à corte portuguesa, um grupo de médicos formado por estrangeiros e brasileiros fundam, em 1929, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (SMRJ). Esses profissionais cuja formação se dera na França, traziam os ideais políticos e teóricos do movimento higienista europeu do início do século XIX. Apresentavam, portanto, uma concepção ambientalista acerca da Medicina, segundo a qual a doença está intrinsecamente relacionada à natureza e à sociedade e defendiam a necessidade de transformar a saúde em uma questão de interesse público e de competência do Estado.

Em um contexto econômico agrário-exportador baseado em mão de obra escrava, a SMRJ, primeira sociedade de medicina brasileira, sob inspiração cientificista e utilitarista do Velho Mundo, visava a transformação das cidades em espaços mais civilizados e, portanto, atrativos ao comércio exterior. Dessa forma, o primeiro projeto de Medicina Social no Brasil caracteriza-se sobretudo como uma medicina urbana com vistas à construção de uma sociedade que atendesse aos interesses desenvolvimentistas da época (FERREIRA; MAIO e AZEVEDO, 1998).

Inicialmente independente, a SMRJ, por questões de sobrevivência econômica, recorre ao patrocínio estatal em 1835, quando passa a ser denominada Academia Imperial de Medicina (AIM). A partir de então, conforme descrevem Ferreira; Maio e Azevedo (1998), fica submetida a um rígido controle administrativo e científico do Estado, ocasionando uma burocratização, elitização, cerceamento de interesses relacionados a questões sociais e isolamento intelectual, uma vez que as publicações inicialmente de circulação internacional foram restrinidas a anais oficiais de publicação interna.

O espírito republicano no final do século XVIII embasado pelos ideais positivistas, científicas e utilitaristas cujo lema é “ordem e progresso” desembocam na abolição da escravatura em 1888 e na Proclamação da República, em 1889. O sentimento de progresso, modernização e industrialização do país move a transição do escravismo para o capitalismo e da monarquia para a república. Nesse período de transformação e diante da ineficiência de ações governamentais, médicos brasileiros fundam em 1886 a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ). Essa, diferente da AIM, se caracteriza como uma associação científica democrática,

republicana, sensível aos problemas de saúde pública, de opinião independente e crítica ao discurso oficial.

A SMCRJ associada a instituições médicas não oficiais reivindicavam a participação nas questões sociais da época e lutavam pela modernização científica e institucional da medicina brasileira, uma vez que, juntamente com a Escola Tropicalista Baiana, defendia que as doenças tropicais eram características dessa região e por isso o desenvolvimento de uma medicina nacional deveria ser estimulado. Assim, esta associação profissional promove os primeiros congressos brasileiros de medicina e se coloca como guardiã da saúde pública. Dessa forma, exerce desde a fundação relevante influência nas decisões governamentais no campo da saúde e marca a implantação da Medicina Social Brasileira. De acordo com Nunes (2000, p. 254), a SMCRJ

[...] irá apresentar um amplo programa que se estende desde a higiene à medicina legal; educação física das crianças; a questão dos enterros nas igrejas; denunciará a carência de hospitais; estabelecerá regulamentos sobre as farmácias; medidas para melhorar a assistência aos doentes mentais; denunciará também as casas insalubres e repletas de pessoas; e dará destaque ao saneamento.

É importante trazer aqui o estudo de Oliveira (1983) que ao analisar o discurso científico e político da Escola Tropicalista Baiana no final do século XIX, observa que em troca de suas ações no combate às epidemias, os profissionais da Medicina Social cobram do Estado o combate ao charlatanismo. Dessa forma, tornam-se detentores exclusivos de um discurso sobre a saúde no qual atribuem à vida na cidade a causa de todas as doenças e desordens.

Apesar dessa preocupação com o saber médico, como aponta Bertolli Filho (2008), o Estado não consegue, ao fim da fase Imperial, solucionar os problemas de saúde da população. De maneira que os ricos buscavam assistência médica na Europa ou clínicas particulares que surgiam no país e os pobres continuavam a recorrer aos curandeiros ou Santas Casas de Misericórdia.

No entanto, o crescimento da ideologia republicana, o fortalecimento dos militares, o desenvolvimento das formas de produção capitalista, sobretudo no que se refere à exploração de café no Rio de Janeiro e São Paulo, impõem a Proclamação da República que ocorre em 1889. O período republicano nasce impulsionado pelo espírito capitalista que ocasiona o aumento da população nos centros urbanos, resultado da imigração tanto dos moradores das áreas rurais em direção às cidades quanto de

estrangeiros vindos para substituir o trabalho escravo. O crescimento desordenado da população nas cidades possibilita o aparecimento de diversas doenças infectocontagiosas devido, principalmente, à falta de saneamento básico, água potável e condições adequadas de moradia e trabalho.

Assim, o Brasil do final do século XVIII e início do século seguinte é marcado pelas epidemias de febre amarela, peste bubônica, varíola, febre tifoide e cólera que matavam a população e inibiam a vinda de imigrantes necessários para o trabalho nas lavouras e nas indústrias que começavam a surgir, ameaçando, dessa forma, os ideais republicanos. Torna-se necessário, portanto, civilizar a população segundo os modelos europeus, cabendo à medicina a função de disciplinar e higienizar a cidade e seus moradores, uma vez que o projeto de modernização e progresso do país só seria possível com o povo saudável e educado para o trabalho cotidiano.

Nesse contexto, surgem os serviços sanitários estaduais e os médicos higienistas passam a receber incentivos fiscais e ocupar cargos importantes na administração pública. De acordo com Bertolli Filho (2008, p. 14) entre as principais atividades desses profissionais estavam “a fiscalização sanitária dos habitantes das cidades, a retificação dos rios que causavam enchentes, a drenagem dos pântanos, a destruição dos viveiros de ratos e insetos disseminadores de enfermidades e a reforma urbanística das grandes cidades”. Faziam parte das suas atividades ainda a divulgação das regras básicas de higiene pessoal e das casas, e implantar o sistema de isolamento das pessoas com doenças infectocontagiosas, o que marca o início da hospitalização compulsória tanto desses sujeitos como dos doentes mentais.

Com o intuito de atingir esses objetivos são fundadas diversas organizações estatais, entre elas, em 1899, o Instituto Butantã, em São Paulo e o Instituto Soroterápico Municipal, no Rio de Janeiro. Em 1902 é fundado o primeiro dispensário de tuberculose no Rio de Janeiro e seguem ainda as Delegacias de Saúde, Diretoria Geral de Saúde Pública, Postos de Saneamento e Profilaxia Rural.

Tendo à frente sanitários como Oswaldo Cruz (1872-1917), Carlos Chagas (1878-1934), Emílio Ribas (1862-1925) e Adolfo Lutz (1955-1940), e expressivos investimentos na pesquisa experimental biomédica e na aquisição de novas tecnologias, o sanitari smo campanista marca o surgimento da saúde pública brasileira (WALDAMAN, 2012). Esta organizada com base na bacteriologia e microbiologia de base pasteuriana, com práticas direcionadas para a imunização da população através das

vacinas de caráter obrigatório gera diversas lutas de resistência social, apesar da redução dos níveis de mortalidade.

As revoltas ocasionadas pelo modelo autoritário das intervenções sanitárias, a exemplo da revolta da vacina, e as mudanças econômicas, políticas e sociais marcam o início do século XX e resultam em novas maneiras de pensar ações em favor da saúde coletiva no Brasil, conforme descrito a seguir.

A economia até então baseada na produção e exportação cafeeira sofre expressiva redução com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918). Pois os países nela envolvidos destinam os seus recursos para o referido embate mundial reduzindo a importação de café e assim prejudicando o comércio brasileiro. Essa crise do modelo agroexportador provoca o aumento da inflação e o custo de vida das pessoas que, somada à insatisfação com o modelo autoritário da medicina sanitária e às péssimas condições de trabalho, gera reivindicações e diferentes movimentos sociais em prol da melhoria das condições de vida da população brasileira.

Em meio a esse clima de insatisfação popular, os médicos, articulados em um movimento político e sanitário, organizam, em 1918, a Liga Pró-Saneamento que tem como fundador o sanitário Belisário Penna. Este descrevia o Brasil como um imenso hospital e vasto sertão e, portanto, envolto pelo modelo autoritário das campanhas, defendia a saúde pública como um caso de segurança nacional. Para tanto, mostrava a insatisfação com os órgãos públicos que estavam voltados para os interesses e privilégios das elites e lutava por uma política nacional de saúde pública resultante da consciência sanitária aliada a mudanças políticas e constitucionais (PONTE, 2010).

Esse pensamento encontra resistência das autoridades oligárquicas brasileiras e do poder Legislativo Federal que temiam que, ao se estabelecer uma política centralizada na União, seus poderes fossem diminuídos. Mostravam-se contrários também ao modelo sanitário, os defensores da privacidade como direitos invioláveis, uma vez que em nome da higienização e urbanização, as tropas campanhistas invadiam as casas das pessoas. Ações autoritárias como essas tinham como resposta a reação das pessoas, como na Revolta da Vacina, em 1904, quando a população se insurgiu contra a obrigatoriedade de se submeterem à vacina contra varíola.

Apesar dessa forte oposição, a lógica sanitária, sobretudo a partir da epidemia de gripe espanhola que assolou o país em 1918, consegue se estabelecer como discurso político e ideológico do início do século XX (MELLO et.al, 2010). No entanto,

a resistência popular exigiu que “o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando nos anos seguintes novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 29).

Alinhada com essa perspectiva, a reforma médico-sanitária ocorrida em 1925 por força de associações como a Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada em 1923, além da, já citada, Liga Pró-Saneamento, foca em ações centradas na educação sanitária do indivíduo, tendo por base uma compreensão da saúde pública como uma questão social. Assim, “O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiam-se da população em geral para o indivíduo em particular” (RIBEIRO, 1991, p. 285).

Esse novo fazer dos profissionais da saúde pautado na educação sanitária é denunciado como uma prática pela qual, ao se difundir os princípios de higiene na população pobre, incute-se na sociedade uma ideologização que responsabiliza o doente pela doença por causa de sua ignorância. “Dessa forma, as diferenças de classe são escamoteadas e reduzidas a diferenças educacionais” (RIBEIRO, 1991, p. 309).

Para que fosse possível essa modificação na atuação sanitária, Campos (2007) aponta como fundamentais três medidas ocorridas nas décadas de 1910 e 1920: “a criação da especialidade médica de higiene e saúde pública, o curso de Enfermeiras de Saúde Pública e a implantação dos primeiros Postos de Profilaxia e Saneamento Rural vinculados à Inspetoria dos Serviços de Profilaxia” (CAMPOS, 2007, p. 882). Estes últimos tornam-se posteriormente os Centros de Saúde, que marcam a origem da rede de serviços da atenção básica no Brasil.

Os movimentos nacionalistas também interferiram nas condições de espaços físicos como casas, escolas, hospitais, presídios, igrejas e locais de trabalho. Estes últimos haviam se tornado ainda mais insalubres na segunda década do século XX devido à aceleração do processo de industrialização ocasionado pela dinamização da economia brasileira. Este fenômeno estava relacionado ao fim da Primeira Guerra mundial, quando a Europa, devido aos estragos ocasionados pelo embate, demanda do Brasil diversos gêneros alimentícios.

A situação de intensificação na exploração dos trabalhadores que eram submetidos a exaustivas cargas de trabalho e baixa remuneração somada às ideias socialistas trazidas pelos imigrantes europeus estimulam diversos movimentos grevistas dos operários. Estas lutas dos trabalhadores brasileiros, somadas às denúncias dos órgãos sanitários acerca dos malefícios que as condições insalubres de trabalho trazem à

saúde, apontam a necessidade de investimentos financeiros direcionados à assistência médica para o trabalhador. Essa demanda resulta na regulamentação, em 1923, da Lei Elói Chaves que cria as Caixas de Pensão e Aposentadoria (CAPs). As CAPs possibilitavam a aposentadoria, o recebimento de pensões e atendimento médico aos trabalhadores ferroviários. Esses benefícios são estendidos, em 1926, aos funcionários portuários e marítimos, marcando, assim, a vinculação do atendimento médico à previdência.

Essa destinação financeira se faz necessária, sobretudo porque as intervenções urbanísticas e sanitárias promovidas pelo Estado e oligarquias beneficiaram apenas as elites brasileiras. As camadas mais pobres da população permaneciam vivendo nos cortiços, com péssimas condições de vida e, portanto, continuavam sofrendo com doenças praticamente inexistentes na parte mais rica da população (BERTOLLI FILHO, 2008).

Assim, na década de 1920 existem dois sistemas de saúde no Brasil: uma desenvolvida pelos órgãos de vigilância sanitária que tinha suas ações direcionadas para o conjunto da população; e outra, relativa à assistência realizada pelas CAPs e ações sanitárias voltadas para o cuidado com as pessoas doentes, a qual caracterizava-se pelo atendimento privativo. Essas duas vertentes de desenvolvimento dos serviços de saúde irão, por caminhos distintos, reorganizar-se e fortalecer-se no governo seguinte sem que, contudo, uma deixe de existir em detrimento da outra (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

É importante ainda salientar que órgãos internacionais, como a Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller, participavam ativamente do desenvolvimento da rede de saúde brasileira ainda na República Velha. Esses por motivos políticos e econômicos investiam, tanto financeiramente quanto na orientação técnica, na implantação dos Postos de Profilaxia e Saneamento Rural, e na formação de profissionais sanitários através da criação no Brasil do curso de Enfermeiras de Saúde Pública e da concessão de bolsas para os cursos de especialização de saúde pública da Universidade Johns Hopkins. Dessa forma, além de expandir as influências norte-americanas nos países subdesenvolvidos, beneficiava-se com acordos de exploração de recursos naturais brasileiros (CAMPOS, 2007).

Uma nova adversidade no cenário internacional, dessa vez provocada pela quebra da Bolsa de Nova Iorque, em 1929, provoca mais uma crise no modelo agroexportador brasileiro, causando o enfraquecimento do poder dos barões do café.

Essa situação econômica influencia o rompimento da política café-com-leite desembocando no Golpe de Estado que derruba a República Velha, em 1930, e marca o início do primeiro governo de Getúlio Vargas, cuja duração é de 15 anos.

Ao assumir o governo, Vargas, amparado por uma rede de apoio formada por políticos e burocratas que na grande maioria tinha reduzido conhecimento sobre os problemas da população, promoveu uma ampla reforma política e administrativa. Com esta reestruturação, o governo buscava afastar a administração pública e o controle do Estado das oligarquias regionais que dominaram o país durante toda a República Velha. Com esse intuito, logo no primeiro ano, a Saúde, antes como uma pasta do departamento de Justiça, ganha status de ministério, o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) que vinculado à educação, ficou responsável pela saúde da população em geral, inclusive a rural.

A criação do MESP marca o início da ampliação e estruturação do sistema de saúde pública por meio da expansão de políticas e instituições. Atendiam também aos interesses políticos, pois ao centralizar as ações buscavam acabar com o poder das oligarquias estaduais, e aos interesses ideológicos de construção de uma nova nação formada por uma sociedade civilizada e, portanto, composta por homens sadios, prontos e dispostos para o mercado de trabalho, cujo modelo de referência inicialmente era a Alemanha (BERTOLLI FILHO, 2008).

Para tanto era necessário prestar assistência em todo o território brasileiro, e isso exigia a construção de uma estrutura que possibilitasse a ação do governo em vários lugares, inclusive nas regiões mais remotas do Brasil. Para que isso se tornasse possível foi criado, em 1937, o Departamento Nacional de Saúde (DNS). Este alterou o Ministério da Educação e Saúde Pública para Ministério da Educação e Saúde (MES) e desenvolveu normas, leis, regulamentos e códigos sanitários, cujo objetivo era padronizar, nos mínimos detalhes, as ações nos diversos serviços de saúde em todos os estados brasileiros.

Além disso, foi criado o Conselho Nacional de Saúde que instituiu em 1937, embora a primeira só tenha ocorrido em 1941 no Rio de Janeiro, as Conferências Nacionais de Saúde. Estas tinham como propósito reunir as delegações de todos os estados para discutir oficialmente as questões de saúde. Caracterizavam-se como encontros técnicos, sem participação da sociedade civil com previsão para ocorrerem anual ou bianualmente, no entanto, a segunda conferência só aconteceu em 1950.

A Reforma Barros Barreto, ocorrida em 1941, altera o DNS criando novos serviços nacionais relacionados a doenças específicas, como o Instituto Nacional de Câncer, instala em diversas regiões do país vários órgãos federais, por exemplo, as Delegacias Federais de Saúde, e funda a Divisão de Organização Sanitária e a Divisão da Organização Hospitalar. Dessa forma, a centralização e a verticalização das ações de saúde do governo são ampliadas a fim de atender ao interesse do governo, pois como analisa Fonseca (2010, p. 139):

Toda a estrutura de saúde pública reorganizada durante a gestão de Gustavo Capanema¹ (1934-45) esteve, portanto, orientada pela preocupação do governo em marcar presença em todo o país: partindo das capitais, investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde.

Esta reorganização nos serviços sanitários do país foi recebida com esperança nas regiões onde a assistência médica era precária. No entanto, nos locais mais ricos que possuíam um sistema de saúde mais organizado, as medidas foram vistas como desnecessárias, sob o argumento de que a centralização do poder pelo governo federal dificultaria o atendimento à população. O governo de São Paulo, por exemplo, que havia constituído com verbas estaduais, em época pretérita, um serviço de saúde descentralizador e organizado, ajustado às demandas regionais, entendia que as medidas mais atrapalhavam do que ajudavam. No entanto, Vargas, exercendo uma gestão autoritária inibia, através de perseguições, todos que se mostrassem contrários ao seu governo (BERTOLLI FILHO, 2008).

Com a ampliação dos serviços de saúde foi necessário que o governo investisse na formação e especialização de profissionais para que estes fossem capacitados para atuar nessa estrutura administrativa do governo federal para tal se passou a exigir aprovação em concurso público. Essa exigência de seleção por meio de concurso, além de estar alinhada com o processo de burocratização do governo, evitava que a ocupação dos cargos tivesse interferências dos políticos locais (FONSECA, 2010).

A atuação dos profissionais da saúde estava direcionada para convencer e orientar a população acerca da necessidade de adquirirem hábitos de higiene e assim evitar a disseminação de doenças infectocontagiosas. Além disso, através de um discurso moralizante, instruíam as pessoas acerca dos comportamentos cotidianos que

¹ Bacharel em Direito e político mineiro que assumiu o Ministério da Educação e Saúde de 1934 a 1945.

deveriam ser seguidos para que fosse possível a construção de uma sociedade civilizada. Entre as orientações estavam as instruções acerca das formas de lazer, de educar as crianças, de realizar as atividades domésticas e ‘os deveres matrimoniais’, bem como, direcionavam, inclusive, o exercício da sexualidade das pessoas (ABREU JUNIOR; CARVALHO, 2012)

Essas orientações eram, inicialmente, divulgadas através de cartazes e folhetos explicativos elaborados e distribuídos pelo MESP/MES. No entanto, as mensagens não atingiam grande parte dos brasileiros que por serem analfabetos não conseguiam ler as informações. Diante disso, as orientações passaram a ser divulgadas pelas emissoras de rádio e o material impresso ficou mais ilustrado de maneira a se tornar acessível mesmo aos iletrados. Além da divulgação por meio de mensagens impressas ou radiofônicas, as enfermeiras sanitárias percorriam os bairros mais pobres ensinando e direcionando os doentes para os hospitais públicos ou filantrópicos.

Fortemente ancorados nos princípios eugenistas², os ensinamentos sanitários atribuíam à miscigenação racial as causas das doenças, miséria e atraso vivido no Brasil. Assim, tomando no início do século como referência a Alemanha, onde o desenvolvimento era atribuído à pureza da raça, os discursos dos profissionais higienistas, muitas vezes, condicionavam o progresso do Brasil à arianização do país, conforme pode ser confirmado no texto divulgado em 1939, através de panfleto, pela Aliança Eugênica (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 36):

Vemos o papel importantíssimo do elemento imigratório branco, influindo poderosamente na redução dos negros e mestiços da nossa população. Este fator de arianização não concorre somente para o aumento numérico do contingente branco puro, mas cruzando com os mestiços concorre para a limpeza da raça com a diluição do coeficiente do sangue inferior e, portanto, para a queda de muitas doenças que nos assaltam. Os amarelos porventura apresentar, em qualidade e quantidade, contribuição para o que a raça branca produziu? Absolutamente não. Além do mais, os japoneses trazem e disseminam ainda mais males que já conhecemos: tuberculose, tracoma, lepra, moléstias nascidas no Oriente e que só resultam no perigo, na morte e em despesa para nossa pátria.

Esse é o pensamento disseminado fortemente pela elite brasileira até, pelo menos, a Segunda Guerra Mundial, quando o Brasil se alia aos Estados Unidos contra as forças do Eixo, da qual a Alemanha faz parte, juntamente com a Itália e o Japão. A partir de então, os americanos tornaram-se a base de inspiração dos brasileiros e

² Estudo dos agentes determinantes das características físicas e mentais das gerações futuras.

inclusive os sanitaristas passam a propagar os benefícios nutricionais de produtos cuja base de industrialização é nos EUA, como hambúrgueres e iogurtes (BERTOLLI FILHO, 2008).

No entanto, conforme relatado previamente, as relações entre o Brasil e os EUA, através da Repartição Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller, já existiam desde a República Velha. Ainda assim, enquanto as instituições de saúde americanas se dedicavam às doenças crônico-degenerativas, no Brasil as doenças infectocontagiosas, como esquistossomose, doença de Chagas, tuberculose, doenças gastrointestinais, doenças sexualmente transmissíveis e a hanseníase, ainda matavam boa parte da população e por isso demandavam intervenções que vinham do governo brasileiro e do americano que tinha interesse nos recursos naturais do Brasil.

Neste cenário, conforme apontado anteriormente, o Estado, através do discurso higienista, culpabilizava os doentes por suas doenças e os via como um fardo, pois além de não produzirem riquezas, ainda oneravam os cofres públicos com o atendimento médico que, por sua vez, era precário e insuficiente para atender as necessidades da população (BERTOLLI FILHO, 2008).

Este discurso médico-higienista-educacional pode ser compreendido, a partir de Foucault (1996), como um modelo autoritário imposto à população através dos dispositivos de poder ideológicos representados pelas instituições médico-jurídico-educacionais. Assim, caracterizam-se como dispositivos de controle social, semelhantes aqueles existentes no sanitarismo campanhista, mas que aparecem como se atendessem a demanda da população.

Como já descrito, paralelamente à saúde pública voltada para a educação da população acerca dos hábitos de higiene e prevenção das doenças desenvolve-se no Brasil um segundo sistema de saúde de caráter curativo e privativo.

Os atendimentos individuais, inicialmente de cunho religioso, filantrópico ou como resultado da compra dos serviços dos escassos profissionais, passaram, sobretudo a partir da Lei Elói Chaves, a serem ofertados por empresas financiadas por empregados, empregadores, governo e consumidores. Estes últimos, como mostram Ponte; Reis e Fonseca (2010), apesar de contribuírem com a previdência através do pagamento de impostos ao governo que eram repassados aos institutos previdenciários, não eram beneficiados pelo sistema se não fizessem parte do rol de empregados reconhecidos pelo Estado.

Esse tipo de assistência também foi reformulado e ampliado no governo Vargas através da criação, em 1930, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) que foi responsável pelo aparato jurídico e material da assistência médica individual previdenciária. Com o MTIC foram garantidos novos direitos para o trabalhador, através da ampliação das CAPs para várias categorias de trabalhadores urbanos e da fundação de Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que funcionavam de maneira semelhante às CAPS, mas estavam voltadas para os funcionários públicos.

Assim, sob a tutela do Estado esses órgãos eram responsáveis por garantir a aposentadoria e assistência médica à população. No entanto, o sistema de caixas se mostrou impossibilitado de oferecer uma cobertura médica adequada, principalmente quando se tratava de doenças mais graves como, por exemplo, os casos de tuberculose cujo tratamento exigia que o doente passasse longos períodos internado em sanatórios, afastado do trabalho.

Outra fragilidade desse sistema de assistência médica é que ele era exclusivo para aqueles que tinham a carteira assinada e seus familiares, deixando de fora os trabalhadores rurais, os profissionais liberais, e todos os outros que exercessem uma função não reconhecida pelo Estado. Cabendo a estes se submeterem, sob o título de indigente, à caridade em hospitais filantrópicos ou assistência médica em instituições sob a tutela do MESP/MES.

As CAPs e os IAPs marcam o início da assistência médica previdenciária que, além de não onerar o Tesouro da União, pois eram autofinanciáveis, ainda, como dizem Pontes; Reis e Fonseca (2010, p. 120) “agregava forças políticas consideráveis. Lá estavam presentes os interesses dos sindicatos, de partidos políticos, de empresários e de toda uma máquina burocrática constituída para gerir o grande volume de recursos da Previdência”.

Estes recursos eram concedidos de maneira independente a cada categoria, de maneira que os sistemas previdenciários podiam oferecer mais ou menos benefícios dependendo do poder de barganha da categoria. Assim, quando em 1935 há um endurecimento nas leis que inibe as manifestações e greves em prol das melhorias das condições de vida trabalho e saúde e contra as medidas contencionistas que restringem os serviços e benefícios da previdência, cada grupo trabalhista foi estimulado a entrar em contato direto com o MTIC para negociar uma previdência mais completa.

Esse modelo, além de um grande número de leis, normas operacionais e formas de proteção e de financiamento, uma vez que estas eram específicas para cada

CAP ou IAP, gerou forte corporativismo e instalou “uma verdadeira competição entre as diversas categorias profissionais pertencentes aos diferentes institutos, na luta por um sistema previdenciário mais abrangente” (REIS, 2010, p. 127).

Essa estratificação é interessante para o governo principalmente por dois motivos. O primeiro deles é que enfraquece a classe trabalhadora na medida em que separada em categorias tem o seu poder de barganha reduzido. O segundo motivo é que ao implementar as medidas negociadas com as corporações, Vargas concedia direitos como se fossem benesses do governo, inibindo, dessa forma, reivindicações e firmando alianças e adesões necessárias para disseminar como ‘pai dos pobres’ um presidente cujo governo era altamente repressor, autoritário e ditador. Como descreve Reis (2010, p. 131):

O Estado Novo³ se caracteriza politicamente como uma ditadura pessoal, organizada por meio de um Estado centralizado e forte. Ideologicamente afinado com o fascismo – em particular na defesa de um Estado tutor da sociedade, na crítica à democracia parlamentar, à pluralidade partidária e à representação autônoma de interesses –, deste se diferenciava pela inexistência de um partido único de massas mobilizadas e enquadradas como sua base de apoio. Adotou o corporativismo como doutrina oficial do regime, sendo polêmico o alcance efetivo desta doutrina na sua prática política, social e econômica.

Assim, a expansão da rede de saúde pública ocorria sob os princípios de centralização, coordenação e normalização. Estes, além de atenderem a interesses governamentais, estavam alinhados a temas e diretrizes discutidos nos fóruns internacionais de saúde que eram patrocinados pela Organização Pan-Americana de Saúde, na época denominada de Oficina Sanitária Pan-Americana. Esta manteve uma agenda regular de congressos de 1930 a 1945 que debatiam sobre política de saúde, buscando “consolidar-se como fórum de interação entre os diversos países latino-americanos” (FONSECA, 2010, p. 143). Esses encontros difundiam as críticas realizadas nos EUA a respeito da formação dos profissionais da saúde centralizada no modelo biomédico a qual impossibilitava uma compreensão do homem como um ser integral.

Este debate vigente no cenário internacional fomenta a criação de várias disciplinas nos cursos de saúde voltadas para a medicina preventiva e social, como por exemplo, a Epidemiologia. Dessa forma, “Instala-se a preocupação com uma

³Refere-se ao terceiro período da Era Vargas cuja duração foi de novembro de 1937 a outubro de 1945.

perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários” (NUNES, 2012, p. 20).

A interação com órgãos internacionais possibilita que os EUA, em troca de benefícios econômicos, financiem por meio da Fundação Rockefeller e do Instituto para Assuntos Interamericanos a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este órgão atuava, sob a influência do pensamento da medicina preventiva americano, principalmente na educação sanitária, no treinamento e qualificação profissional, e na criação de uma rede integrada de serviços de saúde que atendesse aos trabalhadores expostos à malária da Amazônia e do Vale do Rio Doce, de cujo trabalho dependia a produção da borracha e do minério de ferro, produtos de interesse norte-americano.

Como observa Fonseca (2010), a atuação altamente centralizadora implantada no governo Vargas provoca a ausência de serviços de saúde pública controlados e/ou administrados pelo poder municipal. Além disso, como avalia a mesma autora (FONSECA, 2007), a dualidade institucional, caracterizada pela atribuição da Saúde a dois ministérios paralelamente – MESP/MES e MTIC, não foi suficiente para projetar esse bem público no imaginário político e, portanto, apesar da renovação e ampliação das ações nesse campo, ocorridas na Segunda República, não houve efetiva melhoria nas condições de saúde da população.

No campo político, a entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial contra o nazi-fascismo, em 1942, por um lado possibilitou que Vargas adiasse a consulta popular que validaria a Constituição de 1937⁴. Por outro, fortaleceu os argumentos da oposição, contrários ao governo ditador e autoritário. Essa contradição fragilizou o poder da presidência vigente, resultando no fim da era Vargas em 1945, e no início da República Populista (1946-1964).

Neste período de redemocratização é criado em 1953 o Ministério da Saúde (MS) que além dos resquícios da lógica varguista de intensa burocratização que dificulta a governabilidade, tem que administrar a dificuldade financeira, uma vez que a ele foram destinados poucos recursos. Diante disso, a atuação do MS ocorreu primordialmente por meio de campanhas de combate a doenças que assolavam principalmente as pessoas do interior do país, como doença de Chagas, malária, tracoma e a esquistossomose. No entanto, essas ações se mostraram ineficientes e por isso a

⁴Elaborada por Francisco Campos, então Ministro da Justiça, baseava-se em argumentos fascistas e totalitários para assegurar o poder centralizador de Getúlio Vargas.

necessidade de intervenção da Organização Pan-Americana no combate, sobretudo da malária.

Somava-se à burocracia e à dificuldade econômica, o clientelismo, também herdado da era Vargas, pelo qual os políticos “trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas – muitas vezes em números bem superiores às demandas de uma região – por votos e apoio nas épocas eleitorais” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.41). Essas questões impediam o desenvolvimento de ações eficazes, fazendo com que, mesmo com um aumento na verba destinada ao MS na década de 1960, os índices de mortalidade permanecessem altos.

A Segunda Guerra Mundial também exerceu influência com relação ao atendimento médico individual. Este embate possibilitou o desenvolvimento tecnológico que aumentou a eficiência dos diagnósticos e intervenções curativas, mas também elevou bastante os custos para tal. Dessa forma, reduziu a presença de profissionais liberais dessa área no mercado e estimulou a criação de grupos empresariais que, influenciados pelo modelo de organização americano, onde a criação de extensos centros médicos privados era incentivada, objetivavam construir grandes hospitais (PONTE; REIS e FONSECA, 2010).

Por outro lado, a ampliação dos serviços de assistência médica-hospitalares da previdência conseguida pelos trabalhadores na década de 1940 intensificou a busca dos trabalhadores e seus familiares por essa assistência para além da capacidade da rede de hospitais. Portanto, houve uma redução na qualidade dos serviços que aparecia nas longas filas de espera nos corredores e calçadas dos hospitais por atendimento, na qualidade das consultas médicas e na falta de leitos para internamento dos doentes mais graves. Diante disso, o setor privado pressiona o governo a investir na iniciativa particular em detrimento da construção de hospitais públicos, alegando que a iniciativa pública não pode concorrer com a privada.

Este é o cenário no qual é apresentado o plano de metas desenvolvimentistas do governo de Juscelino Kubitschek (1955-1960), cuja única promessa com relação à saúde é aumentar em 70% os leitos de hospital. Para isso, portanto, são firmadas parcerias entre o governo e os empresários do setor da saúde, as quais consistem na concessão de doações e empréstimos por parte daquele para que estes construam suas redes de clínicas e hospitais e depois vendam seus serviços para a população, para os institutos de previdência e para o próprio governo que, muitas vezes, era composto pelos próprios empresários. Dessa forma é que o governo impulsiona o setor

empresarial de saúde em detrimento da ampliação da rede de saúde pública que fica responsável somente por assistir casos que não eram de interesse da rede particular, como os atendimentos emergenciais e os de alto custo.

A mortalidade infantil e a fome que assolava o Brasil nesta época passaram a ser tema das discussões dos intelectuais brasileiros que, consonantes com os debates internacionais acerca da promoção da saúde, passaram “a situar a saúde e a doença como fenômenos dependentes do grau de nutrição da população. Ao governo caberia, mais do que tratar dos doentes, garantir a alimentação necessária para todos os povos” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 46). Portanto, consideram que o Estado deve assegurar as condições de trabalho e salários para que as pessoas consigam garantir sua própria alimentação e a de sua família. Dessa forma, a medicina passou a ser vista como uma prática social, alinhada às necessidades da população e não mais apenas como um fazer eminentemente técnico de cura das pessoas. Assim sendo, tornou-se um tema relevante nas lutas e reivindicações por melhores condições de vida e contra todo tipo de opressão vivida pela população brasileira.

Esse espírito esteve presente na instituição, em 1961, do Código Nacional de Saúde no qual constava as Normas Gerais sobre a Defesa e Proteção à Saúde, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963, na qual foram gestadas propostas de mudança nas questões sanitárias e o desejo de formulação de um Plano Nacional de Saúde. No entanto, o Golpe Militar de 1964, sob o argumento dos militares de combater o comunismo e a corrupção, e garantir a segurança nacional, acabam com a república populista e impedem a efetivação dessas propostas.

De acordo com o descrito, a organização do sistema de saúde compreendido no período entre a Revolução de 1930 e o Golpe Militar de 1964 pode ser dividida em dois momentos. O primeiro, relativo à atuação do Estado em duas frentes de ação que são apontadas por Ponte; Reis e Fonseca (2010) como vertentes que formam a base do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Estas estão atreladas à criação de dois ministérios: o MESP/MES que atuava na assistência médico-sanitária-educativa principalmente através de campanhas de foco preventivo; e o MTIC, responsável pela assistência médica previdenciária que desempenhava atendimentos de caráter curativo e privativo.

O segundo momento refere-se aos anos de 1946 a 1964, quando, com a promulgação da Constituição de 1946 e a queda de Vargas, inicia-se no Brasil um período democrático marcado por movimentos sociais que exigiam melhoria nas

condições de vida, trabalho e saúde da população. Todas as lutas, entre elas a reivindicação que o sistema previdenciário incorporasse a assistência médica voltada para cuidados com doenças crônico-degenerativas foram reprimidas no regime militar.

A partir de 1964 os militares desenvolvem vários planos de incentivo, sobretudo na agricultura de exportação, visando alavancar o desenvolvimento brasileiro. Estes planos, favorecidos pelo crescimento externo, possibilitam a aceleração da economia do Brasil no início da década de 1970. No entanto, esse avanço econômico não resulta em investimentos na saúde, pelo contrário, no período da ditadura militar houve uma redução das verbas destinadas ao Ministério da Saúde, limitando mais ainda a sua atuação (MELO, 2015). Como observa Ponte (2010, p. 191), no “auge do ‘milagre econômico’, os recursos destinados ao ministério [da Saúde] correspondiam a apenas 1% do orçamento da União, enquanto ao Ministério do Transporte e às forças armadas, por exemplo, eram reservados 12% e 18% respectivamente”.

Assim, tem-se uma redução no orçamento da Saúde em um contexto no qual o investimento no modelo agroexportador aliado ao desenvolvimento das indústrias nos centros urbanos ocasiona o êxodo rural e o aumento do número de pessoas buscando trabalho nas indústrias. Esta situação resulta no crescimento desordenado das cidades, na intensificação da precarização das condições de vida, de trabalho e consequentemente, o aumento dos índices de doenças e mortalidade entre a população mais pobre.

O Ministério da Saúde fica, nesta época, restrito a campanhas de vacinação e ainda assim tendo que recorrer, muitas vezes, a outros ministérios como o de Educação e Agricultura (MELO, 2015). Nesse contexto, é criado, em 1973, o Programa Nacional de Imunização (PNI) que encontra incentivo no Programa Ampliado de Imunização (PAI) desenvolvido pela OMS para estimular os programas nacionais de vacinação.

Dessa forma, na década de 1970, impulsionado também pelos avanços no desenvolvimento e produção de vacinas no mundo, são criados políticas e aparatos públicos que dessem conta de imunizar a população, como a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), entre outros. Diferente do cenário da Revolta da Vacina ocorrida no início do século, “a atmosfera de crescente valorização das campanhas de vacinação, aliada ao estímulo internacional ao emprego cada vez mais amplo dos imunizantes, criou condições favoráveis à implementação de ações de maior vulto” (PONTE, 2010, p. 197).

Entre estas ações está a realização, em 1980, do Dia Nacional da Vacinação que contou com uma grande mobilização nacional em prol da imunização de crianças de 0 a 5 anos contra a poliomielite. Como aponta Nascimento (2010), esse movimento nacional para que todas as crianças fossem vacinadas nos dias nacionais de vacinação tiveram como frutos não só a imunização contra a poliomielite, mas a estruturação da Vigilância Sanitária e do PNI, a organização das equipes de saúde, a melhoria na relação entre os profissionais de saúde e a população, entre outros.

Apesar dos resultados alcançados com essas campanhas, muitos profissionais as criticavam, pois as viam como meio de “encobrir a fragilidade do Sistema de Saúde, que deveria fornecer à população uma assistência integral, com base no princípio da universalidade, e não apenas em programas pontuais” (PONTE, 2010, p. 214).

No que se refere ao sistema de saúde previdenciária há, em 1966, a unificação dos IAPs e dos INPS que ficaram responsáveis pela assistência médica e domiciliar de urgência. “Assim, todo trabalhador com carteira assinada era contribuinte e beneficiário do novo sistema, criando-se a primeira rede pública de saúde, na prática, no país” (MELO, 2015, p. 33). É importante observar que esse sistema continuava exclusivo de quem tem carteira de trabalho assinada, e que o Estado passa a ser o único gestor desses recursos financiados pelo trabalhador.

A 4^a Conferência Nacional de Saúde é realizada em 1967 com o tema: Recursos Humanos para a Saúde. Esta, diferente da 3^a CNS, caracterizou-se como um debate técnico com participação exclusiva de especialistas e autoridades.

No ano de 1972 ocorre a Terceira Reunião de Ministros da Saúde que faziam parte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no Chile. Na ocasião foi aprovado o Segundo Plano Decenal de Saúde para a Região cujo eixo fundamental está ancorado na afirmação da saúde como direito fundamental dos indivíduos e das populações que deve ser garantido pelo Estado. Este é responsabilizado ainda por desenvolver estratégias de cobertura que visem à universalidade do serviço (FINKELMAN, 2002).

No entanto, no Brasil, em meio à ditadura militar, a proposta de universalidade vai se deter a práticas de vacinação da população, como já relatado, e à criação da Unidade de Planejamento, Avaliação, Pesquisa e Programas Especiais (PAPPE). Ligada ao Ministério da Saúde essas unidades tiveram a OPAS e o Centro de Estudos del Desarrollo (CEDES), da Universidade da Venezuela como responsáveis por

elaborar metodologias de planejamento no campo da saúde que foram difundidas em todos os países latino-americanos que tinham as unidades de planejamento.

Dessa forma, o governo passa a apoiar pesquisas no campo da Medicina Social por meio de Programas de Estudos Socioeconômicos em Saúde (PESES), possibilitando que departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina desenvolvessem projetos e programas com base na atuação comunitária em saúde.

Em 1974, a previdência se desliga do Ministério do Trabalho, pois é fundado o Ministério da Assistência e da Previdência Social (MAPS). Este engloba o INPS, que se transforma em Instituto de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e o DataPrev que é a empresa de processamento de dados. Neste mesmo ano é criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) que utiliza recursos da Caixa Econômica Federal para financiar, com condições vantajosas para os empresários, a construção, ampliação e compra de equipamentos de saúde. De maneira que, como descreve Rosa e Labate (2005, p. 1029), neste período, “A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado e os recursos para saúde eram mínimos”. Instalando-se, assim, de acordo com (PONTE, 2010, p. 187) “um verdadeiro processo de drenagem dos recursos públicos que passam a capitalizar as empresas de medicina privada, transformando a saúde em um negócio bastante lucrativo”.

Na segunda metade da década de 1970, com o esvaecimento do milagre econômico do início do regime militar, o financiamento da saúde pela previdência entra em crise. “Apoiado em uma estrutura dependente do nível de empregos e salários e altamente vulnerável às fraudes e aos efeitos da má administração, o sistema previdenciário [...] cedo começa a dar sinais de esgotamento” (PONTE, 2010, p. 190). No entanto, o modelo de atendimento centrado na medicina curativa financiada pela previdência prevalece na década de 1970 e parte da década de 1980.

A partir, sobretudo, da segunda metade dos anos de 1975, a sociedade civil, fortalecida pelo enfraquecimento do regime militar ocasionado pela crise econômica, se organiza nas praças, igrejas, bares e escolas, através de movimentos culturais e artísticos para discutir questões relacionadas às condições de vida da população. Dessa forma, cada vez mais a coletividade vai se fortificando, politizando-se e articulando movimentos de luta em prol da melhoria das condições de vida e de enfrentamento do regime político vigente.

Apesar das repressões sofridas, como prisões, torturas, assassinato de vários líderes dessas organizações, ocorreu o fortalecimento das associações comunitárias e,

conforme descreve Reis (2010, p. 226), “Evidenciava-se, assim, um forte sentido de associativismo e de mobilização sindical e popular, bem como a presença de uma crescente opinião pública contrária ao regime militar”.

Nesse processo de mobilização popular, reivindica-se, além de melhores condições de vida e o fim da ditadura militar, também a redemocratização e a unificação da saúde, uma vez que nem o sistema de saúde pública e nem o previdenciário conseguiam responder as demandas da população. Assim é que, em 1975, na 5^a Conferência Nacional de Saúde o tema principal foi a implementação de um Sistema Nacional que havia sido instituído pela Lei 6.269 do mesmo ano.

Esta luta é impulsionada pela criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) de maneira que na 6^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1977, embora os temas fossem voltados para análises das estratégias dos programas governamentais, o foco do encontro foi direcionado para o debate cerca da necessidade de uma Política Nacional de Saúde.

Articulado também ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira surge o campo da Saúde Coletiva com a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Com a proposta de construir uma teoria e uma prática inovadora de saúde, esta defendia também um sistema sanitário brasileiro que priorizasse os cuidados básicos à saúde e que visasse à universalização do atendimento, descentralização e à participação comunitária. Assim, a Saúde Coletiva assume dois “núcleos principais de preocupação: o processo saúde-doença em escala coletiva e a organização social e política dos cuidados com saúde”(AYRES, 2011, p. 28). Dessa maneira, assume o compromisso ético-político com a perspectiva médico-social e, como aponta Ayres (2011), com a emancipação das pessoas. Logo, argumentava em prol de uma saúde mais próxima daquela apresentada nas diretrizes da Conferência de Alma-Ata (OMS, 1978).

Destarte, a intensificação dos movimentos populares de crítica ao modelo de saúde vigente somado às produções científicas de intelectuais, professores pesquisadores e artistas denunciavam as condições de vida e de saúde da população e propunham alternativas para construir uma política de saúde democrática.

Nesse contexto, a 7^a Conferência Nacional de Saúde realizada em 1985, teve como tema a expansão da saúde através dos serviços básicos. Na ocasião foi encaminhado para a Câmara dos Deputados um Programa Nacional de Serviços Básicos

de Saúde (Prev-Saúde) no qual era proposta a criação de uma rede de atenção básica à saúde com cobertura universal.

Assim é que, diante da incapacidade crescente do Estado brasileiro de garantir o direito à saúde via Previdência e em meio às lutas, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que desenvolve como estratégias as Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas são implantadas nos espaços institucionais de saúde através de convênios entre o INAMPS e os municípios e estados com o acordo de que o sistema previdenciário construiria uma rede de atendimento, e em troca, as outras instâncias garantiriam o atendimento de toda a população, independentemente da situação trabalhista. Dessa forma, há a associação entre o sistema previdenciário e o público com o objetivo de ampliar o atendimento à população, reduzir gastos e combater as fraudes no sistema previdenciário.

As AIS marcam o desenvolvimento de uma rede de cuidados básicos de saúde descentralizada, democrática e unificada, uma vez que

[...] primavam pela universalidade no atendimento, pela integralidade e equidade da atenção, pela regionalização e hierarquização dos serviços, pela descentralização das ações e do poder decisório, bem como pela democratização, através da participação da sociedade civil e do controle pelo usuário (MELO, 2015, p. 38).

Dessa maneira, de acordo com Falleiros e Lima (2010), a saúde é redirecionada no sentido de privilegiar o setor público.

Essa situação política, econômica e social do país, bem como o apoio de órgãos americanos no financiamento de ações voltadas para a medicina preventiva possibilitam as condições necessárias para o surgimento e consolidação da Saúde Coletiva como campo inovador de conhecimento e práticas desenvolvidos no Brasil. Este se caracteriza como um espaço teórico-prático multiprofissional e interdisciplinar que se dedica à saúde no âmbito dos grupos e classes sociais, cujas ações se voltam “para a análise de situações de saúde que incorpora o conhecimento produzido sobre os determinantes sociais e biológicos da saúde-doença, a formulação de políticas e a gestão de processos voltados para o controle desses problemas no nível populacional” (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM e SCHRAIBER, 2014, p. 10).

Assumindo essa perspectiva e articulada com os movimentos sociais, a Saúde Coletiva exerce grande influência, na década de 1980, no fim do regime militar e na Reforma Sanitária em prol de um sistema único de saúde, como descrevem Vieira-

da-Silva, Paim e Schraiber (2014, p. 9): “A maioria dos fundadores da Saúde Coletiva teve participação atuante nas lutas pela democratização do país e contribuiu para a construção de um movimento com ampla participação de diversos grupos sociais – a Reforma Sanitária Brasileira”.

Neste sentido que também Bosi e Paim (2010), em um artigo no qual argumentam a respeito da importância de se ter formação em nível de graduação em Saúde Coletiva, descrevem as bases que formam e fundamentam esse campo teórico-prático:

Lutas, contradições, produção de conhecimentos, sonhos, subjetividades, engenho, trabalho e arte compõem a construção da Saúde Coletiva na América Latina. Ela aposta na formação de novos sujeitos e numa práxis contra-hegemônica que produz conhecimentos, critica movimentos ideológicos, elabora concepções, forja “ligas” para mudanças e realiza práticas que tomam a saúde, qualidade de vida, direitos humanos, liberdade, emancipação e felicidade como referentes centrais. A conjunção desses elementos na construção da RSB [Reforma Sanitária Brasileira] ilustra a especificidade e as potencialidades desse campo científico e âmbito de práticas, capaz de contribuir na consolidação de um SUS, universal, público, equânime, ético, culturalmente sensível e solidário (BOSI; PAIM, 2010, p. 2037).

Assim, investidos do sentimento de luta e esperança, esses movimentos elaboram o documento com título ‘Pelo direito universal à saúde’, no qual defendem uma saúde como direito de todos e dever do Estado. Embora tenham enfrentado grande resistência por parte dos empresários da saúde que tinham interesse na falência do sistema público, esses ideais apresentados nas discussões internacionais acerca da Promoção da Saúde e incorporados pelos movimentos sociais marcam a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986. Dessa forma, embora a Política Nacional de Promoção da Saúde só tenha sido desenvolvida nos anos 2000, o sistema de saúde descrito na Constituição promulgada em 1988 já traz ideais apresentados nas discussões internacionais da Política de Promoção da Saúde.

A carta magna, consonante com o desejo popular e com as demandas internacionais acerca da Política de Promoção da Saúde, apresenta a saúde no capítulo VIII da Ordem Social da seguinte maneira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

3.3 SUS e a Atenção Básica no Brasil

Apesar de instituído na Constituição de 1988, o SUS somente foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990) que traz em suas disposições gerais, artigo 3º, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, como determinantes e condicionantes da saúde. A lei defende ainda que ao SUS cabe ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde tendo como base estruturante, ou seja, como princípios, a universalidade, integralidade e a equidade.

Segundo o princípio da universalidade, a saúde não é um serviço a ser prestado, mas um direito a ser garantido pelo Estado a todas as pessoas, independente de sua condição funcional. Este tem como base o conceito ampliado de saúde, no qual se deve possibilitar as condições de vida necessárias para reduzir riscos e danos à saúde, ou seja, as condições dignas de alimentação, educação, habitação, meio ambiente, entre outros.

O princípio da integralidade chama a atenção para o ser humano como unidade de múltiplas dimensões e por isso deve ser considerado em sua totalidade. Assim, a integralidade refere-se à compreensão e atendimento dos sujeitos como seres integrais e não parciais como sugeria a crescente especialização dos profissionais da saúde. As demandas devem, portanto, serem consideradas, não apenas do ponto de vista biológico, mas também a partir das condições psíquicas e do contexto social no qual os sujeitos estão inseridos.

De acordo com Pinheiro (2009), este princípio pode ser compreendido a partir de três conjuntos de sentidos. O primeiro refere-se à maneira como se entende o sujeito. Este aponta para a importância da contextualização do sofrimento a partir das condições sociais e psíquicas do indivíduo e não reduzi-lo a aspectos biológicos. Assim, chama atenção também para a necessidade de ações preventivas e não somente intervenções curativas.

O segundo eixo diz respeito ao modo de organização dos serviços de saúde. Este aponta para a horizontalização dos programas de saúde de maneira a superar a verticalização e fragmentação dos serviços nas unidades de saúde, para a articulação entre a demanda programada e espontânea, bem como, para o desenvolvimento de ações comunitárias de promoção de saúde. E o último conjunto de sentidos diz respeito às

respostas governamentais a problemas de saúde. Refere-se, portanto, à concepção da integralidade da perspectiva legal e institucional, como a articulação de políticas direcionadas para garantir um atendimento que integre ações e serviços de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde.

A equidade se refere à dimensão da justiça social. Segundo este princípio, em uma realidade marcada pela desigualdade social, é preciso identificar as necessidades individuais e coletivas para direcionar adequadamente os recursos no sentido de assegurar prioridade aqueles que mais precisam (SOUZA e HORTA, 2012).

Para tanto são demarcadas estratégias e ações necessárias para se alcançar os objetivos pretendidos. Estas são descritas segundo as seguintes diretrizes: descentralização, participação social, hierarquização e regionalização. A descentralização orienta para a redistribuição das responsabilidades acerca da administração da saúde entre as três esferas do governo: federal, estadual e municipal. Esta diretriz aponta, sobretudo, para a autonomia dos municípios para decidir, implantar e desenvolver ações e serviços de saúde que atendam às demandas locais.

A participação social destaca o direito e o dever do cidadão de participar da gestão do SUS. Dessa forma, garante-se espaço para que os trabalhadores da saúde e a população beneficiária façam parte das decisões acerca da política de saúde. Fruto das manifestações populares cujo ápice ocorreu na década de 1980, a inclusão da participação da comunidade enquanto princípio organizativo do SUS é o reconhecimento de que o cidadão, historicamente excluído dos atos decisórios do país, é o ator principal no cenário das ações de saúde. Assim sendo, deve assumir papel de protagonista na formulação de políticas públicas, bem como, na fiscalização e controle das ações do Estado no campo da saúde.

Esta participação deve ocorrer através das conferências e por meio dos conselhos de saúde que se organizam na instância municipal, estadual e federal. No entanto, como observa Stotz (2009), nem as conferências e nem os conselhos de saúde conseguiram se constituir como instâncias populares de atuação na elaboração e implantação das políticas de saúde. Cabendo essa função, muitas vezes, aos secretários municipais e estaduais de saúde.

A hierarquização rege que os serviços de saúde devem ser estruturados por nível de complexidade. Estes se articularão de maneira a formar uma rede de atenção que contemple as diferentes necessidades da população. Nesta, a atenção primária é o primeiro nível e, portanto, se configura como a porta de entrada dos sujeitos no sistema

de saúde. A partir daí o cidadão pode ser encaminhado para serviços que oferecem maior aporte tecnológico através de mecanismos de referenciamento.

A última diretriz citada, a regionalização, diz respeito à distribuição racionalizada e equânime dos recursos disponíveis de maneira a atender as necessidades da população em seu território e não centralizar os serviços em um único local. Para tanto, os serviços de saúde devem ser dispostos em uma ordem que facilite o acesso da população de maneira eficiente e de baixo custo.

Em busca de operacionalizar a proposta do SUS, sobretudo no que se refere aos seus princípios, é desenvolvido, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que tinha como foco diminuir a mortalidade infantil e materna nas áreas mais pobres do país. Este é o primeiro passo para posteriormente serem pensadas ações que tivessem como objeto de intervenção, no âmbito da Atenção Básica, não apenas o indivíduo, mas a família. Assim, em 1993 surge como uma ampliação do PACS, o Programa Saúde da Família (PSF), que de acordo com Rosa e Labate (2005, p. 1028):

[...] se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Dessa forma, o PSF se apresenta como uma alternativa ao modelo assistencialista, curativo e hospitalcêntrico, cujas ações de saúde são centradas no médico e propõe uma atuação integral da assistência, na qual a família é assistida na própria comunidade e considerada a partir da sua realidade social, econômica e cultural. Com ações voltadas para a promoção e proteção da saúde, o PSF tem como norte as discussões acerca da Política de Promoção da Saúde e dos Determinantes Sociais de Saúde que se ampliam a partir da década de 1990 no âmbito internacional.

Considerando a expansão do PSF, em 2006, através da Portaria n. 648, esta é reconhecida não mais como um programa, uma vez que esta terminologia remete à uma ação com temporalidade definida, mas como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica, passando a ser chamada, portanto, de ESF (Estratégia Saúde da Família).

Conforme definição do próprio Ministério da Saúde (2012), através do Portal da Saúde:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

A equipe mínima da ESF é formada por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A essa formação, pode ser acrescentada a equipe de Saúde Bucal, formada por cirurgião-dentista e auxiliar técnico de Saúde Bucal.

Os profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) têm como funções comuns: efetuar a territorialização e mapeamento das famílias, identificando as vulnerabilidades; realizar cuidados da saúde condizentes com as demandas da população seja na unidade de saúde ou ainda em espaços comunitários ou domiciliares, se assim for necessário; atuar na busca ativa das pessoas; desenvolver trabalhos interdisciplinares e em equipe voltados para ações de educação e saúde; promover a mobilização e participação da comunidade. Além disso, entre outras atribuições, a eSF deve “Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos” (PNAB, 2012, p. 44).

3.4 Humaniza SUS

Com vistas a aperfeiçoar o SUS no sentido de melhor promover saúde à população nos moldes orientados na PNPS foi lançado em 2003 a Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS. Esta é uma política transversal do sistema de saúde que busca desenvolver, articulando ações das instâncias federal, estaduais e municipais, planos de ação que promovam modos de fazer saúde mais humanizada. Entendendo humanização como a valorização de todos os sujeitos envolvidos na promoção de saúde, ou seja, usuários, trabalhadores e gestores. Tomando a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão como valores norteadores dessa política (BRASIL, 2004).

Entre as diretrizes gerais de implementação do Humaniza SUS estão, além da gestão participativa, a promoção de uma ambiência acolhedora e confortável. Esta se refere tanto aos aspectos físicos quanto àqueles relacionados aos aspectos social, profissional e interpessoal do ambiente de saúde que devem ser direcionados para o acolhimento, a resolutividade e a humanização dos serviços. Assim, a ambiência é marcada pelas tecnologias médicas presentes nos espaços de saúde, pelos componentes estéticos ou sensíveis, como os estímulos visuais, auditivos, olfativos e sensitivos. Outro aspecto bastante relevante na ambiência é o afetivo. Este ultrapassa o nível físico e tecnológico e se expressa “na forma do acolhimento, da atenção dispensada ao usuário, da interação entre os trabalhadores e gestores” (BRASIL, 2004, p. 37).

A ambiência tem como eixos principais a confortabilidade, a compreensão dos espaços como lugares de encontro, e do espaço como ferramenta de trabalho. A confortabilidade faz referência aos aspectos físicos como forma, cores, luminosidade, cheiro, decoração que quebram a hostilidade e frieza que marcaram por muito tempo os lugares dos serviços de saúde, deixando esses ambientes mais harmônicos, acolhedores e promotores de bem-estar.

Compreender os ambientes como espaços de encontro significa que a ambiência dos serviços de saúde deve considerá-los enquanto lugares de relações interpessoais de troca e construção de vivências. Assim sendo, compõem a constituição das identidades e subjetividades das pessoas que fazem parte desse contexto. Conforme descrito na cartilha sobre ambiência do Humaniza SUS, “Quando se concebe uma nova ambiência, provoca-se um processo de reflexão das práticas e dos modos de operar naquele espaço, contribuindo para a construção de novas situações” (BRASIL, 2010, p. 13). Dessa forma, “Os sujeitos envolvidos nessa reflexão podem transformar seus paradigmas e a ambiência passa a ser um dos dispositivos no processo de mudança” (BRASIL, 2010, p. 13).

O eixo que aponta para a ambiência como ferramenta de trabalho se refere a construção de espaços que não só garantam a biossegurança dos trabalhadores, mas que também sejam facilitadores dos processos de trabalho e possibilitadores de um espaço acolhedor e menos estressante. Esses eixos quando direcionados para Atenção Básica, apontam para a construção ou estruturação das Unidades Básicas de Saúde da Família de maneira as deixarem integradas à comunidade e com espaços de encontro entre os trabalhadores e entre estes e a população.

O conceito de ambiência deve ser considerado para além da estruturação das unidades de saúde, mas como estando presente também nas ações desenvolvidas da Atenção Básica à Saúde. Tomando como base uma experiência de implementação de um programa de caminhada desenvolvido em unidades de saúde em Santo André, SP, Warschauer & D'Urso (2009) apontam que a ambiência está relacionada ao reconhecimento e valorização dos espaços públicos, como praças, ruas e parques. Para os autores, o incentivo à convivência e caminhadas nestes locais possibilita a construção de relacionamentos interpessoais, a comunicação, a corresponsabilidade e o cuidado com o outro, por exemplo, ao atravessar a rua e com os espaços. Assim, essas novas maneiras das pessoas se relacionarem nos espaços públicos possibilitam a construção de subjetividades voltadas para o cuidado à saúde de si e do outro e empenhadas com a mudança na realidade local.

3.5 Política Nacional de Promoção da Saúde

Embora articulado ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira juntamente com o campo da Saúde Coletiva possibilitando o desenvolvimento do SUS, a Política de Promoção da Saúde só aparece como agenda no Ministério da Saúde em 1998. E apenas nos anos 2000 surge enquanto política nacional reproduzindo as diferentes perspectivas acerca do entendimento da promoção da saúde já apresentadas nas discussões internacionais.

O primeiro documento acerca da Política Nacional de Promoção da Saúde é publicado em versão preliminar, em 2002. Neste, segundo Ferreira Neto et al (2013), são apresentadas ações que comungam com a perspectiva adotada no Relatório Lalonde, cujo foco se centraliza na mudança do estilo de vida das pessoas, e é marcado pela lógica neoliberal dos governantes da época.

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde lançada em 2006 apresenta um olhar mais voltado para a perspectiva da carta de Ottawa (1986), na qual são apresentados os determinantes sociais da saúde. No entanto, de acordo com Ferreira Neto et al (2013) muitas falhas que haviam sido apontadas na versão preliminar da PNPS (BRASIL, 2002) pelo próprio governo atual, são repetidas no documento final da PNPS (BRASIL, 2006). Uma delas foi que, embora, o foco no estilo de vida tenha sido muito criticado no primeiro documento, ele está presente também no segundo.

Os autores da política apresentam como justificativas para essas lacunas, o fato das ações e estratégias da PNPS serem direcionadas pelos financiamentos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS).

Envoltos na perspectiva socioambiental da saúde, é criada, também em 2006, como ação de fomentar as ações da PNPS priorizando os determinantes sociais, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta apresenta como objetivos apoiar, promover e articular ações governamentais e civis que visem à ampliação acerca da compreensão, da divulgação e das ações voltadas para os determinantes sociais da saúde.

Dessa forma, o Brasil integra-se ao contexto mundial na busca por estudos que possibilitem o avanço na compreensão de como as condições sociais de um país, associadas a diversos aspectos, como o acesso à rede de proteção social e os aspectos comportamentais e individuais dos sujeitos, são determinantes no processo de saúde.

Para visualização dos diferentes aspectos que influenciam a saúde, a CNDSS utiliza como referência o modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991) que dispõe os determinantes sociais em diferentes camadas, conforme a Figura 1.

No modelo apresentado por Dahlgren e Whitehead (1991), o estilo de vida está situado no limiar entre os aspectos individuais, como idade, sexo e dados hereditários e os determinantes sociais como possibilidade de acesso a informações, à alimentação e ambientes saudáveis.

Assim, comprehende-se estilo de vida como sendo comportamentos que interferem diretamente no processo de saúde. Estes têm influência do contexto social, econômico, cultural e ambiental no qual se está inserido e dos conhecimentos adquiridos acerca da saúde em determinado momento.

Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: http://www.determinantes.fiocruz.br/chamada_home.htm

Paz et al (2011. p 469) definem estilo de vida como “padrões adotados pelos indivíduos que fazem parte de suas atividades diárias e influenciam positivamente ou negativamente a saúde dos mesmos”.

Já Montagner (2006) apresenta-o a partir da perspectiva do *habitus*, desenvolvido pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu (1930-2002).

O *habitus* é apontado pelo autor como um mediador teórico entre o indivíduo e a sociedade, uma vez que perpassa o espaço social percorrendo do individual ao coletivo. Este deve ser considerado a partir de três lógicas distintas: retenção, mediação e classificatória. A primeira refere-se a ações e memorizações corporais, e, portanto, está relacionada à motricidade ou ainda a in/corporação de valores sociais. Trata-se da lógica da retenção de formas corporais e posturas que possibilitam o reconhecimento visual de indivíduos ou grupos, neste sentido, o corpo aparece como um mediador palpável entre o simbólico e o social.

A lógica da mediação fala sobre o processo de individualização em uma esfera mental. Nesse sentido, o conceito de *habitus* se aproxima do de Representações Sociais de Moscovici (1924-2014), por ser uma análise do sujeito da realidade social no seu processo de individuação. Esta lógica fala da passagem entre o individual e o coletivo, do subjetivo ao objetivo que ocorre através da mediação por instância de ordem mental. “No indivíduo, a sua percepção do mundo passa, sobretudo por uma captação fenomenológica, particular, que individualiza o vivido cotidianamente” (MONTAGNER, 2006, p. 520). Por último o autor apresenta a lógica classificatória.

Esta fala sobre o caráter ativo do sujeito, de projeção e julgamento de valor que lhe imprime especificidades em relação aos outros sujeitos.

Assim, o *habitus* se expressa através das diferenças contínuas entre os indivíduos que se constitui na capacidade de produzir práticas e obras classificáveis e ao mesmo tempo na capacidade de diferenciá-las e apreciá-las que se expressa no estilo de vida. Este, por sua vez, caracteriza-se, portanto, como a síntese dialética entre as escolhas subjetivas e as possibilidades objetivas. Dessa forma, Montangner (2006) aponta a teoria de Pierre Bourdieu como um caminho para a superação da visão biologicista da saúde, ressaltando a superação da dicotomia objetividade e subjetividade e indicando uma perspectiva dialética para se pensar o estilo de vida.

O Ministério da Saúde, por sua vez, conceitua o estilo de vida da seguinte maneira: “Forma como as pessoas ou grupos vivenciam a realidade e fazem escolhas, que são determinadas por fatores sociais, econômicos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o estilo de vida se refere a aspectos nos quais o sujeito tem poder de escolha, mas isso não significa que o ambiente social não tenha um papel importante nesse comportamento. Como dito anteriormente, as ações se dão a partir da inter-relação dos sujeitos com a realidade histórica, cultural e social que partilham. Essa contextualização histórico-cultural pode ser observada, por exemplo, quando na Segunda Guerra Mundial o Brasil se alia aos EUA e em decorrência disso os benefícios nutricionais de alimentos industrializados em contextos americanos, como hambúrgueres e iogurtes começam a ser divulgados em solo brasileiro. Estes produtos passam, dessa forma, a ser propagados na cultura brasileira de maneira a integrar os hábitos alimentares dessa população.

Este exemplo mostra ainda a influência das ideologias dominantes acerca de um estilo de vida considerado saudável, pois ao mudar a base de referência alemã para a americana, muda-se também a compreensão sobre quais alimentos e comportamentos são saudáveis ou não. Assim, observa-se que não é possível falar em um estilo de vida saudável sem considerar como pano de fundo um contexto social que disponibilize as condições materiais, sociais e culturais possibilitadoras desse comportamento.

No entanto, conforme dito anteriormente, no decorrer da construção da política de promoção da saúde é possível identificar duas perspectivas acerca da promoção da saúde. Uma identificada como abordagem comportamental, entende a saúde como o resultado do estilo de vida das pessoas. Neste caso, a doença é vista como

resultado de comportamentos inadequados frutos da escolha solipsista ou da falta de conhecimento dos sujeitos acerca dos comportamentos necessários para se ter uma vida saudável. A outra é a abordagem socioambiental, pela qual a saúde é entendida como resultado dos determinantes sociais da saúde, como condições de habitação, trabalho, lazer, educação, alimentação, entre outros. Neste caso a vida saudável é pensada a partir do combate as iniquidades a saúde (CARVALHO, 2004).

Essa discussão acerca da maneira como as pessoas vivem ser da ordem da escolha individual ou possibilitada dentro de um contexto específico é pontuada na PNPS (BRASIL, 2006, p 10)da seguinte maneira:

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/ arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária. Ao contrário, os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida.

Neste contexto, observa-se que a alteração da perspectiva comportamental para a socioambiental, na qual a saúde passa a ser entendida como um processo possibilitado por aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais, é acompanhada pela progressiva substituição do termo estilo de vida por modos de viver nos textos da PNPS.

Apesar de nenhuma discussão a respeito ter sido encontrada, é possível, através de uma busca lexical nos documentos da PNPS, verificar seis aparecimentos do termo *estilo de vida* no documento preliminar da PNPS, de 2002 e nenhum do termo *modos de viver*. Já na PNPS de 2006 identifica-se a existência dos dois termos, com três ocorrências cada um. E na PNPS de 2015 a expressão *modos de viver* ou *modos de vida* aparece seis vezes ao passo que *estilo de vida* não consta em nenhum momento.

A partir dessa constatação e da discussão acerca das políticas no que se refere à concepção da saúde como fruto do exercício da vontade dos sujeitos, abordagem comportamental, ou como resultado dos determinantes sociais, abordagem socioambiental, infere-se que a alteração dos termos esteja relacionada à busca de mudar o eixo de ação do estilo de vida como escolha dos sujeitos, para a construção de

ambientes que favoreçam um modo de viver saudável e políticas que promovam essa vivência.

Assim, embora essa inferência careça de análises melhor fundamentadas, considera-se que a progressiva alteração dos termos ora em evidência esteja relacionada à tentativa de retirar a culpabilização dos sujeitos acerca do seu processo de saúde e centralizar ações e estratégias voltadas para as esferas governamentais e não governamentais, considerando os Determinantes Sociais da Saúde.

No entanto, como já dito anteriormente, não foram encontradas maiores discussões acerca da utilização dos referidos termos e, a maioria das pesquisas, sejam elas com viés mais comportamental ou socioambiental, traz ainda o termo *estilo de vida* e, portanto, é difícil localizar estudos em torno do termo *modos de viver* na PNPS. Diante disso, neste trabalho, serão utilizadas ambas as expressões, uma vez que, embora *modos de viver* seja a expressão utilizada na PNPS mais recente, grande parte dos dados apresentados, devido à disponibilidade de material, foi retomada a partir de buscas utilizando o termo *estilo de vida*.

3.6 Considerações acerca do modo de vida saudável

Os estudos encontrados tomam a realização de atividade física/sedentarismo, o comportamento alimentar, consumo de álcool e cigarros e estresse como aspectos relevantes para se analisar o modo de viver como saudável ou não. Muitos desconsideram as condições de vida, o contexto sociocultural, econômico no qual os indivíduos estão inseridos, bem como, a possibilidade de acesso à informação, à alimentação saudável, a espaços adequados de lazer e habitação, condições de trabalho que favoreçam uma qualidade de vida para o trabalhador e sua família. E analisam a mudança de comportamentos ou não a partir da perspectiva da adesão ou não adesão às prescrições dos profissionais da saúde.

No que se refere à relação entre modos de viver e adoecimento Paz et al (2011), ao buscarem descrever o estilo de vida de pessoas hipertensas atendidos pela ESF, constatam que o controle da pressão arterial está associado a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa. Esta última se refere à redução de peso, dieta balanceada, atividade física, diminuição da ingestão de sódio e álcool e medidas associadas como abandono do tabagismo. Esta perspectiva é corroborada por Chaves et

al (2015) quando apontam, a partir de um estudo realizado com pacientes ambulatoriais, que a mudança no estilo de vida diminui o risco de doenças cardiovasculares.

Figueiredo e Asakura (2010) igualmente objetivaram caracterizar o perfil dos pacientes hipertensos atendidos por uma equipe de saúde e conhecer as dificuldades para adesão ao tratamento proposto pela equipe. Para tanto realizaram entrevistas com 54 pacientes atendidos em um centro de saúde em São Paulo. A partir destas, observaram que há eficácia da mudança do estilo de vida no controle da pressão arterial. Dessa forma, com esses estudos confirma-se a eficácia do controle de doenças cardiovasculares, no entanto revela-se, com as pesquisas acima descritas, que a problemática consiste é na não adesão das pessoas aos programas de mudança nos modos de vida.

Na mesma perspectiva também Stopa, et al (2014); Costa, et al (2011); Goes, et al (2015); Nobre et al (2006), entre outros, amparados na concepção de estilo de vida como “padrões adotados pelos indivíduos que fazem parte de suas atividades diárias e influenciam positivamente ou negativamente a saúde dos mesmos” (PAZ et al, 2011, p. 469), apresentam como problema o fato dos cidadãos-usuários da Atenção Básica não aderirem às orientações acerca de um estilo de vida saudável. E atribuem a não adesão a características como idade avançada, baixa escolaridade e nível socioeconômico das pessoas.

Assim, esses estudos desconsideram, portanto, o que Barata (2009) chama de desigualdade social em saúde. Esta se refere às diferenças sociais injustas que “sistematicamente colocam alguns grupos em desvantagem com relação à oportunidade de ser e se manter saudável” (BARATA, 2009, p. 12).

Além disso, ao apontar como problema a não adesão dos cidadãos-usuários, estas pesquisas revelam uma visão fundamentada no modelo biomédico de saúde, na qual as pessoas devem ser passivas diante do saber médico hegemônico. Uma vez que o conceito de adesão está fortemente voltado para a relação de concordância entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. Como pode ser vista na definição apresentada por Gusmão e Mion Junior (2006, p. 23), a adesão é caracterizada como o “grau em que o comportamento de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional da saúde”.

Dessa forma, demandar adesão por parte dos cidadãos-usuários significa querer que estes tenham uma postura passiva, apenas de obediência às exigências

prescritas pelo profissional. Esta perspectiva contradiz as propostas da Política de Promoção da Saúde que aponta a necessidade da população se tornar cada vez mais participante e, portanto, implicada com o processo de saúde.

No que se refere à prática de atividade física, seus benefícios são amplamente divulgados nos meios de comunicação de massa, no entanto é necessário considerar estudos que revelam que jovens com melhores índices de escolaridade e poder aquisitivo, bem como, pessoas residentes em bairros com melhores condições sociais e acesso a áreas públicas de lazer tendem a praticar mais atividades físicas (BOCLIN; FAERSTEIN; LEON, 2014; FREITAS, 2010). Haja vista que aqueles com menores condições socioeconômicas têm menos acesso a espaços públicos de lazer e piores condições para se deslocarem para os grandes centros urbanos que tenham esses ambientes.

Outro aspecto relevante a se considerar ao tratar dos modos de viver, como já apontado anteriormente, são as condições de trabalho. Santos e Marques (2013) ao investigar as condições de saúde, o estilo de vida e as características do trabalho de professores de Bagé, RS, constatam que quanto maior o tempo de serviço, pior é o índice de percepção geral da saúde desses profissionais, o que sugere que as condições de trabalho são geradoras da percepção negativa da saúde. Diante disso, indicam “que dirigentes e instituições, no âmbito da educação, estimulem seus profissionais na adoção de hábitos positivos de estilo de vida” (SANTOS; MARQUES, 2013, p. 845).

Vedovato e Monteiro (2008) também com o propósito de caracterizar o perfil sociodemográfico, o estilo de vida, as condições de saúde e de trabalho de professores da rede estadual de ensino, realizam um estudo com 468 professores estaduais de duas cidades do interior de São Paulo, Campinas e São José do Rio Pardo, no período de agosto a dezembro de 2005. Igualmente concluem que os professores estão expostos a riscos, no entanto, estes se dão pelas próprias condições que essa atividade impõe, como a exposição ao estresse, baixa remuneração e jornadas exaustivas de trabalho. Diante disso, diferente do estudo anterior, os autores consideram que se trata de um problema de saúde coletiva, portanto, chamam atenção para a importância dos governantes em elaborar e adotar medidas relacionadas à promoção e prevenção de saúde dos professores.

Além de professores, também a atividade de motorista propicia um modo de viver pouco saudável, pois proporciona hábitos de sedentarismo, inadequados hábitos alimentares, sobrepeso e uso de tabaco e outras drogas, conforme apresenta Masson e

Monteiro (2010). Diante disso, as autoras apontam a necessidade de se discutir políticas de prevenção de doenças e promoção de saúde específica para os motoristas. Conforme trabalho anterior, aqui também se direciona os resultados para sugerir políticas de prevenção e promoção direcionadas para o setor governamental e não na esfera individual.

Pesquisa realizada com policiais de Recife, cujo propósito foi analisar as relações entre estilo de vida e aspectos sociodemográficos e ocupacionais de policiais militares, revelou que os PMs em sua maioria têm um modo de vida considerado como não saudável. Diante disso, os autores indicam a adoção de medidas de promoção e prevenção com o intuito de reduzir as vulnerabilidades dessa profissão e melhorar a qualidade de vida desses profissionais. E embora a pesquisa tenha mostrado que os policiais têm uma longa jornada de trabalho, sobretudo de trabalho extra para complementar a renda, sugerem ainda que sejam criadas estratégias de incentivos de prática de atividades físicas e medidas educativas para orientação de uso de álcool e fumo (FERREIRA, BONFIM e AUGUSTO, 2011).

Os estudos citados ao tratarem das condições de saúde e trabalho apontam para uma inter-relação entre as condições sociais, ambientais e o estilo de vida das pessoas no que concerne à nutrição, prática de atividade física e estresse.

É importante salientar que apesar de muitos autores citados anteriormente, como Ferreira et al (2011), Santos e Marques (2013), Boclin, et al, (2014); Freitas, et al (2010) aludirem a questões socioambientais como aspectos que influenciam o estilo de vida, acabam indicando em suas discussões que é necessário o investimento em educação e saúde para que os sujeitos adotem hábitos mais saudáveis. Dessa forma, acabam culpabilizando os indivíduos com relação ao processo de saúde, pois ao focarem como proposta de intervenção a educação em saúde, consideram que o estilo de vida é fruto do desconhecimento e da escolha solipsista dos sujeitos. E desconsideram que devam ser tomadas medidas governamentais voltadas para a melhoria das condições sociais e ambientais dos locais onde se vive.

Faz-se necessário atentar para análises que revelam que ter conhecimento sobre qual deve ser o modo de vida saudável não é suficiente para ser saudável. Chaves, et al (2015), em um trabalho que teve como objetivo avaliar os efeitos de um programa educativo sobre a mudança de estilo de vida para prevenção cardiovascular, iniciaram um programa de educação em saúde com 15.000 pessoas e ao término de sua pesquisa contavam com apenas 460 sujeitos. Com esse estudo, os autores mostraram que a

mudança no modo de vida diminui o risco de doenças cardiovasculares e concluem que a ação educativa tem resultados significativos, mas a grande problemática é a adesão das pessoas ao programa de mudança de comportamento.

Da mesma forma, Paz, et al (2011) em um estudo cujo objetivo era descrever o estilo de vida de pessoas hipertensas atendidos por uma equipe de saúde, em Piraí, RJ, concluem considerando que os sujeitos conhecem quais medidas com relação ao modo de vida devem ser tomadas para que se mantenha o controle da pressão arterial, mas a adesão a essa mudança não é satisfatória.

Figueiredo e Asakura (2010) também se deparam com a mesma problemática em um estudo realizado por uma equipe de saúde em São Paulo. Os pesquisadores apresentam a eficácia da mudança do estilo de vida no controle da pressão arterial, mas apontam a não adesão como o grande problema. Revelam ainda que “Embora os pacientes demonstrem ter conhecimento da doença, não se observou associação entre o conhecimento ou o seguimento das orientações” (FIGUEIREDO e ASAKURA, 2010, p. 786).

Considera-se que os profissionais da saúde ao demandarem adesão por parte dos sujeitos ancoram-se em relações firmadas na passividade do sujeito-usuário do sistema de saúde. Pois ao profissional da saúde cabe dizer o que é bom ou ruim, certo ou errado e prescrever comportamentos que devem ser seguidos para se livrar da doença, ou no caso em questão, ter uma vida saudável.

Diante disso, aponta-se, neste trabalho a perspectiva de se pensar a implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável. Entendendo implicação, a partir de Heller (1993), como sendo o envolvimento ou comprometimento que é possibilitado a partir do sentido que as pessoas atribuem ao que seja um modo de viver saudável. Esta produção de sentido, por sua vez, “consiste numa criação resultante tanto de suas interações face-a-face, quanto de suas relações com signos e outros sentidos que circulam nas tessituras sociais” (BARROS, et al, 2009, p. 179).

Considera-se, dessa forma, que esta segunda perspectiva está de acordo com a proposta de participação da Política de Promoção da Saúde, e se revela no sentido de favorecer a expansão da potência de ação do outro, proporcionando às pessoas vivenciarem a alegria, serem livres, ativas e autônomas.

Diante das constatações de que a educação em saúde, muitas vezes, não é suficiente para impulsionar a mudança de comportamento, resta buscar compreender: o que leva à implicação dos sujeitos com um modo de viver saudável? Considerando a

interdependência entre ambiente e saúde, apontadas nas Declarações da Promoção da Saúde, como promover um ambiente possibilitador de um modo de vida saudável? A relação pessoa-ambiente pode possibilitar uma implicação com o modo de viver saudável? A estima de lugar pode ser um indicador de implicação com o modo de vida saudável? Esta implicação tem relação com uma maior participação social em prol de um modo de vida saudável?

4. METODOLOGIA

4.1 Abordagem metodológica

Para responder as questões propostas nos capítulos anteriores foi realizada uma pesquisa que, amparada na perspectiva histórico-cultural, segue a abordagem qualitativa. Parte-se do pressuposto de que o estudo qualitativo, como salienta Bosi (2012), não se define pelas técnicas ou métodos utilizados, mas como uma postura epistemológica, fundamentada em questões ontológicas, metodológicas e éticas, cujo foco deve ser a dimensão intersubjetiva dos atores envolvidos.

A respeito dos pressupostos epistemológicos da pesquisa qualitativa Fonseca (2012) descreve que, entre os séculos XX e XXI, o objeto de estudo da Psicologia torna-se mais complexo e menos conhecido, devido às próprias características da contemporaneidade. Época marcada por complexidades, ambiguidades e relativizações, sendo, portanto inviável reduzi-la a algo simples, uma identidade.

A modernidade, como um modo de existir e se relacionar com o mundo, é um campo de instabilidade no qual se destacam duas linhas filosóficas: a analítica da verdade, na qual predomina uma teoria do conhecimento, e a ontologia do presente, que visa a tornar a filosofia um pensamento sobre o tempo (FOUCAULT, 2008).

A analítica da verdade considera que existe um conhecimento verdadeiro que é o conhecimento científico, portanto segue o modelo de procurar a verdade através dos métodos das ciências naturais. Nessa perspectiva, a busca pelo conhecimento segue as leis científicas, ou seja, chega-se a verdade articulando teoria e fenômenos observados com objetivo de descobrir as leis naturais invariáveis que regem o universo.

Outra dimensão da modernidade é a da ontologia do presente. Essa não busca uma verdade universal, mas sim, temporal que se constitui a partir dos acontecimentos que a compõe, que fazem com que seja o que é hoje. Assim a construção do conhecimento tem uma finalidade genealógica, que é a de buscar os elementos da realidade que a fizeram como é, buscar uma verdade que é temporal, que só faz sentido diante da realidade experienciada. Para tanto, o método da busca dessa

verdade é o arqueológico que se caracteriza por considerar histórico os discursos que fundamentam o que se é, o que se faz ou pensa.

A ontologia do presente precisa transpor o cientificismo, para tanto, propõe um conhecimento inventivo, que questione as verdades instituídas e que considere que o sujeito e o mundo se constituem a partir da relação dialética entre ambos. Assim o conhecimento deve ser pensado a partir da sua potência *autopoietica*, uma vez que se trata de uma relação inventiva, que não segue leis, nem princípios gerais e universais. Ela vai se dando, se constituindo na própria relação. Assim sendo, não é possível prever seus resultados, pois o conhecimento surge sempre da implicação entre cognoscente e conhecido.

Nesse sentido, a pesquisa não começa por um início e visa um fim. Sendo o conhecimento processual, a pesquisa se dá sempre pelo meio. O pesquisador deve considerar que a realidade se dá através de vários aspectos sociais, tecnológicos, políticos, culturais que a fazem bastante complexa, como descreve Paulo Netto (s/d, p. 6):

[...] a realidade concreta é de uma riqueza inesgotável que a faz sempre uma fonte de desafios à razão: se se supõe que essa elevação é uma elevação contínua, crescente, onde o saber nunca esgota o ser e que sempre resta uma margem de conhecimento a realizar-se sobre o objeto, a suposição é de que o concreto é de uma tal riqueza de determinações que o fazem de uma extrema complexidade.

Ainda, como dizem Barros e Lucero (2005, p. 10), “A realidade é movente e, portanto, o princípio metodológico que vai orientar o processo investigativo deve detectar forças tendenciais, direções e movimentos que escapem ao plano das formas constituídas”. Uma vez que os recortes da realidade são formas e estas não podem ser consideradas fora do plano da sua constituição.

Assim sendo, na transição do milênio, buscam-se, também no campo da Psicologia, através de novos sentidos ressignificar o que está posto, e dessa forma questionar os padrões da ordem científica constituídos na modernidade, segundo a qual os comportamentos e processos mentais são descritos a partir de suas regularidades, utilizando-se linguagem matemática para estabelecer generalizações.

Neste novo cenário, chama-se atenção para o fato de que a realidade não existe alheia ao nosso conhecimento e, portanto, não pode ser pensada como diferente deste. Assim também “A realidade psicológica é uma construção contingente,

dependente de nossas práticas sócio-históricas e que não nos define como essência” (FONSECA, 2012, p.45). Neste sentido, a pesquisa em Psicologia, que em seus primórdios esteve em busca de verdades absolutas que possibilissem, olhando as regularidades, desenvolver leis gerais, passa a ser uma estratégia de conhecimento e um recurso para dar racionalidade aos fatos que dialogam com as ciências sociais em detrimento das ciências naturais.

Destarte, a Psicologia Social de base sócio-histórica, marcada pelo materialismo dialético, questiona a neutralidade do conhecimento, revela o homem como produto e produtor de sua história e critica o rigor científico. Diante disso, estabelece novas estratégias metodológicas, nas quais se privilegia a pluralidade teórico-metodológica, a intersecção de diferentes campos de conhecimento e as práticas interdisciplinares. Além disso, a pesquisa assume que não existe neutralidade e, assim sendo, a relação pesquisador-pesquisado pode ser reproduutora ou transformadora da realidade social, portanto é necessário assumir uma postura ética em relação às questões de compromisso social e político.

Desse modo, novas maneiras de pensar a Psicologia demandam novas metodologias. A abordagem quantitativa serve aos objetivos de buscar regularidades e generalizações próprias das ciências positivistas. No entanto, não atende a interesses de descrever, conhecer e aprofundar o estudo das particularidades dos objetos. Neste caso são necessárias metodologias de abordagem qualitativas. Estas possibilitam as análises e interpretações de dados e permitem variações de leituras que dependem do recorte feito do real, da conceitualização do objeto, do material pesquisado e do aporte teórico de fundamentação (TITTONE & JACQUES, 2012). Nas abordagens qualitativas, o pesquisador não é neutro no processo e nem separado de seu objeto de pesquisa. Ambos, pesquisador e pesquisado, participam do processo de construção e socialização do conhecimento produzido. Assim, não é possível pesquisar mantendo distância do campo de estudo. É necessário deixar-se afetar, inquietar-se e problematizar o que está instituído.

Com relação ao estudo qualitativo em Saúde Coletiva, Bosi e Uchimura (2007, p.153) apontam para a importância da “valorização das percepções dos atores, entendendo essas percepções não como subjetividades descontextualizadas [...], mas como sinalização de experiências complexas, materializadas nas relações estabelecidas com determinadas práticas em saúde”.

Neste sentido, outra especificidade da pesquisa qualitativa é o fato de que “o que se processa nas pesquisas qualitativas pertence ao plano das construções intersubjetivas, imersas em relações sociais, e não a mera aplicação de técnicas” (BOSI, 2012, p. 580). No entanto, como a análise do instrumento utilizado para produção de evidências, o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos - IGMA requer, conforme descrito a seguir, uma análise estatística complementar, o presente estudo é de abordagem mista. Embora não tenha como pretensão realizar mensuração ou generalização dos resultados encontrados e sim, entender quais relações podem ser estabelecidas entre as dimensões afetivas relacionadas aos lugares e o modo de viver saudável, considera-se importante a análise estatística complementar possibilitada pelo instrumento utilizado.

Descritos esses pressupostos que balizam essa pesquisa, será apresentado o cenário no qual ela foi desenvolvida e, em seguida, será descrita a inserção no campo de pesquisa e o processo de produção de evidências. Posteriormente os instrumentos utilizados na produção dos resultados, bem como a análise destes e os cuidados éticos considerados nesta investigação serão apresentados.

4.2 Cenário da pesquisa

A apresentação do local de pesquisa será descrita muitas vezes em primeira pessoa, evidenciando a minha implicação com todo o processo de escolha e procedimentos envolvidos na realização dessa investigação científica.

4.2.1 A cidade de Icó

Esta pesquisa foi realizada no município de Icó. A escolha desse cenário deve-se, inicialmente, ao fato de se tratar de minha cidade natal e de atualmente, apesar de morar em outra cidade, estar atuando como docente em uma faculdade local. Nasci neste município, mas aos 14 anos migrei para Juazeiro do Norte, uma região mais desenvolvida, em busca de continuar meus estudos. Nesta nova cidade conclui o Ensino Médio, o Ensino Superior, construí minha família, tornei-me funcionária pública, mas há mais ou menos quatro anos, ao ser implantado o curso de Psicologia na cidade de Icó senti-me com desejo de contribuir com o desenvolvimento de minha cidade natal. Portanto, voltei a este município como docente do curso de Psicologia e realizei esta

pesquisa em Icó, por já estar desenvolvendo trabalhos relacionados à docência lá, mas por também considerar que esta é uma outra forma de contribuir com o desenvolvimento da cidade onde nasci e vivi toda a infância.

Além dos motivos citados, considero que a realização desta pesquisa em uma cidade do interior tem muito a acrescentar aos estudos já realizados acerca da estima de lugar. Já que todas as investigações realizadas acerca do tema se referem a capitais ou região metropolitana. A presente análise é a primeira fora desse cenário.

A cidade de Icó está localizada na região Centro-Sul do Ceará, a uma distância de 375 km da capital do Estado, Fortaleza. Com extensão de aproximadamente 1.872 km² tem como limite ao Norte, os municípios de Pereiro, Jaguaribe e Orós; ao Sul, Cedro, Lavras da Mangabeira e Umari; à Leste, Umari e os Estados da Paraíba e Rio Grande do Norte; à Oeste, os municípios de Orós, Iguatu e Cedro (IPECE⁵, 2011).

Figura 2 – Localização do município de Icó - CE



Fonte: <https://www.google.com.br/search?>

A origem desse município data do final do século XVII e início do século XVIII, época em que tem início no nordeste brasileiro a criação de gado em grande escala para a produção de couro e carne charqueada. Estes produtos tanto eram enviados para os países do Velho Mundo quanto para as regiões brasileiras onde ocorriam as

⁵INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ.

atividades de mineração e a produção de açúcar, pois a carne seca era usada para manter a alimentação dos escravos que atuavam nessas atividades (LIMA, 1995).

Durante o ciclo do couro e da carne, Icó tem um grande desenvolvimento comercial, pois, devido à sua localização, era ponto obrigatório de passagem dos rebanhos que circulavam entre Bahia, Pernambuco e Piauí. Além de ser um ponto estratégico, a região possuía água e pastagem abundante devido ao rio Salgado que banha as suas terras. Neste cenário, os grandes fazendeiros que se instalaram na região se juntam à elite de comerciantes portugueses que negociavam do litoral ao sertão do Nordeste, impulsionando a comercialização do couro e o desenvolvimento econômico local. Assim, a região torna-se vila em 1736 e se destaca como uma das mais importantes da província. E em 25 de outubro de 1842 é elevada à categoria de cidade (IBGE⁶, 2016).

Conforme descreve Lima (1995, p. 15), “Antes mesmo de cidade, Icó já possuía grandes riquezas representadas nas imponentes casas residenciais, mobiliadas e adornadas com móveis e objetos importados da Europa”. E já no início do século XIX, o local se mostra como grande centro cultural e religioso que ainda hoje se revela através do teatro, construído em 1860, e de várias igrejas, cuja construção da primeira, a Capela de Nossa Senhora da Expectação, ocorreu em 1709.

Até a primeira metade dos anos de 1800,

[...] o comércio apresentava um movimento idêntico ao das pequenas capitais. Grandes fazendeiros ampliavam os seus rebanhos que se tornaram os maiores da Província. Havia grande luxo e riqueza. A cultura se desenvolvia como nos grandes centros. Filhos de burgueses dessa cidade iam estudar na Europa, nas grandes Universidades, como Coimbra, Roma e Paris (LIMA, 1995, p. 76).

Essa opulência entra em declínio a partir de 1864 quando o surto de cólera mata muitas pessoas e faz com que grande parte da população fuja para outros locais. Somada a essa epidemia, ocorre uma seca de 1877 a 1879 que mata os rebanhos, base da economia local. Além disso, no final do século XIX, despontavam novos centros de desenvolvimento, um ao norte e outro ao sul da província, Sobral e Crato, respectivamente. Ao passo que

[...] já era visível a decadência de Icó. O comércio perdia a sua força, ninguém lá de fora animava-se a investir nem mesmo na pecuária. As

⁶INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

fazendas com a morte de seus fundadores eram subdivididas tornando-se em minifúndios, sofrendo destarte a economia da região sensível queda (LIMA, 1995, p. 73).

Desse período e história de suntuosidade resta-nos, além dos lugares de memória e da identidade de lugar das pessoas que se manifesta em muitos comportamentos coletivos cotidianos, a rica arquitetura da cidade. Esta é marcada por casarões, sobrados e igrejas do século XVIII, rodeadas por praças, ruas e calçadas largas.

Atualmente, com uma população de, aproximadamente, 67.345 habitantes, o município possui, de acordo com dados da última década, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM de 0,606. Com uma economia baseada no setor de serviços, o Produto Interno Bruto – PIB per capita é de 6.200,79 R\$ e incidência de pobreza de 57,42% (IBGE⁶, 2016).

Icó conta com 19 Centros de Saúde da Família (CSF) que assistem aos moradores da zona urbana e rural deste local. Entre esses está o Centro de Saúde Antônio Lopes Vidal, conhecido mais como UBS São Geraldo por ser situado no bairro São Geraldo (UBS BRASIL, 2016), território escolhido para realização dessa pesquisa.

4.2.2 *O Centro de Saúde da Família São Geraldo*

O Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde, conforme a descrição apresentada pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS é uma:

Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas (BRASIL, 2016).

O recorte para a realização desta pesquisa, conforme dito anteriormente, foi o Centro de Saúde da Família localizado no bairro São Geraldo, próximo ao centro da cidade. Este foi escolhido porque, além de sua localização ser de fácil acesso, na época da realização do recorte da pesquisa esta era a unidade de saúde que estava com os dados das equipes, dos cidadãos-usuários e do território cadastrados na Secretaria de Saúde do município de maneira mais completa.

O CSF São Geraldo foi fundado em 01 de setembro de 2001 com a equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi reinaugurado em maio de 2015, após reforma, passando a contar também com a equipe de saúde bucal e com uma estrutura formada por sala de recepção, sala de administração, consultório, consultório odontológico, sala de reuniões, farmácia, sala de curativos, almoxarifado e copa.

Este CSF é dividido em 10 microáreas, que tem um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável por um número que varia de 560 a 1016 pessoas em cada uma, perfazendo um total de 7732 pessoas cadastradas, conforme tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição de pessoas cadastradas por microárea do CSF São Geraldo

Microárea	Número de pessoas cadastradas
01	840
02	640
03	824
04	560
05	720
06	760
07	1016
08	708
09	920
10	744
Total	7732

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de Icó (CE), 2016.

4.3 A inserção no campo de pesquisa

Inicialmente, entrei em contato com o responsável pela atenção básica do município de Icó na Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião pedi algumas informações sobre a estruturação da atenção básica da região. A partir desse primeiro momento, decidi entrar em contato com a responsável pela UBS São Geraldo, pois essa unidade de saúde, além de ser de fácil acesso e estar situada em um bairro central do município, foi descrita na Secretaria de Saúde como uma unidade bem estruturada do ponto de vista da organização da equipe e atualização dos dados no sistema.

O passo seguinte foi entrar em contato com a enfermeira chefe da UBS São Geraldo que aceitou prontamente que a pesquisa fosse realizada naquele local. Diante disso marcamos uma reunião com os profissionais daquela unidade para que os objetivos e os procedimentos da pesquisa lhes fossem apresentados.

Nesta reunião estavam presentes nove funcionários da unidade básica: a enfermeira chefe, uma estagiária do setor administrativo e sete agentes comunitários de saúde. Após explicar os objetivos e os procedimentos da pesquisa pedi que eles respondessem o instrumento que seria utilizado. Esta solicitação aos profissionais que respondessem o instrumento teve como propósito fazer com que eles conhecessem o instrumento e, dessa forma, fossem diminuídas quaisquer fantasias acerca da pesquisa que por ventura pudessem ter. Essa aplicação funcionou ainda como um pré-teste do instrumento, para que assim fosse verificado se as perguntas acrescidas ao IGMA estavam claras, se atenderiam aos objetivos da pesquisa e o tempo de aplicação do instrumento.

Apesar dos profissionais não serem foco de interesse dessa pesquisa e embora a descrição do instrumento utilizado na produção de evidências e da análise dos resultados serem apresentadas somente posteriormente, considera-se válido expor aqui que nesse momento inicial da pesquisa foi possível identificar que os profissionais revelaram uma estima potencializadora em termos de pertencimento e agradabilidade com relação ao seu local de trabalho.

Com relação à saúde, consideram-se saudáveis ou parcialmente saudáveis. Todos apontam o fato de se sentirem bem no local de trabalho e felizes com os colegas da unidade de saúde como principal motivo de se sentirem saudáveis. Aqueles que se consideraram parcialmente saudáveis disseram que se sentem assim porque, apesar de conhecerem, são negligentes com os cuidados com a saúde, pois são sedentários, têm uma alimentação desregulada e uma rotina estressante.

A partir desse momento foi decidido que o instrumento utilizado com os cidadãos-usuários da unidade de saúde, foco dessa pesquisa, continuaria da maneira como aplicado no pré-teste, no entanto as perguntas acrescidas a ele acerca da saúde teriam uma conotação mais focada na saúde e menos na doença, como será descrito posteriormente. Em seguida foram selecionados por meio de sorteio, através dos cadastros das famílias, cinco cidadãos-usuários de cada microárea, perfazendo um total de 50 sujeitos

As pessoas selecionadas foram contactadas por intermédio do ACS que comunicavam aos sujeitos selecionados a realização da pesquisa. Daí então, a aplicação do IGMA e as entrevistas foram realizadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Consentimento Pós-informado, na residência dos respondentes.

4.4 Instrumentos utilizados na produção de evidências e procedimentos de análises

Nesta sessão serão apresentados os instrumentos utilizados na produção de evidências, o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (IGMA) e a entrevista acrescentada ao IGMA, bem como os procedimentos utilizados na análise dos mesmos. O primeiro é utilizado com o intuito de identificar a estima de lugar dos usuários tomando como referência o CSF São Geraldo. Já a entrevista é realizada com a pretensão de apreender as implicações dos sujeitos com o modo de viver de maneira saudável.

4.4.1 *O Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos – IGMA*

Como recurso para produção de evidências acerca da estima de lugar dos cidadãos-usuários do CSF São Geraldo foi utilizado o Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos - IGMA⁷. Este é uma ferramenta apresentada por Bomfim (2010) que tem como objetivo identificar a disposição afetiva, ou mapa afetivo, das pessoas com relação aos lugares através de imagens e representações. No caso em questão, por meio de desenho e escrita. O mesmo é composto por duas partes. A primeira solicita que o sujeito desenhe e fale/escreva sobre as emoções e sentimentos com relação ao local e ao desenho. A segunda é composta por uma escala Likert que tem por objetivo complementar a primeira parte do instrumento.

O desenho cumpre a função de deflagrar e possibilitar que o sujeito entre em contato com suas emoções e sentimentos com relação ao lugar e dessa forma possa responder às perguntas que seguem de maneira a expressar aspectos mais relacionados à afetividade com relação aos lugares.

A primeira pergunta após o desenho é a respeito do significado desse para o sujeito. Neste caso, busca-se que o próprio sujeito exponha para o pesquisador o que quis representar com a imagem produzida. A sua resposta pode caracterizar o desenho como metafórico, quando este apresenta de forma mais intensa elementos simbólicos com relação ao lugar no sentido de expressar estados afetivos; ou cognitivo quando apresenta muitos elementos ou estruturas geográficas em si, de acordo com a proposta

⁷Ver apêndice A

dos mapas cognitivos de Lynch (1998). Assim, tanto a construção do desenho quanto a sua interpretação é realizada pelo próprio respondente, sem que haja uma interferência do pesquisador nesse processo.

Em seguida solicita-se que a pessoa fale ou escreva quais sentimentos são despertados pelo desenho. Dessa maneira, o sujeito é remetido ao estímulo inicial, o desenho, e à representação do lugar.

Na sequência pede-se que resuma, em no máximo seis palavras, os seus sentimentos com relação ao desenho. Dessa forma se busca definir as palavras-sínteses, que podem se caracterizar como qualidades, sentimentos, substantivos que já tenham aparecido nas questões anteriores ou outras que ainda não tenham sido reveladas. Com este elemento da pesquisa busca-se uma saturação das respostas, ou seja, uma maior clareza acerca dos sentimentos e emoções com relação aos lugares.

Em seguida, pergunta-se o que o sujeito pensa sobre o lugar. Neste momento, busca-se respostas ainda não apresentadas até o momento acerca de seus pensamentos com relação ao ambiente, através da elaboração textual. E no último elemento dessa primeira parte do instrumento se solicita que o interlocutor compare o lugar com algo. Dessa forma se pretende que o sujeito elabore uma metáfora através da analogia, figure o sentimento por meio da escrita e, dessa forma, aconteça uma nova síntese, de maneira mais complexa, da compreensão dos afetos com relação ao lugar.

A segunda etapa desse instrumento, que tem como propósito complementar a primeira parte, é composta por uma escala Likert⁸, na qual o sujeito avalia, utilizando uma escala de 1 a 5, o quanto concorda ou discorda de afirmações com relação aos sentimentos e emoções acerca do lugar.

Após a escala são apresentadas ainda algumas questões acerca das relações cotidianas do sujeito com o lugar, como os lugares percorridos por ele cotidianamente; os lugares mais representativos do ambiente; o que o interlocutor mais gosta ou menos gosta no lugar. Pergunta-se ainda o que em sua opinião poderia melhorar no lugar, dessa forma se busca estimular reflexões sobre possíveis propostas de intervenção no lugar. Para finalizar, são solicitados dados que visam caracterizar o respondente quanto aos dados sociodemográficos, como sexo, idade, origem, renda, bairro, cidade.

⁸ Escala psicométrica que busca retratar o quanto o sujeito concorda ou discorda de uma afirmação. A escala utilizada no IGMA tem 5 níveis de concordância: 1 = discordo totalmente; 2 = discordo; 3 = nem discordo, nem concordo; 4 = concordo; 5 = concordo totalmente.

Para analisar os dados da primeira parte do IGMA, as informações foram dispostas e categorizadas com base no modelo desenvolvido por Bomfim (2010), como especificado no quadro 1:

Quadro 1 - Síntese do processo de categorização voltado para elaboração dos mapas afetivos.

Sujeito	Dados sociodemográficos do respondente.
Estrutura	A estrutura é classificada, com base no Mapa Cognitivo de Lynch, em cognitiva, caso apresente mais elementos geográficos; ou metafórica, caso apresente mais elementos simbólicos.
Sentido⁹	Explicação do sujeito acerca do desenho.
Qualidade	Qualidade que o respondente dá ao desenho.
Sentimento	Expressão afetiva do respondente ao desenho.
Metáfora	Analogia que o respondente faz do lugar com algo.
Imagen afetiva¹⁰	Articulação, feita pelo investigador, entre as metáforas do lugar e as outras dimensões como sentimentos e qualidades descritas pelos sujeitos com o intuito de identificar seus afetos com relação ao lugar.

Fonte: Adaptado de Bomfim (2010, p. 151)

Na primeira linha do quadro são transcritas as informações relativas à identificação do respondente, como idade, gênero, renda, tempo de moradia no lugar, e demais informações necessárias para melhor caracterização dos sujeitos da pesquisa. Em seguida, o pesquisador classifica o desenho do sujeito em metafórico ou cognitivo. Os desenhos identificados como metafóricos são aqueles que fazem referência a elementos simbólicos, como paz, amor ou desassossego, destruição. E as imagens classificadas como cognitivas são aquelas que representam estruturas físicas, concretas. Assim, o desenho, por exemplo, de uma árvore pode ser classificado em um mapa como metafórico ou como cognitivo. Será metafórico se o sujeito, ao discorrer sobre o sentido

⁹ No instrumento de análise original, desenvolvido por Bomfim (2010), essa categoria é denominada “significado”, no entanto neste trabalho se optou por substituí-la por “sentido”. Utiliza-se como embasamento para essa alteração, as diferenciações entre significado e sentido estabelecidas por Vygotsky (2001). Para o teórico soviético, o significado está relacionado ao conceito, à estabilização, ou ainda, à generalização de ideias por um determinado grupo de pessoas. O sentido, por sua vez, diz respeito a construções semânticas particularizadas, ou seja, são elaborações dos sujeitos ainda não estabilizadas. Assim sendo, considera-se que ao se solicitar que o respondente fale ou escreva sobre o seu desenho, busca-se as suas elaborações particulares acerca da imagem, ou seja, o sentido que este lhe atribui.

¹⁰No instrumento de análise original, desenvolvido por Bomfim (2010), essa categoria é denominada “sentido”, no entanto, entende-se, conforme justificado na nota de rodapé 9, que o sentido já é descrito anteriormente, na terceira linha do quadro. Assim sendo, opta-se por denominar essa seção de “imagen afetiva”, considerando que é nesse espaço que o investigador, através das articulações das informações conseguidas, identifica os afetos do respondente em relação ao lugar.

da imagem, disser que o fez para representar sentimentos e emoções, e será cognitivo se este falar que desenhou a árvore que de fato existe no local em questão.

Assim a estrutura do desenho é classificada não apenas pela imagem observada pelo pesquisador, mas pelo sentido, que deve ser descrito na segunda linha da tabela de análise, atribuído a ele pelo respondente. Também do sentido do desenho, bem como dos sentimentos listados pelo respondente e da comparação que este estabelece com relação ao lugar em evidência, as células da tabela de análise intituladas de ‘qualidade’, ‘sentimento’ e ‘metáfora’ são preenchidas. Por último, na categoria ‘imagem afetiva’, o pesquisador, a partir da articulação das informações dispostas na tabela, identifica os afetos do respondente com relação ao lugar e constrói a imagem afetiva indicadora da estima de lugar do sujeito. Vale frisar que a referida análise parte, sobretudo do desenho, sentido e sentimentos expressos pelos próprios respondentes e não da interpretação livre do pesquisador.

No que se refere à escala Likert, os procedimentos de análise tiveram início com a transcrição das informações conseguidas para uma planilha no Excel, compondo assim o banco de dados a ser analisado.

Verificado que a escala Likert do IGMA apresenta mais perguntas indicativas de estima potencializadora (16 perguntas indicativas de agradabilidade e 16 de pertencimento) do que despotencializadora (12 perguntas indicativas de destruição e 12 de insegurança) foi realizado uma distribuição de frequência dos valores percentuais. Este procedimento consiste em verificar as porcentagens das respostas em cada categoria, e não apenas a soma bruta dos dados. Assim foi possível contornar as diferenças das respostas ocasionadas pela predominância de perguntas de uma categoria sobre a outra e obter a distribuição dos resultados de maneira equivalente.

Por meio tanto da primeira quanto da segunda parte do IGMA é possível compor o mapa afetivo das pessoas com relação aos lugares de acordo com as seguintes categorias: pertencimento, agradabilidade, contraste, insegurança e destruição. Sendo que as estimas de pertencimento e agradabilidade são potencializadoras, as de insegurança e destruição são despotencializadoras e as de contraste podem ser potencializadoras ou despotencializadoras (BOMFIM, 2010).

A disposição afetiva de agradabilidade se apresenta através de falas relacionadas a sentimentos de satisfação, prazer e vinculação com o local, por exemplo: “É muito bom morar aqui”. A de pertencimento aparece através de falas do tipo: “Tudo aqui tem a minha cara”, pois demonstra apego e identificação com o lugar. Já o

sentimento de destruição aparece através de discursos do tipo: “Este lugar é muito sujo, velho” e frase como “A gente nunca sabe o que pode acontecer aqui” demonstra uma afetividade pautada na insegurança. E por último, o contraste aparece quando o respondente diz, por exemplo, “aqui é muito perigoso, mas não saio de jeito nenhum”, pois revela a contradição de sentimentos, através das imagens de insegurança e pertencimento. Dessa forma, com esse instrumento é possível identificar a estima de lugar dos cidadãos-usuários com relação ao CSF Geraldo.

4.4.2 Entrevista semiestruturada

Para que fosse possível obter informações acerca da compreensão das pessoas sobre o modo de viver e seus comportamentos cotidianos em prol de uma vida mais saudável, escolheu-se substituir as questões que aparecem após a escala Likert do IGMA por um roteiro de entrevista contendo perguntas abertas.

A entrevista qualitativa, de acordo com Creswell(2010, p. 214), “envolvem questões não estruturadas e em geral abertas, que são em pequeno número e se destinam a suscitar concepções e opiniões dos participantes”. Destarte a entrevista acrescentada ao IGMA¹¹ realizada nessa pesquisa apresenta as seguintes perguntas norteadoras:

- Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
- Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?
- Que hábitos você considera que deveria ter para ser mais saudável?
- Como o posto de saúde contribui para que você seja mais saudável?
- Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?

As três primeiras indagações tiveram como propósito identificar como as pessoas compreendem a saúde, se pela perspectiva biológica, ou como resultado de um estilo de vida fruto de suas escolhas, ou ainda pelo viés dos determinantes sociais da saúde. Com as duas últimas questões se buscou identificar se as pessoas consideram ou não que o CSF e a cidade se relacionam, e de que maneira, com a sua saúde. Objetivou-se adotar na elaboração das perguntas uma perspectiva positiva de saúde e por isso através destas se questionou a respeito dos hábitos saudáveis e não da doença.

Os dados obtidos a partir das entrevistas foram transcritos e explorados segundo a análise do discurso. Este método é descrito por Campos (2004) como um

¹¹ Ver apêndice A.

conjunto de técnicas utilizados na organização e análise de informações com o intuito de buscar sentidos na análise de dados qualitativos. Uma vez que, como complementam Cavalcante; Calixto e Pinheiro (2014), esse método, embora possa também ser utilizado no aprofundamento de estudos quantitativos, tem como foco qualificar vivências e percepções dos sujeitos com relação a algum objeto ou fenômeno.

Quando voltada para dados quantitativos, a análise do discurso abrange grande número de informações e se propõe a identificar a frequência de aparecimento de determinadas características do discurso ou suas correlações. Já na análise de dados qualitativos, este método se detém à análise de um pequeno número de informações complexas e pormenorizadas e se propõe a identificar “a presença ou ausência de uma característica ou o modo segundo o qual os elementos do ‘discurso’ estão articulados uns com os outros” (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1998, p. 227).

Creswell (2010) apresenta a sistematização dos procedimentos de análise do discurso em cinco passos. O primeiro passo é a organização e preparação dos dados para análise. O segundo consta da leitura de todos os dados a fim de se obter uma visão das informações. Em seguida, no passo três, realiza-se uma leitura detalhada com o objetivo de organizar o material em blocos de texto que formem uma unidade semântica. Em seguida, realiza-se a codificação do material para, no passo cinco, desenvolver uma discussão dos temas apresentados na narrativa; e no sexto passo, a interpretação das informações.

Já Campos (2004), Quivy e Campenhoudt (1998) e Minayo (2007) apresentam a sistematização dos procedimentos da análise do discurso em três etapas que consistem basicamente na preparação, exploração e interpretação dos dados. A sistematização em três momentos é a que melhor descreve os procedimentos seguidos neste trabalho. Uma vez que as informações obtidas por meio da entrevista foram, inicialmente, descritas e agrupadas em categorias convergentes. Em seguida, buscou-se estabelecer inter-relações com os dados conseguidos a partir da análise do IGMA para, por fim, interpretá-los à luz da teoria apresentada nos primeiros capítulos deste trabalho.

Nesse sentido, a realização da análise do discurso dos dados da entrevista que foi acrescida ao IGMA ocorreu da maneira descrita a seguir. No primeiro momento os dados do IGMA foram digitados em um quadro composto por duas colunas principais (ver quadro 11). Na primeira, relativa às três primeiras perguntas da entrevista (questões 6, 7 e 8 do IGMA), estão os dados referentes à avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde. Na segunda, referente a quarta e quinta perguntas da

entrevista (questões 9 e 10 do IGMA), estão os dados acerca de como os sujeitos entendem que a UBS e a cidade contribuem para a sua saúde.

Quadro 2 – Roteiro para distribuição das entrevistas

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação dos sujeitos acerca de como a UBS e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você considera que deveria ter para ser mais saudável?	Como o posto de saúde contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?

Fonte: Elaborado pela autora

Com o intuito de facilitar a atribuição das inter-relações entre a estima de lugar, identificada através do IGMA, e a implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável, conseguida por meio da entrevista, todos os dados presentes nesses instrumentos, foram posteriormente, sistematizados em um único instrumento, conforme demonstrado no quadro 12.

Quadro 3 – Síntese do mapa afetivo do CSF São Geraldo e da entrevista sobre modo de vida saudável

Desenho	IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: _____ Sexo: F Idade: _____ Escolaridade: _____ Renda: _____ Tempo que freq. o CSF: _____ ESTRUTURA: SENTIDO: QUALIDADE: SENTIMENTOS: METÁFORA: IMAGEM AFETIVA:				
	Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?	

Fonte: Elaborado pela autora.

Na primeira linha do quadro estão dispostas as informações contidas no IGMA e nas demais as informações das entrevistas. A partir desse quadro foram selecionadas quatro variáveis a serem exploradas: a primeira é a estima de lugar que é classificada em estima de lugar potencializadora e despotencializadora, em termos de

pertencimento, agradabilidade, destruição, insegurança e contraste. Esta foi relacionada com as demais categorias que se referem à compreensão dos sujeitos a respeito de sua saúde, se se consideram saudáveis ou não. Em seguida a estima dos sujeitos foi relacionada com a percepção destes acerca da contribuição da UBS para a saúde. E por último, com a percepção das pessoas acerca da relação entre a cidade e a saúde.

Em seguida, foi realizada uma investigação estatística complementar a partir dos resultados do IGMA e da entrevista acerca do modo de vida saudável.

4.4.3 Análise estatística complementar: Análise de Equações Estruturais (AEE)

Para avaliar as relações entre a estima de lugar e as implicações dos sujeitos com um modo de vida saudável foi realizado uma análise de correlação, por meio da técnica de Análise de Equações Estruturais (AEE). Esta foi desenvolvida na primeira metade do século XX, mas seu uso só ganhou visibilidade nas ciências sociais e humanas a partir da década de 1970, quando são desenvolvidos métodos de estimação para estruturas de covariância de modelos estruturais e software que facilitam o seu uso (MARÔCO, 2014).

A AEE consiste em uma combinação de técnicas clássicas de Análise Fatorial e de Regressão Linear. No entanto, diferente dessas que buscam encontrar modelos teóricos que descrevam os dados encontrados, na AEE se parte de um quadro teórico estabelecido para se confirmar se este explica ou não a estrutura relacional dos dados. Dessa forma, como descreve Marôco (2014, p. 4), “A teoria é o motor da análise, contrariamente ao paradigma da estatística clássica em que os dados, e não a teoria, estão no centro do processo de análise”.

O autor chama atenção ainda para o fato de que na AEE, ao se verificar se o modelo proposto é adequado para explicar as relações entre os dados, não se afirma que este seja o único, ou seja, não anula outros modelos de explicação. Como o próprio autor diz, essa técnica “demonstra apenas que o referencial teórico considerado é adequado para os dados em observação, não excluindo, naturalmente, outros modelos teóricos igualmente defensáveis” (MARÔCO, 2014, p. 4).

Esse é um dos motivos pelo qual a AEE é adequada para ser utilizada em pesquisas nos campos das ciências humana e sociais que frequentemente se deparam com variáveis ditas latentes, ou seja, que não são diretamente observáveis e mensuráveis, como por exemplo, a estima de lugar que só pode ser verificada por

intermédio de outros múltiplos indicadores que sofrem várias outras influências, como pensamentos, sentimentos e percepções dos sujeitos com relação ao lugar. Assim sendo, essas variáveis latentes apresentam um grau de complexidade crescente de modelos teóricos explicativos, uma vez que cada indicador está amparado em uma teoria específica que justifica a sua pertinência na explicação da variável latente em questão.

Os modelos clássicos de análises, por tentarem estabelecer uma relação direta de causa-e-efeito e não levarem em consideração essa sistematização de diferentes modelos teóricos necessários para explicar as variáveis latentes, frequentemente, acabam por invalidar ou tornar pouco confiáveis os constructos que pretendem observar esses dados não mensuráveis diretamente, tornando-se, portanto, inapropriados para esse tipo de investigação.

A AEE, por sua vez, não pretende provar a existência de causalidade. Como explica Marôco (2014, p. 7) “Nada, num modelo de equações estruturais, permite provar a existência destas condições de causalidade. Apenas podemos demonstrar que o modelo suporta, ou não, a teoria de causalidade”. Dessa forma, ao se utilizar o modelo das equações estruturais, considera-se que a significância estatística de um modelo não deve ser usada para provar a veracidade das relações causais, uma vez que se considera que, “qualquer modelo é, quando muito, uma aproximação da realidade (MARÔCO, 2014, p. 7).

Na investigação descrita nessa dissertação, com base nos estudos apresentados nos capítulos anteriores, o modelo teórico a ser verificado com a AEE é que as estimas de lugar de pertencimento e agradabilidade potencializam o comportamento de implicação com o modo de vida saudável e que as estimas de destruição e insegurança despotencializam o comportamento de implicação com um modo de vida saudável. Foi acrescentado ainda a esse modelo teórico as associações entre as variáveis observáveis como renda, idade, tempo que frequenta a unidade de saúde e escolaridade com a estima de lugar dos sujeitos.

Os cálculos estatísticos foram realizados com o auxílio do *software* MPLUS que apresenta os principais métodos de estimação de AEE, estabelecendo correlações entre diferentes tipos de variáveis. Nessa pesquisa, as variáveis inseridas no MPLUS foram a estima de lugar, o modo de vida saudável, idade, renda, escolaridade e tempo que frequenta a unidade de saúde. A primeira, a estima de lugar, é uma variável latente que foi definida a partir dos dados obtidos com a escala Likert. As demais foram consideradas variáveis manifestas, para tanto, a variável considerada indicativa da

implicação com o modo de vida saudável foi a questão “Faz algo para se sentir mais saudável?”, uma vez que esta retrata o comportamento de mobilização ou não em prol de uma vida mais saudável.

4.5 Aspectos éticos

A respeito dos aspectos éticos, esta pesquisa está fundamentada na perspectiva que tem como base a visão do humano como um ser que se constitui na relação com o outro de maneira dialógica. Neste sentido, ética é uma instância crítica e propositiva sobre a busca permanente de relações visando à plena realização das pessoas enquanto seres humanos.

Dessa forma, o presente estudo parte do pressuposto que não existe neutralidade e, portanto, a relação pesquisador-pesquisado deve se pretender transformadora da realidade social e assumir um compromisso que é, antes de tudo, ético-político. Dessa forma, assume-se uma postura consciente, de reflexão sobre o papel do pesquisador em todas as etapas da pesquisa, desde o seu comprometimento com a formulação do problema em questão à socialização dos achados de pesquisa com os participantes e divulgação das reflexões elaboradas a partir do estudo realizado.

O projeto dessa dissertação foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), via Plataforma Brasil, recebendo aprovação dia 07 de junho de 2016, sob parecer nº 1578437. Como parte do compromisso para com os colaboradores desse estudo, o objetivo e todos os passos metodológicos da presente investigação foram apresentados a todos os participantes antes da aplicação do instrumento de pesquisa. Na ocasião, mediante esclarecimentos de quaisquer dúvidas, foi solicitado a assinatura, em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Neste consta, conforme demonstrado no apêndice A, a identificação do pesquisador, bem como a instituição ao qual está vinculado, a apresentação da pesquisa, o envolvimento dos participantes, o esclarecimento acerca dos possíveis riscos que a pesquisa possa trazer aos participantes, bem como a garantia de que este possa se retirar da pesquisa a qualquer momento, e a confidencialidade dos dados que possam identificá-lo. É garantido ainda, atender à Resolução 510/16, do CNS que estabelece os princípios que devem ser resguardados nas pesquisas com seres humanos.

Foi solicitado ainda que os participantes assinassem o Termo de Consentimento Pós-informado, de acordo com o modelo apresentado no apêndice B. Neste o sujeito declara estar ciente da pesquisa e que aceita participar sem que esteja sendo forçado para isso.

No que se refere ao compromisso ético-político, considera-se que a população que participa do processo de construção da pesquisa deve ter um retorno dos resultados produzidos a partir da investigação. Nesse sentido, após a tabulação e análise, foi realizada uma reunião com a equipe da ESF São Geraldo com a qual os dados foram partilhados e discutidos. Após esse momento de reflexão, decidiu-se marcar reuniões posteriores para que fossem pensadas estratégias para transformar os resultados em ações que beneficiassem a comunidade.

5 ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM UM MODO DE VIDA SAUDÁVEL

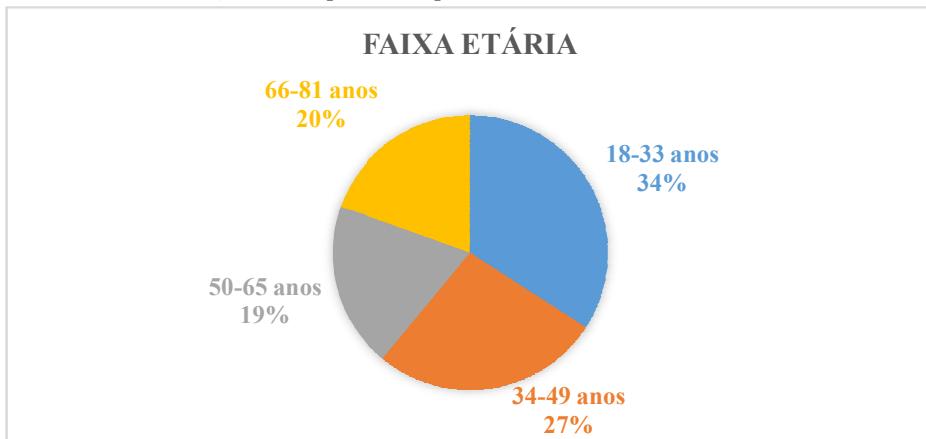
Os resultados apresentados nesse trabalho foram produzidos a partir das respostas dos cidadão-usuários do CSF São Geraldo caracterizados a seguir.

5.1 Participantes

A escolha dos participantes se deu por sorteio realizado a partir do cadastro dos ACS das famílias, assim acabaram sendo todos do sexo feminino. Uma vez que, alinhado com as cartas da Política de Promoção da Saúde segundo as quais as políticas públicas saudáveis devem ser direcionadas prioritariamente à saúde da mulher bem como a sua valorização e participação, o cadastro das famílias tem como representante a figura feminina responsável pelo domicílio.

No total foram realizadas 50 entrevistas, no entanto, durante o processo de análise de dados, nove instrumentos tiveram que ser descartados por estarem incompletos. Dessa forma, os resultados foram produzidos a partir das respostas de 41 participantes, com faixa etária compreendida entre 18 e 81 anos.

Gráfico 1 – Distribuição dos respondentes por faixa etária



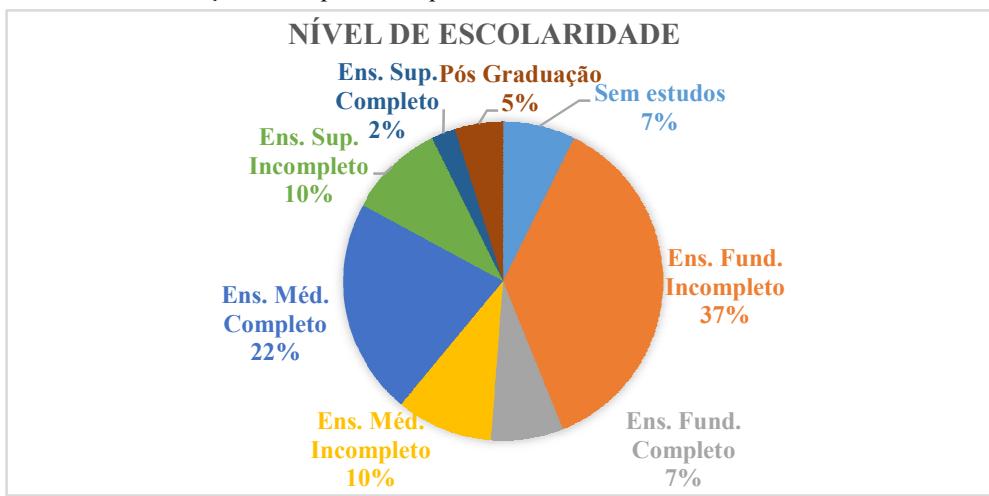
Fonte: Elaborado pela autora

As idades foram agrupadas obedecendo a um intervalo de 15 anos a fim de se conseguir uma uniformidade no período de distribuição. Assim, foram formados

grupos de 18 a 33 anos, de 34 a 49 anos, 50 a 65 anos e de 66 a 81 anos com 14, 11, 8 e 8 pessoas respectivamente, distribuídos conforme descrito no gráfico 1.

Como especificado no gráfico 2, a maior parte, 15 participantes, possui o Ensino Fundamental incompleto, 3 pessoas não são alfabetizadas, 3 possuem o Ensino Fundamental completo, 4 sujeitos têm Ensino Médio incompleto, 9 têm Ensino Médio completo. Do total, 7 participantes cursaram ou cursam o Ensino Superior, desses, 4 ainda estão cursando e por isso foram caracterizados como tendo nível superior incompleto, 1 tem o Ensino Superior completo e 2 pessoas já fizeram algum curso de pós-graduação.

Gráfico 2– Distribuição dos respondentes por nível de escolaridade

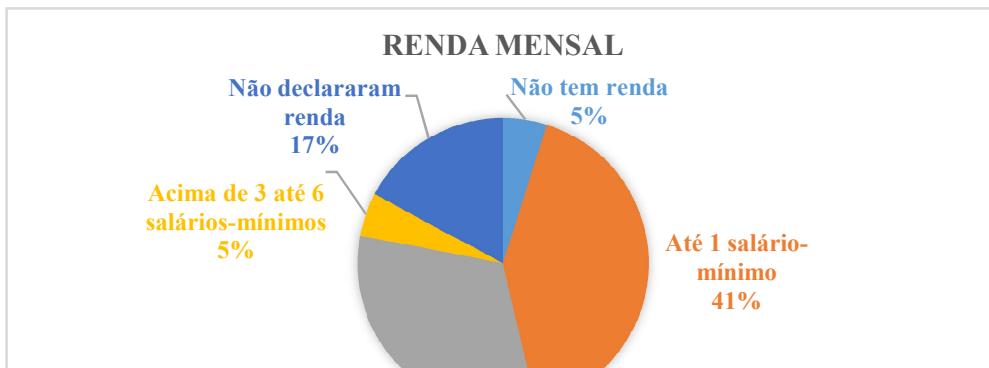


Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação à renda, os respondentes foram caracterizados conforme

Gráfico 3 – Distribuição dos respondentes por renda mensal

descrito no gráfico 3.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao tempo que frequentam o Centro de Saúde, grande número dos sujeitos declarou que vai a UBS São Geraldo há cinco anos ou mais, e um entrevistado disse que não vai nunca à unidade de saúde. Dos entrevistados, 3 pessoas disseram que só vão à unidade de saúde quando estão doentes; 4 frequentam a pelo menos 4 anos e 32 sujeitos frequentam há 5 anos ou mais, como caracterizado no

Gráfico 4– Distribuição dos respondentes por tempo que frequenta a UBS São Geraldo

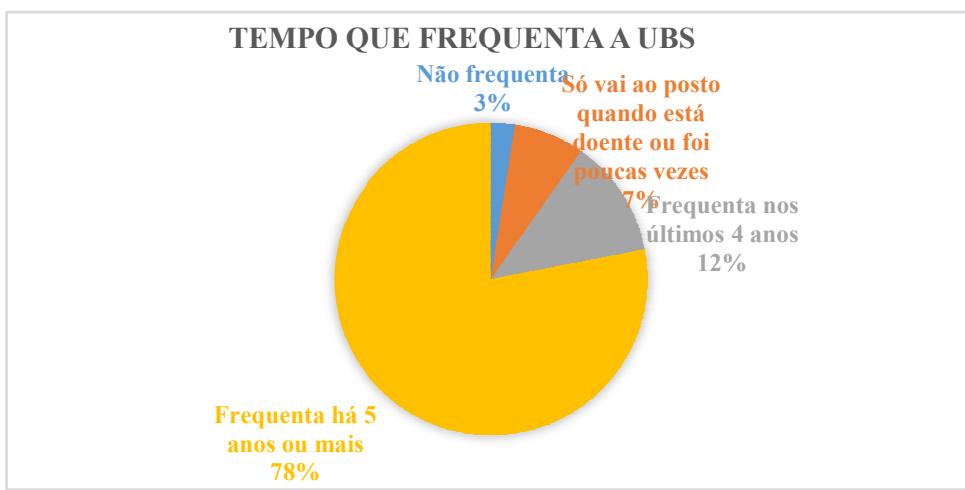


gráfico 4.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dessa forma, a maioria dos sujeitos tem entre 18 e 33 anos, possui Ensino Fundamental incompleto, renda de até 1 salário-mínimo e frequenta o Centro de Saúde da Família há cinco anos ou mais.

5.2 Resultados e discussões

Na presente pesquisa, foi realizado inicialmente uma primeira análise distributiva da escala Likert do IGMA que revelou uma estima de lugar potencializadora dos cidadãos-usuários com relação ao CSF São Geraldo, com predominância do indicador afeivo de pertencimento.

Os resultados encontrados nessa etapa, como pode ser observado no gráfico 5, foram de 20 mapas afetivos de pertencimento, 7 de agradabilidade e 4 mapas apresentaram respostas reveladoras de afetos de pertencimento com agradabilidade. Foi identificado ainda um mapa indicativo de estima de destruição, 1 de insegurança e 8 de contraste. É importante dizer que os resultados classificados como reveladores de contraste foram aqueles nos quais a diferença entre dados potencializadores e despotencializadores foi menor do que 10%.

Gráfico 5– Distribuição da estima de lugar segundo os resultados da escala Likert do IGMA



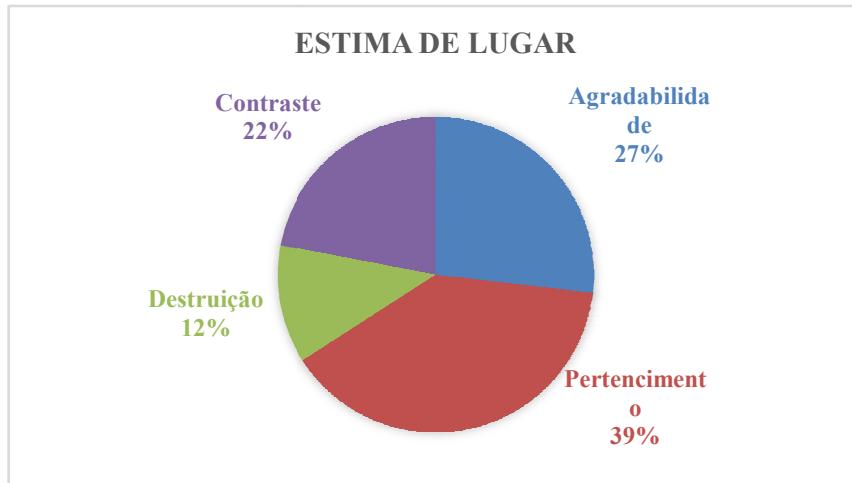
Fonte: Elaborado pela autora

A partir desses resultados é possível identificar a presença e porcentagem de ocorrências de cada estima de lugar revelada por meio do IGMA, demonstrando predominância da estima de pertencimento dos sujeitos com relação à sua unidade de saúde.

As informações conseguidas a partir dos dados qualitativos do IGMA, ou seja, da primeira parte do instrumento, também mostram que a maioria dos sujeitos participantes da pesquisa, 27 do total de 41 pessoas, revelou uma estima de lugar potencializadora com relação ao CSF São Geraldo, com predominância do indicador afetivo de pertencimento. Apenas 5 respondentes apresentaram estima de lugar despotencializadora através da imagem de destruição e nenhum sujeito-usuário apresentou sentimento de insegurança com relação ao CSF São Geraldo. A estima de

contraste, que se revela através da associação de sentimentos potencializadores e despotencializadores foi encontrada em 9 mapas afetivos, conforme apresentado no gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição das respostas afetivas identificadas a partir dos dados qualitativos do IGMA



Fonte: Elaborado pela autora

Tal como encontrado na análise da escala Likert, na análise dos dados descritivos do IGMA também há predominância da estima de lugar de pertencimento. No entanto, não há evidências de sentimento de insegurança, corroborando, assim, os dados encontrados por Bomfim et al (2013) que revelam que quanto maior o sentimento de pertencimento e agradabilidade, menor é o sentimento de insegurança e destruição, respectivamente, ou seja, há uma relação proporcionalmente inversa entre afetos de pertencimento e insegurança.

As diferenças de valores absolutos entre as análises da escala Likert e dos dados qualitativos pode ocorrer devido ao próprio processo de análise, uma vez que a primeira leva em consideração apenas a somatória dos números marcados pelos respondentes em uma etapa específica da aplicação do instrumento, e a segunda análise considera dados mais subjetivos revelados durante todo o processo de produção de evidências.

Um outro motivo pelo qual os dados conseguidos nas duas etapas do IGMA não são absolutamente coincidentes pode ocorrer por conta do próprio processo de elaboração dos sentimentos com relação ao lugar durante a construção das respostas demandadas pelo instrumento de pesquisa. Inicialmente quando os sujeitos são

indagados de maneira mais aberta a respeito dos sentimentos com relação ao lugar, estes tendem a expor suas insatisfações, revelando os sentimentos despotencializadores. Ao se deparar com as questões propostas pela escala Likert de maneira mais objetiva, o respondente tende a considerar qualidades do lugar que antes não tinha avaliado. Isso pode justificar o fato de serem revelados 5 mapas despotencializadores através da análise dos dados descritivos e apenas dois na análise da escala Likert. Essa diferença de dados mostra que durante o processo de pesquisa não há dados fixos a serem coletados, mas sim, como defendido por Bosi (2012), uma produção de evidências, uma vez que em todas as etapas desse processo os respondentes estão, na interação com o pesquisador, produzindo sentimentos com relação à UBS.

É importante lembrar que a ideia de estima de lugar potencializadora ou despotencializadora (BOMFIM, 2010) tem como base o conceito de potência de ação espinosana (ESPINOSA, 2014). Para Espinosa (2014) a Natureza possui uma potência de ação que possibilita que tudo esteja em movimento, em uma produção permanente da existência. Pela potência de ação os seres afetam e são afetados uns pelos outros de diferentes maneiras, ou seja, modificam-se e são modificados. Nesse processo, os afetos se dão no sentido de aumentar, estimular a potência de ação ou refreá-la, diminuí-la. Ou ainda, considerando que os seres são afetados de muitas maneiras, os afetos contrários que ocorrem na mesma intensidade ocasionam uma flutuação de ânimo, ou seja, ora podem aumentar, ora diminuir a potência de ação dos seres.

Nas inter-relações pessoa-ambiente também, ao atribuir significados aos lugares, as pessoas afetam e são afetadas, portanto têm a potência de ação estimulada ou refreada. Entre esses afetos está a estima de lugar (BOMFIM, 2010) que quando aumenta a potência de ação dos sujeitos é chamada de estima de lugar potencializadora e quando a diminui de despotencializadora. A estima de lugar de contraste é aquela que ocorre quando os sujeitos são afetados pelo lugar de maneira potencializadora e despotencializadora na mesma intensidade. Assim, há uma flutuação de ânimo com relação aos lugares podendo haver predominância de um dos polos. Nesse caso, a estima de lugar de contraste pode ser potencializadora ou despotencializadora. Ainda acerca do indicador afetivo de contraste, o relatório de pesquisa apresentado pelo Laboratório de Pesquisa de Psicologia Ambiental (Locus) ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) referente ao período 2015/2016, mostra que o contraste pode se apresentar nos mais diferentes locais, independente do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que esteja presente.

Na pesquisa acerca da estima de lugar dos cidadãos-usuários do CSF São Geraldo de Icó, os sentimentos potencializadores foram revelados através dos mapas afetivos que indicam imagens de pertencimento e agradabilidade. Esses afetos estão associados a UBS qualificada como boa, harmoniosa, agradável, que tem bom atendimento, que é um lugar de ajuda, apoio, humanizado, importante que se tenha perto de casa, entre outras. Essa unidade de saúde percebida com tais características desperta sentimentos de felicidade, alegria, amor, paz, segurança, tranquilidade, entre outros.

As imagens de pertencimento, especificamente, revelam-se nos sentimentos de cuidado, orgulho, apego, saudade por fazer parte da história de vida do sujeito, onde acontecem coisas importantes, lugar onde se tem amizades, ou seja, é um lugar que se quer estar por que gosta, ama o lugar e, portanto, pode ser comparado com a própria casa.

O mapa afetivo 39 (ver quadro 4) é exemplo de estima de lugar de pertencimento, pois a jovem de 22 anos tem sentimentos de carinho e segurança com relação ao CSF São Geraldo pois a percebe como uma ‘casa acolhedora’ onde as pessoas são cuidadas com paciência e amizade.

Quadro 4 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 39

	IDENTIFICAÇÃO Sujeito: 39 Sexo: F Idade: 22 Escolaridade: Sup. Incompleto Renda: de 3 a 6 salários Tempo que frequenta o CSF São Geraldo: 5 anos
ESTRUTURA	Cognitivo
SENTIDO	Profissionais e usuários abraçados se acolhendo.
QUALIDADE	Lugar de união, amizade, cuidado, paciência.
SENTIMENTOS	Carinho, segurança
METAFORA	Casa acolhedora, tem cuidado com cada usuário.
IMAGEM AFETIVA	A UBS ‘casa acolhedora’ é aquela onde todas as pessoas são acolhidas e cuidadas, pois é um lugar de união, amizade, carinho, paciência e segurança que se revela na imagem de pertencimento

Fonte: Elaborado pela autora

A predominância de sentimentos de pertencimento com relação ao CSF São Geraldo, 39% dos entrevistados, indica que a unidade de saúde é integrada à comunidade e, assim sendo, as pessoas se sentem familiarizadas com este lugar. Essa integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS é apontada na PNAB (2012) como uma das atribuições específicas dos ACS e, dessa forma visa, promover maior participação e empoderamento das pessoas com relação ao seu processo de saúde.

As imagens de agradabilidade estão relacionadas a lugares percebidos como agradáveis, sossegados, tranquilos, bonitos, com estrutura física e condições climáticas adequadas, que atendem às necessidades do sujeito, onde se tem possibilidades de melhorar de vida, e que despertam sentimentos de alegria, prazer, segurança, como pode ser visto no mapa afetivo 30 (ver quadro 5). Neste, a jovem de 21 anos percebe o CSF São Geraldo como um lugar de ajuda, que atende às suas necessidades de cuidados médicos com a saúde, como o serviço de prevenção de câncer.

Quadro 5 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 30

	IDENTIFICAÇÃO Sujeito: 30 Sexo: F Idade: 21 Escolaridade: Sup. Incompleto Renda: de 3 a 6 salários Tempo que frequenta o CSF São Geraldo: 10 anos
ESTRUTURA	Cognitivo.
SENTIDO	Um bom lugar onde as pessoas encontram ajuda.
QUALIDADE	Lugar de ajuda, auxílio, companheirismo, união, qualidade, prevenção, saúde, amizade.
SENTIMENTOS	Alegria.
METÁFORA	Jardim.
IMAGEM AFETIVA	A UBS ‘jardim’ é aquela que as pessoas encontram ajuda, amizade, auxilia, companheirismo, saúde, sentem alegria e que se revela na imagem de agradabilidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

A porcentagem de mapas afetivos indicadores de agradabilidade, 27%, indica que grande parte dos cidadãos-usuários do CSF São Geraldo identifica essa unidade de saúde como um lugar harmonioso, agradável. Dessa forma, é possível

observar que a estima relacionada à agradabilidade está diretamente associada à perspectiva da ambiência na política de humanização do SUS. Ambas dizem respeito não somente à confortabilidade que se revela na adequação do ambiente no nível físico, mas também por meio do acolhimento, resolutividade e humanização oferecidos na UBS. Assim, a agradabilidade com relação à unidade pode indicar uma ambiência promotora de saúde.

De acordo com Heller (1993) quando se trata da relação recíproca entre sentimento, implicação e familiaridade, quanto maior o nível de familiaridade, maior será o grau de implicação do sujeito. Assim, considerando o exposto, pode-se afirmar que os sentimentos de pertencimento e agradabilidade com relação ao CSF São Geraldo, os quais se assemelham ao de familiaridade uma vez que são indicativos de sentimentos de apropriação e de participação comunitária (CABRAL, 2015), podem revelar a implicação afirmativa dos cidadãos-usuários com o referido lugar.

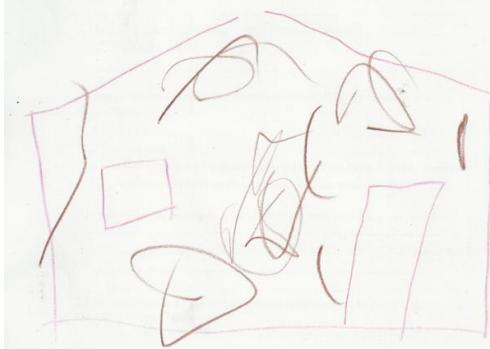
Considerando ainda a indissociabilidade entre pensar, sentir e agir, bem como, a importância da inter-relação pessoa-ambiente na construção desses comportamentos, infere-se que a estima de pertencimento com relação à unidade de saúde pode orientar os sujeitos a realizarem comportamentos saudáveis, conforme indicado no CSF. Uma vez que, conforme demonstrado anteriormente, a estima de lugar potencializadora, enquanto orientadora da ação, revela uma implicação positiva, ou seja, afirmativa, dos sujeitos para com os lugares, no caso, para com a unidade de saúde.

Os sentimentos despotencializadores são revelados através das imagens de insegurança e destruição. Os mapas afetivos de insegurança estão relacionados a sentimentos de desamparo, desconfiança, medo, ansiedade, desproteção e às sensações de sufocamento, de perigo e de que algo ruim pode acontecer. Já os mapas afetivos de destruição estão associados a lugar percebido como poluído, sujo, destruído, que tem estrutura precária e que desperta sentimentos de vergonha, raiva, nojo, desprezo. Em nenhum mapa afetivo dos sujeitos participantes da pesquisa foi encontrado o predomínio do sentimento de insegurança e apenas 5 revelaram sentimentos de destruição.

As imagens de destruição estão ligadas à unidade de saúde caracterizada como um lugar abandonado pelos gestores, ou seja, sem recursos quer de profissionais ou de material de consumo, desorganizado, descuidado, onde as pessoas são tratadas com arrogância ou de maneira desigual dependendo do nível de conhecimento que se

tenha com os profissionais da unidade. Os sentimentos despertados por esse lugar são de sofrimento, tristeza e insegurança, como mostra o mapa afetivo 3 (ver quadro 6):

Quadro 6 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 3

		IDENTIFICAÇÃO Sujeito: 3 Sexo: F Idade: 67 Escolaridade: Sem estudos Renda: Não declarou Tempo que frequenta o CSF São Geraldo: Não frequenta
ESTRUTURA	Cognitivo.	
SENTIDO	Na cidade não tem nada, está tudo bagunçado, assalto, roubo, invasão de casa, etc. A UBS parece que é uma das melhores, mas não frequento.	
QUALIDADE	Lugar abandonado, de desordem.	
SENTIMENTOS	Sofrimento, tristeza, desprezo.	
METÁFORA	Sofrimento do pobre.	
IMAGEM AFETIVA	A UBS ‘sofrimento do pobre’ é um lugar abandonado de desordem que causa sentimento de sofrimento do pobre, tristeza e se revela na imagem de destruição.	

Fonte: Elaborado pela autora.

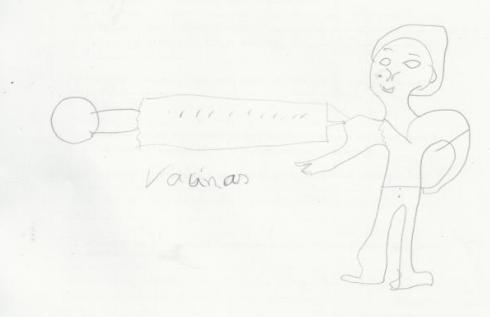
Este revela uma imagem de destruição com a percepção de que o lugar está abandonado e sem ordem. Esses sentimentos são revelados por pessoas com pouco sentimento de agradabilidade, pois como mostra Bomfim et al (2013), quanto maior o índice de agradabilidade, menor o de destruição. Assim, isso significa que o afeto de destruição está relacionado à maneira como os cidadãos-usuários estão percebendo a ambiência da UBS, seja em seus aspectos relacionados à estrutura física, à resolutividade dos problemas de saúde ou à humanização na promoção da qualidade de vida.

O sentimento de destruição, como despotencializador da ação, aponta, de acordo com Heller (1993), para uma implicação negativa, ou ainda negadora, dos sujeitos com relação aos lugares. A partir disso infere-se que 12% dos cidadãos-usuários entrevistados, ou seja, aqueles com estima caracterizada pelo indicador afetivo de destruição com relação ao CSF, não consideram a relevância desse equipamento em suas vidas, portanto, indicam que não têm seus comportamentos orientados pela estima de lugar que têm à unidade de saúde.

As imagens de contraste estão associadas à alternância de sentimentos potencializadores e despotencializadores. Esses se manifestam nas descrições de que ter uma UBS perto de casa é bom, mas que esta nem sempre tem os recursos necessários para ajudar a população, ou os tem de maneira insuficiente e por isso atende às necessidades de umas pessoas e outras não. Nesse cenário são despertados sentimentos de felicidade e confiança quando as pessoas são atendidas satisfatoriamente e de tristeza, insegurança e antipatia quando as pessoas não têm suas necessidades respondidas satisfatoriamente.

Assim, a imagem de contraste apresenta aspectos potencializadores e despotencializadores, podendo haver predominância de um dos dois. Nessa pesquisa, foram identificados 9 mapas afetivos que revelaram contraste. Nesses estão presentes falas que retratam a importância do CSF no bairro, mas que nem sempre a unidade de saúde atende às necessidades da população, como revela o mapa exposto no quadro 7. Neste, uma senhora de 43 anos compara a UBS a um hospital dizendo que é ótimo quando tem médico, pois é um lugar de promoção da saúde, de prevenção de doenças, no entanto fica triste porque nem sempre o médico está presente.

Quadro 7 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 5

	<p>IDENTIFICAÇÃO Sujeito: 5 Sexo: F Idade: 43 Escolaridade: E F Completo Renda: de 1 a 3 salários Tempo que frequenta o CSF São Geraldo: 10 anos</p>
ESTRUTURA	Cognitivo.
SENTIDO	Sempre sou bem atendida quando vou dar as vacinas de minha neta. Lá se fala das prevenções das doenças. É ótimo quando tem médico, mas nem sempre tem. Aí é difícil.
QUALIDADE	Lugar de saúde, prevenção, choro, febre.
SENTIMENTOS	Tristeza.
METÁFORA	Hospital.
IMAGEM AFETIVA	A UBS ‘hospital’ é aquele lugar de saúde, prevenção, que é ótimo quando tem médico, mas é difícil quando não tem. Também é um lugar de choro, febre e tristeza, portanto se revela na imagem de contraste.

Fonte: Elaborado pela autora.

O contraste é também encontrado no mapa de uma senhora¹² de 33 anos quando esta diz que a unidade de saúde é como um sorvete, pois é bonito, harmonizado, mas acaba logo, não atende a necessidade de todos porque muitas vezes o médico não cumpre o horário.

Assim, nos mapas reveladores de contraste estão presentes discursos que retratam a importância de ter uma unidade de saúde perto de casa, mas que com relação a essa há sentimento de medo de não ser bem atendida, de desamor pela unidade por sentirem que só algumas pessoas têm acesso aos recursos que deveriam ser disponibilizados a toda a comunidade, como pode ser observado no quadro 8.

Quadro 8 – Mapa afetivo do CSF São Geraldo 35

	IDENTIFICAÇÃO Sujeito: 35 Sexo: F Idade: 72 Escolaridade: E F Incompleto Renda: 1 salário Tempo que frequenta o CSF São Geraldo: 20 anos
ESTRUTURA	Cognitiva.
SENTIDO	Tem gente lá que é muito orgulhosa. É bom ter um posto perto de casa, mas as vezes eles estão parados, e demoram a atender, nunca tem remédio. Só quem tem amizade consegue as coisas.
QUALIDADE	É bom perto de casa, lugar que atende mal, falta ficha, demora, as pessoas estão de cara feia.
SENTIMENTOS	Medo.
METÁFORA	É como uma fruta, tem gente que gosta e tem gente que não gosta. Para umas é boa e para outras é ruim.
IMAGEM AFETIVA	A UBS ‘fruta’ é aquela que é bom que esteja perto de casa, mas que para algumas pessoas é boa e para outras não é, pois quem tem amizades lá consegue as coisas, mas outras pessoas não conseguem. Esta se revela na imagem de contraste.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nesse uma senhora de 72 anos diz que é bom ter uma unidade de saúde próximo à sua casa, mas tem medo de ir ao CSF e ser mal atendida, pois lá é como uma ‘fruta’, quem tem conhecimento e gosta, a considera boa; quem não conhece, não é acostumado com ela, por isso a considera ruim.

¹² Sujeito 31 em anexo.

Através desse relato é possível perceber tanto sentimentos afirmativos, relacionados à segurança de ter uma unidade de saúde perto de casa, mas ao mesmo tempo revela também sentimentos negadores da UBS, como o de insegurança no que se refere ao atendimento às suas necessidades. Assim, apresenta sentimentos potencializadores e despotencializadores da ação de seguir as orientações da unidade de saúde.

No quadro 9 estão descritos, separados de acordo com a imagem afetiva, qualidade e sentimentos apresentados pelos 41 cidadãos-usuários do CSF São Geraldo com relação à referida unidade de saúde.

Quadro 9 – Imagens afetivas do CSF São Geraldo por qualidades e sentimentos.

Imagens	Qualidade	Sentimentos
Pertencimento	Bom, satisfatório, afetuoso, legal, ótimo, harmonioso, lugar de cuidado, de ajuda, de colaboração, acolhedor, lugar de atenção, lugar de carinho, importante, bom atendimento, lugar de companheirismo, de saudade, boas lembranças, bom para conversar, humanizado, as pessoas são responsáveis e pontuais	Carinho, atenção, respeito, acolhimento, alegria, amor, felicidade, calma, saudade, esperança, paz, confiança.
Agradabilidade	Agradável, tranquilo, próspero, bom atendimento, organizado, belo, harmonioso, limpo, lugar onde se consegue medicação, vacinas, médicos, ajuda, apoio, cuidado, orientação, atenção, igualdade, responsabilidade	Segurança, tranquilidade, paz, amor, alegria, felicidade, sentimento de ajuda, carinho.
Destrução	Desorganizado, abandonado, sem recursos, descuidado, lugar de desigualdade, de arrogância, de desordem.	Tristeza, insegurança, sofrimento, arrogância, desamor, indiferença, desafeto.
Contraste	Bons serviços/desafeto, uns conseguem atendimento/outras não conseguem, bom atendimento/antipáticas, bom atendimento/não cumprem horário, início bom/depois desaponta, lugar bom/médico ruim, respeito/melhorar o atendimento, bom/falta recursos, tranquilo/nem todos são atendidos, lugar de saúde/falta médico	Felicidade/tristeza, felicidade/antipatia, confiança/desapontamento

Fonte: Elaborado pela autora.

As metáforas, formas de apreensão dos afetos que ultrapassam o nível da cognição, demonstram que a UBS São Geraldo é sentida, entre as pessoas com estima de lugar potencializadora, como um lugar que acolhe, protege, dá segurança, ampara como a própria casa ou a casa de alguém querido, e como o trabalho. É sentida ainda como um lugar que promove saúde e bem-estar tal como uma clínica, hospital e igreja. E como um espaço agradável no qual é possível estabelecer boas relações, como um jardim, praça, um bom lugar.

Quadro 10 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos potencializadores

Potencializador
Minha mãe, casa de um irmão, casa dos filhos, jardim, meu lugar de trabalho, segunda casa, casa, hospital, igreja, miniclinica, família, lugar de anjo, minha casa, maçã, boas amizades, praça, bom lugar, felicidade, pessoa que ajuda

Fonte: Elaborado pela autora.

As pessoas que demonstraram estima de lugar despotencializadora tiveram mais dificuldades de estabelecerem uma metáfora que identificasse seu afeto com relação à UBS. Estas se voltaram para a estrutura arquitetônica da unidade e disseram que fisicamente parecia uma casa, ou ainda, uma casa comum, fechada, inerte, abandonada, descuidada, como apresentado no quadro 11. Esse fato nos remete à unidade entre o pensar, sentir e agir defendidos pelos autores apresentados na discussão teórica desse trabalho, sobretudo à indissociabilidade entre afeto, pensamento e linguagem presente no pensamento vygotskyano. Como cita Brandão (2012, p. 149) ao tratar do autor soviético, “A afetividade confere, portanto, sentido novo ao agir prático e linguístico dos sujeitos, pois o afeto é também o resultado de uma avaliação que indivíduo faz do mundo que o cerca e com o qual se relaciona”.

Assim, sem a capacidade de impressão das emoções nos objetos, ou ainda, tomado de afetos despotencializadores não é possível que se realize o processo criativo, autônomo e livre de compreensão do mundo, restando apenas a concretude, rigidez e a repetição do que está posto, de maneira servil e heterônoma, uma vez que “(...)as vivências afetivas interferem na compreensão da realidade e na possibilidade efetiva de sua transformação” (BRANDÃO, 2012, p. 145).

A unidade de saúde foi descrita também como um ‘nada’, ou seja, como aquela que parece inexistente, pois como não atende às necessidades do sujeito, esse não a procura.

Quadro 11 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos despotencializadores.

Despotencializador
Casa comum, casa, nada

Fonte: Elaborado pela autora.

As metáforas de contraste estabelecem relação entre a UBS São Geraldo e o hospital, a Unimed e a política por serem instituições importantes pelos serviços que se propõem a oferecer à população e que no início até os oferecem, mas que com o tempo passam a ficar abandonadas, desorganizadas, esquecidas, deixam de atender às demandas da população de maneira satisfatória e por isso ficam desacreditadas. A associação da UBS São Geraldo com ‘maçã’, ‘fruta’, ‘sorvete’ diz da unidade aparentemente bonita, boa, mas que assim é para algumas pessoas e para outras não.

O contraste, portanto, se revela de duas maneiras. Uma diz respeito ao processo de precarização dos serviços, pois inicialmente há condições de atendimento e com o tempo deixa de ter. A outra diz da seletividade do serviço prestado, pois as pessoas que não têm boas relações interpessoais na UBS sentem que não conseguem usufruir dos mesmos serviços de quem tem relações mais próximas com funcionários da unidade.

Quadro 12 – Metáforas do CSF São Geraldo apresentadas nos mapas afetivos de contraste.

Contraste
Hospital, Unimed, política, sorvete, maçã, fruta.

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir das qualidades, sentimentos e metáforas apresentados pelos cidadãos-usuários do CSF São Geraldo é possível perceber que as imagens de agradabilidade e pertencimento, ou seja potencializadoras, estão relacionadas a sentimentos indicativos de qualidade de vida e bem-estar, como alegria, paz, confiança e tranquilidade. Já as imagens de destruição estão associadas a sentimentos de mal-estar, como tristeza, sofrimento, insegurança e abandono. Assim sendo, fica evidente que a estima de lugar é uma dimensão da saúde que deve ser considerada na ABS.

A partir da análise das entrevistas acerca do modo de vida saudável foi possível identificar que 29 sujeitos que foram entrevistados se consideram saudáveis, 8 não se consideram saudáveis e 4 se avaliam como parcialmente saudáveis, como apresentado no gráfico 7.

Gráfico 7- Distribuição das pessoas com relação à percepção de sua saúde



Fonte: Elaborado pela autora

Ao analisar as justificativas pelas quais os sujeitos se consideram ou não saudáveis, foi possível identificar 4 maneiras pelas quais eles compreendem a saúde: como ausência de doenças, como resultado de um estilo de vida saudável, como possibilitada pelas condições socioambientais e como fruto de bem-estar subjetivo, conforme demonstrado no quadro 13.

Quadro 13 – Distribuição das respostas de acordo com a compreensão da saúde

Compreensão da saúde	Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?
Ausência de doenças	<p>Não tanto, por não ter uma saúde completa (sujeito 1)</p> <p>Mais ou menos, porque sofro de labirintite, tenho pressão alta e épocas depressivas (Sujeito 2)</p> <p>Sim, porque como o que quero e não fico doente (Sujeito 3)</p> <p>Mais ou menos, porque tenho pressão alta (Sujeito 4)</p> <p>Sim, não tomo remédios todos os dias como muitas pessoas que vejo (Sujeito 5)</p> <p>Não, muitos problemas de saúde (Sujeito 10)</p> <p>Sim, não tenho doença, até sou doadora de sangue (Sujeito 12)</p> <p>Sim, porque sempre me policio para evitar doenças (Sujeito 17)</p> <p>Sim, porque dificilmente fico doente (Sujeito 19)</p>

	<p>Não, por ter glaucoma, colostomia e labirintite (Sujeito 20)</p> <p>Sim, porque graças a Deus não sinto nada (Sujeito 21)</p> <p>Não, sinto muitas dores (Sujeito 23)</p> <p>Sim, não sinto nada, não tenho doença nenhuma (Sujeito 24)</p> <p>Sim, porque eu não sinto nada. Dificilmente sinto uma gripe (Sujeito 26)</p> <p>Não, porque eu tenho vários problemas de saúde (Sujeito 27)</p> <p>Sim, muito difícil eu adoecer (Sujeito 28)</p> <p>Sim, não tenho reclamação de doenças já com 72 anos (Sujeito 35)</p> <p>Sim, porque não adoeço com muita frequência (Sujeito 36)</p> <p>Mais ou menos, porque ultimamente tenho sofrido com algumas dores frequentes (Sujeito 38)</p> <p>Sim, porque, apesar de não ter um estilo de vida saudável, não adoeço com frequência (Sujeito 40)</p>
Estilo de vida	<p>Não, como muita gordura (Sujeito 8)</p> <p>Não muito, pois não tenho tempo para me cuidar (Sujeito 9)</p> <p>Sim, porque não gosto de coisas erradas (Sujeito 11)</p> <p>Sim, porque procuro sempre cuidar da minha saúde praticando exercício e me alimentando bem (Sujeito 30)</p> <p>Sim, porque pratico atividades (Sujeito 31)</p> <p>Sim, porque sempre tento cuidar da minha saúde bebendo muita água (Sujeito 32)</p> <p>Não, porque não pratico atividades físicas (Sujeito 33)</p> <p>Sim, porque eu me cuido, cuido da alimentação, faço física na praça (Sujeito 34)</p> <p>Sim, porque procuro me alimentar de maneira saudável (Sujeito 37)</p> <p>Não, não mantendo hábitos saudáveis, não me alimento bem e nem faço exercícios (Sujeito 39)</p>
Perspectiva socioambiental	<p>Sim, porque trabalho (Sujeito 7)</p> <p>Sim, porque tenho disposição, gosto de trabalhar e tenho um trabalho (Sujeito 29)</p>
Bem-estar subjetivo	<p>Sim, porque me sinto feliz por ter Deus diante de mim (Sujeito 15)</p> <p>Me considero uma pessoa saudável espiritualmente (Sujeito 16)</p> <p>Mesmo diante da enfermidade me sinto saudável porque sou feliz (Sujeito 18)</p> <p>Sim, me sinto bem sempre, estou sempre de bom humor (Sujeito 22)</p> <p>Sim, porque sou uma pessoa alegre e sempre procuro estar bem (Sujeito 41)</p>
Bem-estar e ausência de doenças	<p>Sim, pois tenho saúde, meus filhos e netos gostam de mim (Sujeito 6)</p> <p>Sim, porque sempre procuro fazer atividade física e tomo sempre os meus medicamentos (Sujeito 14)</p>
Bem-estar subjetivo e estilo de vida	<p>Sim, porque tenho carisma, força de vontade, caminho e ando de bicicleta as vezes (Sujeito 13)</p> <p>Sim, porque procuro sempre me alimentar bem, cuidar da minha saúde e estar com meus amigos (Sujeito 25)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

A primeira forma de compreender a saúde apresentada no quadro tem como base o modelo biomédico, segundo o qual a saúde é vista apenas como ausência de doenças. De acordo com esse ponto de vista, as doenças têm causas atribuídas à patógenos e sua cura à intervenção de profissionais da saúde de maneira direta e individual. Nesta categoria foram incluídas 20 respostas que continham queixas de alguma doença e as que relatavam ser saudáveis porque não tomam remédios, não têm problemas de saúde, e que dificilmente adoecem.

A segunda perspectiva está amparada, sobretudo no Relatório Lalonde que influencia, por sua vez, o primeiro documento da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado em versão preliminar em 2002. Neste, a saúde é vista como resultado dos comportamentos dos sujeitos e, portanto, estabelece um conjunto de comportamentos que definem um estilo de vida saudável. Estes estão associados, sobretudo, ao comportamento alimentar, à prática de atividade física e ao não consumo de álcool e outras drogas.

Nessa categoria foram incluídas respostas de pessoas que se consideram saudáveis por terem um estilo de vida saudável, como ter hábitos relacionados ao cuidado com a alimentação, à prática de atividade física e ao não consumo de álcool e drogas. E aquelas que, embora não se queixem de nenhuma doença específica, não se consideram saudáveis por não terem o estilo de vida estabelecido como saudável, ou seja, não terem em seu cotidiano comportamentos, principalmente, voltados para o cuidado com a alimentação e a para realização de atividade física, como descrito por Paz et al (2011). Das respostas analisadas, 10 foram classificadas como sendo uma compreensão da saúde como estilo de vida saudável.

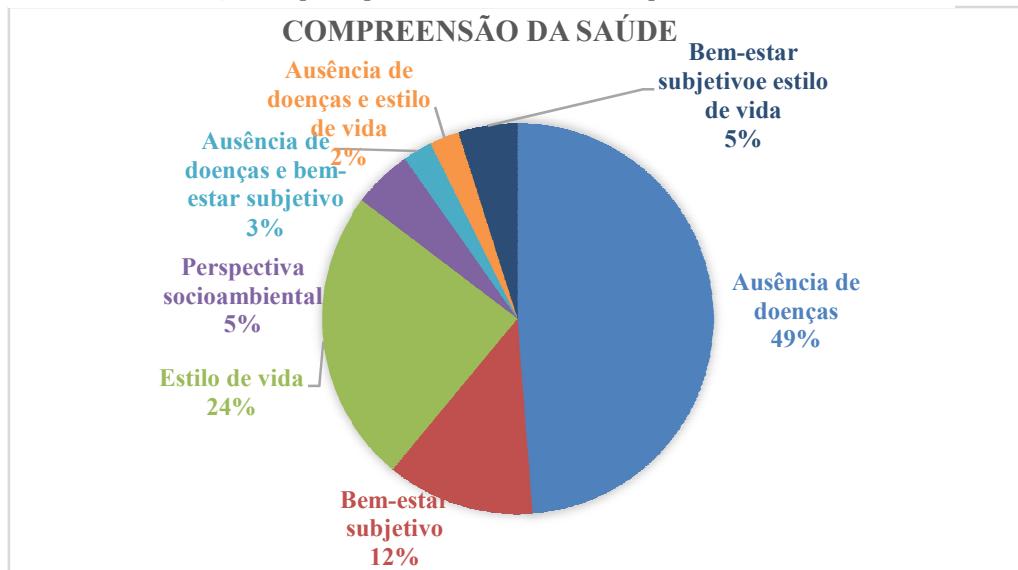
A terceira perspectiva da saúde identificada nas entrevistas é apresentada na Carta de Ottawa. Esta, inspiração da PNPS de 2006, aponta para um entendimento da saúde segundo a compreensão socioambiental. De acordo com esta concepção, a saúde é pensada a partir dos determinantes sociais da saúde, ou seja, das condições econômicas, políticas, socioculturais e ambientais que são possibilitadas aos sujeitos. Foram incluídas, nesta categoria, 2 respostas das pessoas que associaram a saúde ao trabalho e lazer, uma vez que estes são resultados das condições socioambientais nas quais os sujeitos estão inseridos.

A partir da análise das entrevistas foi possível identificar ainda respostas nas quais os sujeitos relacionam a saúde a aspectos mais subjetivos, como a sua disposição emocional diante da vida, por isso essa categoria foi denominada de bem-estar subjetivo.

Nessa estão 5 respostas de pessoas que se consideram saudáveis por se sentirem felizes, terem amigos, boas relações interpessoais, bom humor, fé, ou seja, que relacionam saúde ao bem-estar subjetivo.

Nesse processo de categorização, foram encontrados, ainda, 2 respostas que relacionam a saúde à associação entre um estilo de vida saudável e bem-estar subjetivo; 1 à junção de ausência de doenças e bem-estar subjetivo e 1 à ausência de doenças e estilo de vida, conforme apresentado no gráfico 8.

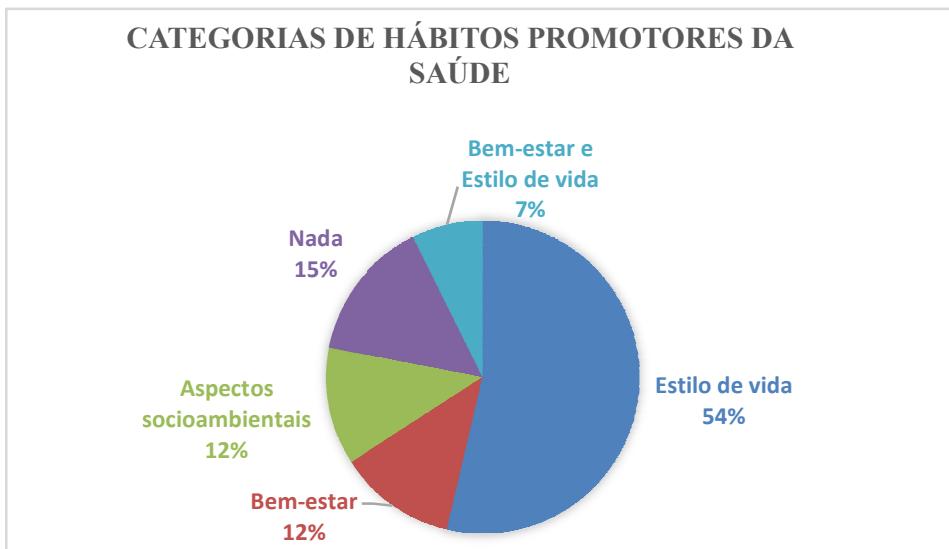
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a compreensão acerca da saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Perguntado às pessoas se possuem hábitos que proporcionam que elas sejam mais saudáveis, 35 responderam afirmativamente, como indicado no gráfico 9.

Gráfico 9 – Distribuição dos participantes por categorias de hábitos que proporcionam saúde



Fonte: Elaborado pela autora.

Destas 35 pessoas, 22 apontaram comportamentos relacionados ao estilo de vida, principalmente os relacionados ao cuidado com a alimentação e a prática de atividade física; 5 pessoas citaram aspectos relacionados ao bem-estar como rezar, visitar os enfermos, rir, estar sempre de bom humor, ficar com amigos e familiares; também 5 pessoas citaram aspectos socioambientais, pois disseram que o que as deixam mais saudáveis é trabalhar; e 3 sujeitos relacionam aspectos voltados para o estilo de vida e bem-estar.

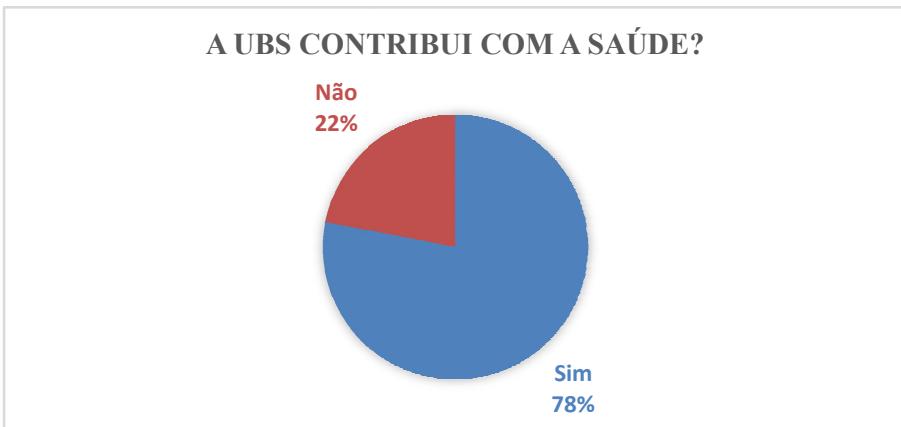
É possível observar que, embora 49% das pessoas entenda a saúde como ausência de doenças, nenhuma cita comportamentos voltados para essa categoria, como uso de medicamentos, consultas, exames quando indagadas sobre hábitos promotores de

Gráfico 10 – Distribuição das respostas sobre a contribuição da UBS São Geraldo com a saúde das pessoas.

saúde. Esses dados podem indicar que essas pessoas que compreendem a saúde como ausência de doenças, entendem o estilo de vida saudável mais sob a perspectiva da prevenção de doenças do que visando uma qualidade de vida, assim os comportamentos saudáveis têm como objetivo evitar alguma patologia ou agravo.

Com relação aos aspectos socioambientais tem-se que 32 pessoas consideram que a UBS contribui para que as pessoas fiquem mais saudáveis seja através de consultas, medicamentos, vacinas, acompanhamento da pressão arterial ou por meio de orientações, aconselhamentos e campanhas informativas acerca da saúde ou ainda através de atividades que promovem saúde e bem-estar como as celebrações das datas comemorativas. Apenas 9 respondentes disseram que a UBS não contribui ou que eles

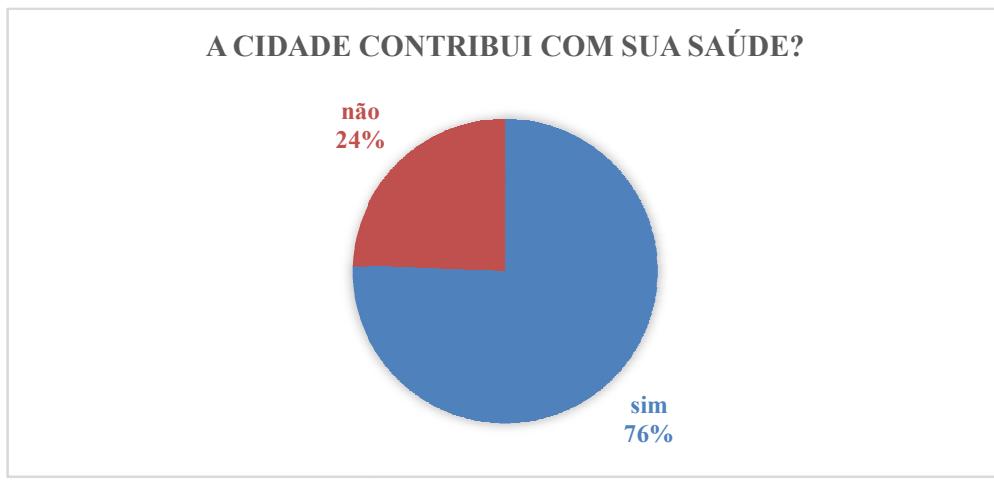
não participam das atividades propostas por esse equipamento, como indicado no gráfico 10.



Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação ao município, 31 pessoas afirmam que a cidade contribui sim para que elas sejam mais saudáveis devido a aspectos como a tranquilidade da cidade, a natureza, ainda que pouca, a praça central, por ser grande e bem localizada. Citam ainda, a limpeza pública, o saneamento básico e a oferta de equipamentos de saúde como o hospital regional, as clínicas e os CSF. Enquanto 10 pessoas consideram que a cidade não contribui para que elas sejam mais saudáveis e atribuem essa resposta, principalmente, à falta de trabalho na cidade, ou seja, a um aspecto socioambiental.

Gráfico 11 – Distribuição das respostas acerca da contribuição da cidade com a saúde das pessoas



Fonte: Elaborado pela autora.

Considerando os dados das entrevistas, é possível observar que os sujeitos se consideram saudáveis, buscam manter hábitos que lhes proporcionem mais saúde e entendem que tanto o CSF São Geraldo quanto o município de Icó influenciam o processo de saúde dos cidadãos.

É possível perceber, ainda, que embora grande parte dos entrevistados compreendam a saúde como ausência de doenças, a implicação destas com a saúde não se dá por meio de uso de medicamentos, consultas ou tratamentos, e sim, através de um modo de vida considerado saudável, como o cuidado com a alimentação e a prática de atividade física. Isso pode indicar que as pessoas entendem que esses comportamentos previnem doenças. De maneira que, em outras palavras, os sujeitos se implicam ainda sob a perspectiva de evitar, ou seja, prevenir doenças e não sob um viés positivo, no sentido de afirmar a saúde como qualidade de vida.

Embora por esta pesquisa não seja possível definir, sabe-se que as informações acerca da saúde chegam às pessoas por muitas fontes, sobretudo, através dos meios de comunicação em massa, principalmente a televisão que veicula diversas propagandas e programas que apresentam a importância do cuidado com a alimentação e a realização de atividades físicas para se manter saudável. Dito isso, retomamos o pensamento espinosano para inferir, a partir das evidências conseguidas nessa pesquisa, que a implicação desses sujeitos com um modo de vida saudável, constituídas através das informações que lhes chegam acerca do que é uma vida saudável, ocorre por meio de paixões tristes, uma vez que os seus comportamentos saudáveis são fruto do medo, da evitação da doença ou seu agravo.

A partir das informações conseguidas nessa pesquisa, pode-se observar que a compreensão dos sujeitos acerca do que é um estilo de vida saudável tem se constituído a partir de relações pautadas na tríade, conforme apresenta Brandão (2012), paixão-heteronomia-servidão, uma vez que é amparada na perspectiva da evitação, negação, medo da doença ou seu agravo. Assim, os sujeitos não se sentem autônomos para agir em prol de uma qualidade de vida. Eles agem de maneira a seguir as orientações que lhes chegam com o intuito de esquivar-se da doença.

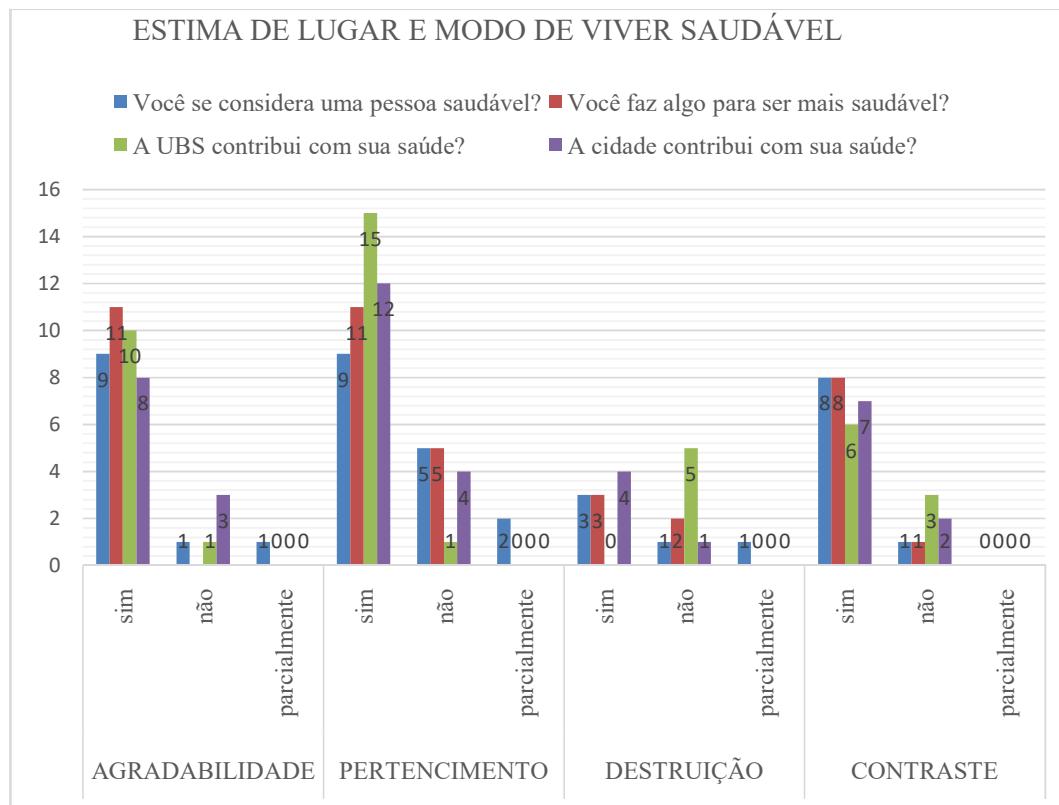
Dessa forma, ainda que se digam saudáveis, pode-se afirmar, embora posteriormente seja necessária uma investigação mais direcionada, que essa compreensão da saúde está amparada em relações servis, de passividade e medo, portanto, são geradoras de sofrimento ético-político. As pessoas se sentem reféns de um

estilo de vida específico e determinado, e não autônomas, criativas, alegres e propositivas na busca de sua qualidade de vida.

Analizados os resultados conseguidos a partir do IGMA e da entrevista, buscou-se estabelecer as inter-relações entre a estima de lugar e as implicações com o modo de viver saudável através do cruzamento dos dados conseguidos por meio dos instrumentos supracitados. A partir desse procedimento, foram encontrados os dados apresentados no gráfico 12.

De acordo com a disposição dos dados apresentados no gráfico 12, é possível observar que a maior parte das pessoas se considera saudável e faz algo para ser mais saudável. No entanto, as que apresentam estima de destruição com relação ao CSF São Geraldo não consideram que a referida unidade tenha qualquer contribuição em seu estado de saúde.

Gráfico 12 – A distribuição da estima de lugar pelas respostas acerca do modo de viver saudável



Fonte: Elaborada pela autora.

Com relação às primeiras colunas do gráfico 12 é possível observar que as pessoas com estima de agradabilidade com relação ao CSF São Geraldo se consideram

saudáveis e mantêm hábitos relacionados a um estilo de vida saudável. Além disso, grande parte considera que a unidade de saúde e a cidade contribuem com sua saúde, ou seja, tem sentimentos afirmativos com relação à ação da UBS São Geraldo na comunidade.

A estima de agradabilidade para com o CSF, conforme já discutido, está associada à ambiência da unidade de saúde. Ambas, agradabilidade e ambiência, dizem respeito não só à confortabilidade física, mas também à capacidade de resolutividade e humanização da UBS.

Essa relação pode ser confirmada através das falas dos cidadãos-usuários que revelaram a disposição afetiva em questão. Essas pessoas sentem que tem as suas necessidades de saúde atendidas na UBS e dizem ser sempre bem atendidas pelos profissionais da unidade, conforme pode ser observado no quadro 14:

Quadro 14 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de agradabilidade acerca da contribuição da UBS com sua saúde

Estima	A UBS contribui para que você seja mais saudável?
Agradabilidade	<p>Porque atende direito e é próximo (Sujeito 7)</p> <p>De nenhuma forma, pois não participo ativamente, tem apenas as visitas da ACS (Sujeito 14)</p> <p>Atendimento médico sempre que preciso, vacinação em dia para toda a família e prevenções (Sujeito 17)</p> <p>Com a assistência e a medicação (Sujeito 18)</p> <p>Sempre que preciso, meus problemas de saúde são solucionados (Sujeito 19)</p> <p>Com a contribuição do médico e suas orientações (Sujeito 20)</p> <p>Medicamentos e médicos (Sujeito 28)</p> <p>Através de consulta, nos ajudando a cuidar da saúde (Sujeito 29)</p> <p>Através de campanhas, ações voltadas para prevenção e promoção de saúde (Sujeito 30)</p> <p>Está sempre aberto, é limpo, organizado (Sujeito 38)</p> <p>Com atendimento que é muito bom e com a atenção que eles dão à comunidade (Sujeito 41)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

As respostas ora apresentadas revelam que o sentimento de agradabilidade pode ser associado a relações mais pessoais, próximas, com atenção¹³, próprias de lugares mais interioranos, onde ainda se conservam costumes mais rurais. Essa estima

¹³ Ver respostas dos sujeitos 7 e 41.

se revela ainda no sentimento de bem-estar na ambiência ocasionado por ser um lugar limpo e organizado¹⁴. Nesse sentido, os dados corroboram observações realizadas em outras pesquisas, nas quais a estima de agradabilidade é associada à relação dos sujeitos com a natureza e o modo de vida rural (CABRAL, 2015), à sensação de bem-estar no ambiente (FELIX, 2011).

Além disso, a pesquisa descrita nessa dissertação mostra que a estima de agradabilidade com relação ao CSF São Geraldo está associada sobretudo à capacidade de resolutividade que este oferece. As pessoas o percebem como agradável porque lá é possível conseguir assistência médica, medicamentos, vacinas e exames de prevenção¹⁵.

A segunda parte do gráfico mostra que 56% das pessoas com estima de pertencimento se consideram saudáveis, 31% não se percebem saudáveis e 13% como parcialmente saudáveis. Das 16 pessoas que revelaram estima de pertencimento, 69% relata que tem hábitos promotores de saúde e 31% diz não fazer nada para ser mais saudável. A maior parte, 94% reconhece a UBS como um instrumento importante para sua saúde, e 75% entende a cidade também como relevante para o seu estado de saúde.

A estima de pertencimento indica que essas pessoas se sentem parte da UBS, o que justifica o fato de praticamente todos que apresentaram essa estima, inclusive os que se dizem não saudáveis, entenderem que a unidade de saúde contribui com sua saúde. Estes cidadãos-usuários entendem que a UBS presta um serviço importante na comunidade, embora não seja suficiente para todas as pessoas se sentirem saudáveis. Algumas pessoas, por exemplo, percebem-se doentes por serem hipertensas, mas reconhecem a importância da atuação da unidade de saúde no acompanhamento de sua pressão arterial.

A partir das respostas das pessoas com estima de pertencimento com relação à unidade de saúde, descritas no quadro 15, podemos observar que esse sentimento, tal como o de agradabilidade, está associado à capacidade de resolutividade da UBS¹⁶. Além disso, as respostas apontam para a questão da familiaridade ao fazer referência tanto à proximidade da UBS de suas casas quanto a atividades que promovem e demandam a ação comunitária. Dessa forma, essas respostas confirmam a associação entre a estima de pertencimento e a participação comunitária apontadas anteriormente

¹⁴ Ver resposta do sujeito 38.

¹⁵ Ver respostas dos sujeitos 17, 28, 29 e 30.

¹⁶ Ver respostas dos sujeitos 5, 6, 9, 16 e 26.

por Bomfim (2010), Alencar (2010) e Cabral (2015), bem como a relação entre sentimento de pertencimento, familiaridade e implicação apontada nesse trabalho¹⁷.

Quadro 15– Distribuição das respostas das pessoas com estima de pertencimento acerca da contribuição da UBS com sua saúde

Estima	A UBS contribui para que você seja mais saudável?
pertencimento	<p>Com as orientações que eles oferecem (Sujeito 1)</p> <p>Orientações, com os remédios e os cuidados (Sujeito 4)</p> <p>Verificar a pressão e atendimento (Sujeito 6)</p> <p>Quando preciso de medicamento vou buscar lá (Sujeito 9)</p> <p>Com os cuidados, é limpo, perto de casa, bom pra conversar (Sujeito 10)</p> <p>Com a atividade física que envolve a população (Sujeito 13)</p> <p>Através da medicação (Sujeito 16)</p> <p>Tem dentista, médico, enfermeiro, agente de saúde e é aqui perto (Sujeito 21)</p> <p>Com dentista e as ACS aconselhando a fazer exercício (Sujeito 23)</p> <p>Com palestras e agentes de saúde que estão sempre por aqui (Sujeito 24)</p> <p>Através de atividades desenvolvidas (Sujeito 25)</p> <p>Tem nutricionista, tem exercício com pessoas, exames (Sujeito 26)</p> <p>Lá posso conseguir ajuda quando preciso e é próximo (Sujeito 32)</p> <p>Através dos programas que tem e das atividades que tem lá (Sujeito 33)</p> <p>Com as ações de promoção e prevenção da saúde (Sujeito 36)</p> <p>Com as campanhas de prevenção e promoção de saúde (Sujeito 39)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação às pessoas com estima de destruição com relação ao CSF São Geraldo pode-se perceber que elas embora se percebam saudáveis, não consideram que a unidade tenha qualquer participação com sua saúde. Essa percepção ocorre não porque esses sujeitos desconsideram a importância dos aspectos socioambientais como dimensão da saúde, uma vez que apontam a importância da cidade nesse processo. O que ocorre é que a estima de destruição, sendo o inverso da de agradabilidade, revela que essas pessoas não consideram a UBS como um lugar harmonioso e nem com ambientes adequados. Dessa forma, esses sujeitos percebem a unidade como possuidora de baixo nível de confortabilidade, seja nos aspectos físicos, de resolubilidade e/ou de humanização, como pode ser visto no quadro 16.

¹⁷ Ver respostas dos sujeitos 10, 13, 21, 24, 32 e 33.

Quadro 16 – Distribuição das respostas das pessoas com estima de destruição acerca da contribuição da UBS com sua saúde

Estima	A UBS contribui para que você seja mais saudável?
Destruição	Até agora não contribuiu, pois não consegui fazer a prevenção (Sujeito 2) Não contribui, está tudo abandonado (Sujeito 3) Não contribui, só se tivesse um nutricionista (Sujeito 8) Não contribui, nunca consigo atendimento (Sujeito 37) Não, não faço uso frequente do posto (Sujeito 40)

Fonte: Elaborado pela autora.

Embora, conforme apresenta Bomfim (2010), a estima de destruição esteja mais voltada para os aspectos físicos dos ambientes, apenas um sujeito aponta essa dimensão em suas respostas¹⁸. As demais respostas dos cidadãos-usuários com estima de destruição com relação à UBS São Geraldo estão mais voltadas para a incapacidade da unidade de saúde em atender de maneira satisfatória a demanda dos cidadãos-usuários, ou seja, refere-se à incapacidade de resolubilidade da unidade de saúde. Dessa forma, na presente pesquisa, fica mais evidente o caráter da estima de destruição de ser o inverso da estima de agradabilidade, uma vez que as pessoas com esta estima apontaram justamente a capacidade de atender às suas demandas, ao passo que sujeitos com estima de destruição apontaram justamente o contrário, a incapacidade de atendê-las.

Das pessoas que revelaram estima de contraste com relação ao CSF, 89% se consideram saudáveis e fazem algo para se sentirem mais saudáveis. Enquanto 11% não se percebem como saudáveis e não têm hábitos que possibilitam ter mais saúde. Dos sujeitos com a estima em questão, 67% considera que a UBS contribui com sua saúde, 33% afirma que não. E 78% afirma que a cidade oferece condições para que seja mais saudável, enquanto 22% diz que não oferece.

Conforme já apresentado, a estima de contraste pode ser potencializadora ou despotencializadora. Isso significa que pessoas que revelam esse afeto, podem ter tanto comportamentos afirmadores quanto negadores da ação da UBS. Partindo desse pressuposto, observa-se que 67% das pessoas apresentam estima de contraste potencializador com relação ao CSF, uma vez que estas afirmam a contribuição da unidade em seu processo de saúde e 33% contraste despotencializador, já que negam essa participação da unidade.

¹⁸ Ver resposta do sujeito 3.

Quadro 17– Distribuição das respostas das pessoas com estima de contraste acerca da contribuição da UBS com sua saúde

Estima	A UBS contribui para que você seja mais saudável?
Contraste	<p>Com medicações e atendimentos quando tem médicos (sujeito 5)</p> <p>Sim, porque eles atendem, de cara feia, mas atendem (sujeito 11)</p> <p>No atendimento, quando preciso. Mas as vezes não tem recurso para todo mundo que precisa (Sujeito 12)</p> <p>Tudo que preciso encontro lá, mas precisam melhorar o atendimento (Sujeito 15)</p> <p>Com a visita da ACS, porque o médico não é bom (Sujeito 22)</p> <p>Tem atendimento com nutricionista, mas eu não frequento (Sujeito 27)</p> <p>Com atividades e palestras, mas eles precisam melhorar com o cumprimento do horário (Sujeito 31)</p> <p>Não contribui, porque lá por fora é de um jeito, mas dentro as pessoas são cara dura (Sujeito 34)</p> <p>O postinho é bom porque é aqui perto, mas deveria contribuir recebendo as pessoas bem (Sujeito 35)</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Como apresentado anteriormente, a estima de contraste revela polaridades entre emoções contraditórias com relação aos lugares. A partir das respostas dos sujeitos com estima de contraste em relação à UBS São Geraldo é possível perceber que essa estima pode ocorrer de duas maneiras distintas. Na primeira os sentimentos contraditórios parecem sincrônicos, ou seja, os sujeitos descrevem a coocorrência de sentimentos opostos, como pode ser observado nas falas do sujeito 11,15 e 31. As respostas desses cidadãos-usuários indicam que na unidade de saúde tem, ao mesmo tempo, aspectos que os agradam e outros que desagradam.

Dessa forma também, foi o contraste revelado entre os residentes da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE) (FEITOSA, 2014), entre os jovens moradores do bairro Jacarecanga, também em Fortaleza (MONTEIRO, et al, 2012), entre os funcionários de um Centro de Atendimento Psicossocial (CPAS), de Fortaleza (FÉLIX, 2011), e pelos moradores dos grandes centros urbanos (BOMFIM, 1990, 1999, 2010).

O indicador afetivo de contraste foi identificado, ainda, de maneira predominante entre jovens estudantes de uma escola particular de Fortaleza com relação aos bairros onde residem e onde se localizam a sua escola, conforme indicado na pesquisa, realizada em 2015/2016 no Laboratório de Psicologia Ambiental (Locus), intitulada Estima de lugar e indicadores afetivos de contrastes em jovens no contexto de

escolarização formal do município de Fortaleza: construção de projetos de vida e comprometimento ético-político na cidade, cujos dados foram descritos no relatório técnico apresentado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC).

A segunda maneira pela qual a estima de contraste foi revelada toma a dimensão temporal como balizadora, como pode ser observado nas respostas dos sujeitos 5 e 12. Esses afirmam que a UBS São Geraldo ora contribui, ora não, a depender dos meios que se tenham disponíveis no momento em que se precisa da ajuda. Dessa forma, o contaste aparece não de maneira sincrônica, mas por meio de alternância de estima. Assim, está mais relacionada à compreensão acerca da flutuação de ânimo apresentada por Espinosa (2014), já descrito anteriormente nesse trabalho.

Por meio da análise estatística complementar foi possível observar correlação entre a estima de lugar e o modo de vida saudável, como expresso no quadro 18.

Quadro 18– Correlações entre a estima de lugar e a implicação com um modo de vida saudável pela análise da equação estrutural

Implicação com um modo de vida saudável	Estimativa ¹⁹	P-valor ²⁰
Agradabilidade	0.734	0.971
Pertencimento	0.675	0.971
Destruição	- 0.662	0.971
Insegurança	- 0.274	0.971
Idade	0.024	0.970
Tempo de que frequenta a UBS	0.320	0.972

Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dos resultados apresentados no quadro 18 acerca das correlações entre a estima de lugar e a implicação com um modo de vida saudável é possível observar que a medida que a implicação com um modo de vida saudável aumenta 1

¹⁹ Indica a estimativa de correlação entre as variáveis. Estimativas menores que 0.1 não serão consideradas relevantes, entre 0.1 e 0.4 serão consideradas moderadas e acima de 0.4 significativas (MARÔCO, 2014).

²⁰ Indica o valor da probabilidade associada aos dados relacionados, ou ainda, o nível de significância estatística da relação estabelecida entre as variáveis. A probabilidade é usualmente considerada significativa quando o P-valor é maior que 0,05 (DANCEY & REIDY, 2013).

ponto, o nível de agradabilidade aumenta 0.734 pontos, de pertencimento aumenta 0.675 pontos, de destruição diminui 0.662 e insegurança diminui 0.274. Dessa forma, com nível de significância igual a 0.971, os dados analisados confirmam que as estimas de agradabilidade e pertencimento com relação ao CSF São Geraldo potencializam a implicação dos cidadãos-usuários com um modo de vida saudável. E as estimas de destruição e insegurança despotencializam a implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável.

É possível observar ainda uma relação direta de relevância moderada entre o tempo que frequenta a unidade de saúde e a implicação com um modo de vida saudável, pois os dados indicam que as pessoas com mais tempo de UBS tendem a ser 0.320 pontos mais implicadas com um modo de vida saudável. Esse fato confirma, portanto, que a implicação dos sujeitos tem relação com o seu nível de familiaridade, como aponta Heller (1993). Embora a associação da idade com a implicação com um modo de vida saudável apresente um p-valor significativo, as relações entre elas não são relevantes, uma vez que as estimativas são menores que 0.01. Já as variáveis idade e renda não apresentaram p-valor significativo e nem estimativas relevantes, portanto foram retiradas do sistema após a primeira análise da equação estruturada no MPLUS.

Estabelecidas as relações entre a estima de lugar dos cidadãos-usuários com relação ao CSF São Geraldo e a implicação destes com o modo de viver é possível perceber que há uma associação entre a estima de lugar e os comportamentos saudáveis. No entanto, não se pode, nem se pretende, estabelecer que esta seja uma relação de causa e efeito, uma vez que tanto pessoas com estima potencializadora quanto despotencializadora dizem ter hábitos promotores de saúde, seja sob a perspectiva da ausência de doenças, do estilo de vida saudável, do bem-estar subjetivo, ou dos aspectos socioambientais.

Isso demonstra que não só o CSF possibilita que as pessoas formem uma compreensão de sua saúde e de quais comportamentos são necessários para se ter uma vida saudável. Como já dito anteriormente, são várias as vias pelas quais as informações acerca da saúde chegam às pessoas. A descrição dos padrões de comportamentos adequados para se ter uma vida saudável está presente nos diversos programas televisivos, seja de caráter de entretenimento, jornalístico, seja nas propagandas.

Esses discursos injuntivos acerca das medidas, formas e maneiras para ser saudável chegam também às pessoas pelas redes sociais, pelas diversas mídias existentes e outros dispositivos de poder ideológico que de maneira imperativa

determinam padrões de comportamentos que, pelo fato de não haver uma participação da população em sua construção, assemelha-se ao observado no sanitarismo campanhista, entre os séculos XVIII e XIX, ou ao discurso médico-higienista-educacional, no século XIX.

De maneira que, nessa pesquisa, embora se possa verificar uma associação entre a estima de lugar potencializadora com relação ao CSF São Geraldo e comportamentos saudáveis, não se pode afirmar que esta seja fruto de comunidades mais empoderadas, participativas e autônomas.

Por outro lado, foi possível, ainda, perceber que pessoas com estima de lugar potencializadora com relação à UBS reconhecem a importância, contribuição e participação dessa unidade em seu processo de saúde, ao passo que aquelas com estima despotencializadora não a consideram. Nesse sentido, é possível afirmar que a estima de lugar com relação à unidade de saúde pode ser potencializadora não somente da ação das pessoas terem um estilo de vida saudável, mas da compreensão dos sujeitos acerca da importância da unidade de saúde em seu processo de saúde. Pois, como bem mostram os dados, as pessoas com estima de agradabilidade e pertencimento tem percepções afirmativas acerca da atuação da UBS em suas vidas, enquanto aquelas com estima de destruição apresentam percepções negadoras da ação da unidade de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação realizada com os cidadãos-usuários do CSF São Geraldo, situado na cidade de Icó, teve como propósito principal analisar a relação entre a estima de lugar dos cidadãos-usuários da Atenção Básica à Saúde e a implicação destes com um modo de vida saudável. Além disso, buscou-se identificar as percepções dos sujeitos acerca do modo de vida saudável e os indicadores afetivos que possibilitam ou não a implicação desses sujeitos com esse estilo de vida.

Para se atingir os objetivos propostos, esse estudo teve início com a contextualização de suas bases teóricas. Na ocasião se defendeu que os campos da Psicologia Social, Psicologia Ambiental e Saúde Coletiva têm perspectiva histórico-cultural como ponto de interseção. Este spartilham da compreensão de que o homem se constituiu inter-relação com o ambiente social, cultural e natural no qual está inserido, tendo a afetividade como mediador.

Após apresentar os fundamentos teóricos desse estudo, foi necessário entender a categoria estima de lugar. Esta diz sobre a dimensão afetiva na relação pessoa-ambiente como potencializadora ou despotencializadora da ação dos sujeitos. Na ocasião foi salientado que a afetividade que ancora a estima de lugar não é, portanto, aquela pensada como câncer da razão, mas a que surge, sobretudo, da perspectiva monista de Espinosa (2014) e segue pela compreensão dos afetos enquanto mediador na inter-relação sujeito-objeto, demonstrada por Vygotsky (2007).

A estima de lugar como indicadora da ação dos sujeitos, está fundamentada na compreensão dos afetos como implicação e como orientadores de ações afirmativas ou negativas dos indivíduos, perspectiva defendida por Heller (1993). Esses aspectos revelam a dimensão ético-política dos afetos e, consequentemente, da estima de lugar.

Enquanto indicativa da implicação, ou seja, de interesse e mobilização dos sujeitos em direção aquilo que é foco de sua atenção, a estima de lugar pode revelar a implicação dos sujeitos com o modo de viver saudável. Para entender melhor essa relação, foi necessário explicitar o contexto que possibilitou o aparecimento das discussões acerca do modo de vida saudável. Para tanto, foram apresentadas as primeiras compreensões da saúde no Velho Mundo, ainda pela perspectiva mitológica,

segundo pela ótica da promoção da saúde pelo viés comportamental e, posteriormente, pela perspectiva socioambiental.

Em seguida, o estudo se debruçou sobre o contexto nacional, apresentando o processo de constituição do sistema de saúde atual desde o período colonial brasileiro. Nesse percurso, foi descrito o processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e estruturação da Atenção Básica à Saúde (ABS), na qual estão inseridos os Centros de Saúde da Família. Nesse percurso, ao discorrer sobre as compreensões de saúde e apresentar o cenário no qual este trabalho analisa a relação entre a estima de lugar e a implicação com o modo de vida saudável, constata-se que a saúde tem muitas dimensões, e que a estima de lugar é uma delas.

Através dos mapas afetivos foi possível identificar que os sujeitos associam a Unidade de Saúde a sentimentos de felicidade, amor, paz, segurança e a percebem como um lugar harmonioso, bom, que atende às suas necessidades. Esses sentimentos e percepções revelam, tanto por meio da escala Likert quanto da parte descritiva, que os cidadãos-usuários têm estima de lugar potencializadora, em termos de pertencimento e agradabilidade, com predominância da primeira. Assim, essas pessoas, quando em relação com sua unidade de saúde têm sua potência de ação aumentada. Isso significa que elas são afetadas de tal modo que têm a sua potência de perseverar na existência expandida.

Quando investigados sobre a percepção de sua saúde, 29 pessoas disseram se sentirem saudáveis e 35 relataram que têm hábitos cotidianos de cuidados com a saúde, revelando, assim, que de alguma forma implicam-se, ou seja, têm atenção, mobilizam-se em prol de um modo de vida que entendem que seja saudável.

Considerando que esses sujeitos apresentaram uma estima de lugar potencializadora com relação à Unidade de Saúde e que ter uma vida saudável é uma forma de perseverar na existência, infere-se que há uma relação entre a estima de lugar dos cidadãos-usuários do CSF São Geraldo e a implicação destes com um modo de vida saudável. A estima de lugar potencializadora indica que os sujeitos têm sentimentos afirmativos com relação à unidade de saúde, logo tendem a participarem, confiarem e seguirem as orientações recebidas neste local e/ou por meio de seus profissionais.

A relação em evidência é confirmada por meio da análise estatística complementar que aponta, com elevado valor probabilístico, uma associação positiva entre as estimas potencializadoras e a implicação com um modo de saudável. O cálculo estatístico, realizado por meio de Análise da Equação Estrutural, mostra que a estima de

agradabilidade aumenta em 0.734 e de pertencimento aumenta em 0.675 o nível de implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável. Foi possível identificar também a existência de uma relação inversa entre as estimas de destruição e insegurança com a implicação com um modo de vida saudável.

Com isso deduz-se que as estimas de pertencimento e agradabilidade com relação ao CSF São Geraldo são indicativas de implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável. Ao passo que as estimas de destruição e insegurança são indicativas de uma não implicação dos sujeitos com um modo de vida saudável.

Não se pretende com isso estabelecer uma relação de causa-e-efeito entre as dimensões analisadas ao modelo dos ideais mecanicistas, uma vez que se considera que os sujeitos são afetados de muitas maneiras ao mesmo tempo e, portanto, estão em permanente processo de transformação possibilitado pelas diversas inter-relações que estabelecem em determinado contexto sócio-histórico. Pretende-se, contudo, considerando a multiplicidade de linhas e cores que compõem o tecido da experiência humana, chamar atenção para a estampa na qual se encontra o ponto de interseção entre a estima de lugar e a implicação com um modo de vida saudável.

Nesse fazer foi possível identificar que, embora algumas pessoas façam referência à saúde como estilo de vida, ou como bem-estar subjetivo, ou ainda como fruto das condições socioambientais, a maioria a comprehende como ausência de doenças. A partir disso é possível deduzir que a implicação com o modo de vida saudável, por meio de cuidados com a alimentação e a prática de atividades físicas, tem como propulsor evitar a doença e não uma compreensão da saúde como qualidade de vida.

Assim depreende-se que a implicação com o modo de vida saudável encontrada nesta pesquisa não seja reveladora, de fato, da expressão da autonomia dos sujeitos, mas antes de sua passividade em relação às informações que lhes chegam de diferentes maneiras. Esta, através da imposição do saber científico sobre o popular, como discorre Araújo (1999), incute nos sujeitos mais paixões que ações, seguindo a perspectiva espinosana (ESPINOSA, 2014). Dessa forma, entende-se que a maneira como os sujeitos estão implicados com o modo de vida saudável não tem sido revelador de sua autonomia e emancipação.

Pontuadas as compreensões possibilitadas por essa pesquisa, tem-se a título de considerações finais que assim como a estima das pessoas com relação à cidade, ao bairro, à escola e à comunidade é indicativa de participação e implicação, também a

estima dos cidadãos-usuários da unidade de saúde é indicativa desses últimos com o modo de vida saudável. No entanto, no contexto atual, o estilo de vida é ditado pela lógica tecnocrática, utilitarista e científica, no qual o saber científico se sobrepõe ao saber popular como o único possível. Assim sendo, a população de alguma maneira é coagida a determinado tipo de alimentação e rotina de atividade física que aparece, para a maioria dos sujeitos, como única forma de se evitar as doenças e, assim, permanecer saudável. Dessa forma, entende-se que a educação em saúde tem promovido a implicação dos sujeitos com um modo de viver saudável, no entanto não de maneira emancipatória

Assim, as respostas encontradas nessa pesquisa impõem novas questões e desafios, entre eles, compreender como, a partir da relação pessoa-ambiente, pensar uma Atenção Básica à Saúde comprometida de fato com uma implicação dos sujeitos com a qualidade de vida que seja reveladora da emancipação e autonomia de sujeitos e comunidades. Como pensar um modo de vida saudável que tenha como base o bem-estar subjetivo e relações pessoa-ambiente associado à qualidade de vida e à felicidade pública?

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVAY, Miriam. et al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, BID, 2002.
- ABREU JUNIOR, L. M.; CARVALHO, E. V. O discurso médico-higienista no Brasil do início do século XX. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 427-451, nov. 2012.
- ALENCAR, Helenira Fonseca de. **Participação social e estima de lugar: caminhos traçados por jovens estudantes moradores de bairros da Regional II da cidade de Fortaleza pelos mapas afetivos**. 2010. 227 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2010.
- ALMEIDA FILHO, N. Uma breve história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Org). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI;Guanabara Koogan, 2003.
- ARAÚJO, R. C. O processo de inserção em psicologia comunitária: ultrapassando o nível dos papéis. In:BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. (Org.) **Os jardins da psicologia comunitária**. Fortaleza: ABRAPSO, 1999.
- AUGÉ, Marc. **Não lugares, introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Campinas: Papirus, 1994.
- AYRES, J. R. C. M. **Epidemiologia e emancipação**. 3 ed. São Paulo: Hucitec editora, 2011.
- BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARROS, João Paulo Pereira. et al. O conceito de ‘sentido’ em Vygotsky. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 21, n. 2, p. 174-181, 2009.
- BARROS, M. E. B.; LUCERO, A. A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v.17, n.2, p. 7-13, 2005.
- BERTINI, Fatima Maria Araujo. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, p. 60-69, 2014. Número especial 2.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2008. (Coleção História em movimento).
- BOCK, Ana Mercês Bahia. et al. Sílvia Lane e o projeto do “compromisso social da psicologia”. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, p.46-56, 2007. Edição especial 2.

BOCLIN, Karine de Lima Sírio; FAERSTEIN, Eduardo; LEON, Antônio Carlos Monteiro Ponce de. Características contextuais de vizinhança e atividade física de lazer: Estudo Pró-Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 249-257, 2014.

BOMFIM, Z. A. C.; ALENCAR, H. F. et al. Estima de lugar e indicadores afetivos: aportes da psicologia ambiental e social para compreensão da vulnerabilidade social juvenil em Fortaleza. In: COLAÇO, V.; CORDEIRO, A. (Org.) **Adolescência e juventude: conhecer para proteger**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. **Cidade e afetividade**: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Fortaleza: Edições UFC, 2010.

BOMFIM, Z. A. C. O conhecimento coletivo do cotidiano da cidade de Fortaleza. In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. (Org.) **Os jardins da psicologia comunitária**. Fortaleza: ABRAPSO, 1999.

BOMFIM, Z. A. C., DOMÍCIO, A. M. B., TERCEIRO, A. P. O conhecimento coletivo do cotidiano da cidade de Fortaleza. In: Congresso Interamericano de Psicologia, 26, 1997, São Paulo. **Anais...** São Paulo: SIP, 1997.

BOMFIM, Z. A. C. **Representações sociais do local de moradia, de si próprio e do outro em um grupo de moradores do Pedregal e do Novo Gama: um estudo** introdutório. 1990. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Brasília, Brasília, 1990.

BONIN, L. F. R. Indivíduo, cultura e sociedade. In: STREY, M. N. et al. **Psicologia social contemporânea**: livro texto. 18. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Rev. Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; PAIM, Jairnilson Silva. Graduação em saúde coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, 2010.

BOSI, Maria Lucia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou qualitativa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, p. 150-153, 2007.

BRANDÃO, Israel Rocha. **Afetividade e transformação social**: sentido e potência dos afetos na construção do processo emancipatório. Sobral: Edições Universitárias, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 32 p. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde – projeto de terminologia da saúde.** Brasília, DF, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Tipo de estabelecimento. **Informações de Saúde;** Datasus. Disponível em:
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm. Acesso em: 06 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde:** documento para discussão. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília, DF 2006. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CABRAL, Daniel Welton Arruda. **Relação afetiva pessoa-ambiente na Prainha do Canto Verde:** processos de participação comunitária. 2015. 237f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul-set. 2007.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 57, n 5, p. 611-614, set-out. 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação e Sociedade**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, 2014.

CHAVES, Graciela. et al. Educação para uma Vida Saudável melhora os sintomas e fatores de risco cardiovasculares - Estudo AsuRiesgo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 104, n. 5, p. 347-355, 2015.

COLAÇO, V. F. R; GERMANO, I. M P.; MIRANDA, L. L. et al. Conhecendo adolescentes e jovens de escolas públicas de Fortaleza: concepção, método e procedimentos da pesquisa. In: COLAÇO, V. F. R (Org.); CODEIRO, A. C. F. (Org.). **Adolescência e juventude: conhecer para proteger.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, União Soviética. **Declaração de Alma –Ata.**

COSTA, Jorge Assis. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DAHLGREN, Goran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: Institute for Future Studies, 1991.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia**. Trad. Lori Viali. 5ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

DIAS, Maria Dionísia do Amaral. Jovens trabalhadoras e o sofrimento ético-político. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, MG, v. 26, p. 93-102, 2014. Edição especial 2

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

ESPINOSA, B. [SPINOZA]. **Ética**. Tradução de Tomaz Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

FALLEIROS, I; LIMA, J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do Estado. In: PONTE, C F (Org.); FALLEIROS, I.(Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

FEITOSA, Maria Zelfa de Sousa. **Afetividade na residência integrada em saúde: o psicólogo no território de form“ação”**. 2014. 204 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

FÉLIX, F. M. F. **Afetividade e trabalho: uma leitura dos CAPS gerais de Fortaleza mediada pelos mapas afetivos**. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

FERREIRA, Luiz Otávio; MAIO, Marcos Chor; AZEVEDO, Nara. A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa. **História, ciência e saúde**, Manguinhos, v. 4, n. 3, p. 475-491, 1998.

FERREIRA NETO, João Leite. et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, 2013.

FERREIRA, Daniela Karina da Silva; BONFIM, Cristine; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3403-3412, 2011.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

FIGUEIREDO, Luis Claudio M.; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: EDUC, 2006.

FIGUEIREDO, Luis Claudio M. **Matrizes do Pensamento Psicológico**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23. n. 6, p. 782-787, 2010.

FINKELMAN, Jacob (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde pública no governo Vargas. In: PONTE, C F; FALLEIROS, I.(Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. **Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FONSECA, T. M. G. Epistemologia. In: JACQUES, Maria da Graça Correa. et al. **Psicologia social contemporânea**: livro texto. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **A arqueologia do saber**. Trad. Luiz Felipe Baeta. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FREIRE, Izabel Ribeiro. **Raízes da psicologia**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire. et al. Prática de atividade física por adolescentes de Fortaleza, CE, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n 3, p. 410-414, 2010.

FRIAS JUNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação**. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 1999.

GARDINI, Ivonete. **Mulheres reeducandas no sistema penitenciário:** um estudo sobre afetividade e sentido. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOES, Ana Rita. et al. Papa Bem: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 33, n. 1, p. 12-23, 2015.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Revista Brasileira Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HEIDMANN , Ivonete T. S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.2 p. 352-358, 2006.

HELLER, Agnes. **Teoria de los sentimientos**. Tradução de Francisco Cusó. 3. ed. Cidade do Mexico: Fontamara, 1993.

HINKEL, Jailson; MAHEIRIE, Kátia. RAP – Rima Afetivas da Periferia: reflexões na perspectiva sócio-histórica. **Psicologia & Sociedade**. Belo Horizonte, v. 19, p. 90-99, 2007. Edição especial 2

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS (IBGE). **Cidades**. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540>. Acesso em: 10 dez. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). **Perfil básico municipal**: Icó. [S.l.: s.n.], 2011.

JACQUES, Maria da Graça Correa. et al. **Psicologia social contemporânea**: livro texto. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

LANE, Silvia T. M (Org.) et al. **Psicologia social**: o homem em movimento. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

LIMA, Miguel Porfirio de. **Icó em fatos e memórias**. [S.l.: s.n.], 1995.

LYNCH, K. **La imagen de la ciudad**. Barcelona: Editorial Gustavo Gil, 1998.

MAIA, A. K. F.; MAGALHÃES, L. D.; et al. Ações educativas voltadas para a promoção do aleitamento materno no município de Martins-RN: Um relato de experiência. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n. 2, p.947-953, 2014.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais**: fundamentos teóricos, software e aplicações. 2ed. ReportNumber: Portugal, 2014.

MARTINS, Ana Kristia da Silva. **Mapas afetivos táteis**: vivências urbanas não visuais na cidade de Fortaleza. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

MARTINS, L. A.; SILVA, P.J.C; MUTARELLI, S.R.K. A teoria dos temperamentos: do *corpus hippocraticum* ao século XIX. **Memorandum**, Belo Horizonte ; Ribeirão Preto, n.14, p. 09-24, 2008. Disponível em:< <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a14/martisilmuta01.pdf>>. Acesso em: 22 nov 2016.

MASSON, Valéria Aparecida; MONTEIRO, Maria Inês. Estilo de vida, aspectos de saúde e trabalho de motoristas de caminhão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 533-540, 2010.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O manifesto comunista**. Tradução Maria Lucia Como. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998. (Coleção Leitura).

MELLO, Alex Oestreich. et al. O discurso sanitário como discurso político e ideológico na República Velha. **Revista Historiador**, Porto Alegre, n. 3, p. 92-106, 2010. Disponível em:< <http://www.historialivre.com/revistahistoriador/tres/alexm.pdf>>. Acesso em: 22 nov 2016.

MELO, Daniela Tranches de. **Movimentos sociais e institucionalização de políticas públicas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Mauad; Faserj, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.).**Pesquisa social:teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIURA, Paula Oorchiucci; SAWAIA, Bader Burihan. Tornar-se catador: sofrimento ético-político e potência de ação. **Psicologia e Sociedade**. Belo Horizonte, v. 25, n. 2, p. 331-341, 2013.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 515-526, 2006.

MONTEIRO, Tuanne Freire. et al. Educação ambiental e patrimonial a partir dos afetos da juventude de Jacarecanga. In: Encontro de Extensão da Universidade Federal do Ceará, 21., 2012, Fortaleza. **Encontro de Extensão**. Fortaleza: Revista Extensão em Ação, 2012. p. 75-88.

MOSER, Gabriel. Psicologia Ambiental. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.3, n. 1, p. 121-130, 1998.

NASCIMENTO, D. R. A experiência do dia nacional de vacinação. In: PONTE, C F(Org.); FALLEIROS, I.(Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

NEPOMUCENO, L. B; BRANDÃO, I. R. Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: caminhos percorridos e desafios a superar. **Psicologia: Ciência & Profissão**, v. 31, n. 4, p. 762-777, 2011.

NOBRE, Moacyr Roberto Cuce; et al. Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 118-124, 2006.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S. (Org). et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

OLIVEIRA, Carlos Roberto. **Medicina e Estado**: origem e desenvolvimento da medicina social no Brasil: Bahia 1866-1896. 1983. 359 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1983.

PAULO NETTO, José. **O método na economia política de Karl Marx**. Organizado Myrian Vera Baptista. Disponível em: <<http://docsslide.com.br/documents/me-to-do-559ca288818c3.html>>. Acesso em: 11 jan. 2017

PAZ, Antônio Fábio Coelho. **Liberdade ou Sofrimento Urbano?Um estudo da Estima de Lugar de Pessoas em Situação de Rua**. 2017. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia-Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2017.

PAZ, Elisabete Pimenta Araujo. et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y educación en enfermería**, Colombia, v. 29, n. 3, p. 467-476, 2011.

PINHEIRO, Roseni. Integralidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Julio César França. et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 09 set. 2016.

PONTE, Alexandre Quintela; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz; PASCUAL, Jesus Garcia Considerações teóricas sobre identidade de lugar à luz da abordagem histórico-cultural. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 345-354, 2009.

PONTE, C. F. A liga pró-saneamento do Brasil e a criação do Ministério da Educação e Saúde. In: PONTE, C.F (Org); FALLEIROS, I (Org). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. A saúde como mercadoria: um direito de todos. In: PONTE, C .F. (Org.); FALLEIROS, I.(Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____ ; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, C. F.(Org.). FALLEIROS, I.(Org). **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Canadá. **Carta de Ottawa.**

QUINTÃO, L.; BEDETTI, A.; OLÍMPIO, D.; *et al.* Educação em saúde: experiência com grupo operativo na atenção básica. **Revista Tecer**, v. 2 n. 3, 2009.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de investigação em ciências sociais.** Tradução João Minhoto Marques, Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. 2 .ed. Lisboa: Gradiva Publicações, 1998.

REIS, J. R. F. Vargas e a previdência: entre a dádiva e o direito. In: PONTE, C. F. (Org.); FALLEIROS, I.(Org.). **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

_____. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In: PONTE, C. F. (Org). FALLEIROS, I.(Org). **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RIBEIRO, J. H. de M.; REIS, A. P. A.; CORTEZ, M. P. et al. Exame preventivo do colo do útero: Proposta de ação educativa para promover a adesão de usuárias em uma ESF no sul de Minas. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v.12, n. 2, p.546-555, 2014.

RIBEIRO, Lucíola Limaverde. **Afetos em construção:** narrativas e processos de apropriação do espaço pelos moradores da Cidade 2000. 2015.112f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim - um inventário da saúde pública:** São Paulo, 1880-1930. 1991. 407f. Tese (Doutorado em economia) – Pós-graduação em Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1991.

RIVIÈRE, A. **La psicología de Vygotski.** Madrid: Visor, 1985.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana enfermagem.** São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov-dez. 2005.

SANTOS, Marcio Neres; MARQUES, Alexandre Carricande. Condições de saúde, estilo de vida e características de trabalho de professores de uma cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 837-846, 2013.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In:SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade sócia. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008a.

_____. O irredutível humano: uma antologia da liberdade. In: GUARESCHI, N. (Org.). **Estratégias de invenção do presente: a psicologia social no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, p. 143-154.2008b.

_____. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade sócia**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2008c.

SECCO, Dulcileia Maria Evangelista Gobbo. **A afetividade e o esporte escolar**: um estudo com técnicos e atletas de basquetebol de 13 a 15 anos. 2015.298f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2015.

SIMMEL, G. A. Metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G. (Org.). **O fenômeno urbano**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro de; HORTA, Natália de Cássia. **Enfermagem em saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

STOPA, Sheila Rizzato. et al. Diabetes auto-referido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 554-562, 2014.

STOTZ, Eduardo Navarro. Participação social. In: PEREIRA, Isabel Brasil (Org.); LIMA, Julio César França. et al. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em:<<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 09 set. 2016.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TAMBELLINI, Anamaria Testa; MIRANDA, Ary Carvalho de. **Desenvolvimento, trabalho, saúde e meio ambiente**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

TITTONI, J.; JACQUES, M. G.C. Pesquisa. In: JACQUES, Maria da Graça Correa. et al. **Psicologia social contemporânea**: livro texto. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

UBS BRASIL. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230540>>. Acesso em: 16 dez. 2016.

VALERA, S.; POL, E. El Concepto de identidad social urbana: una aproimaxión entre la psicología social y la psicología ambiental. In: VALERA, S.; POL, E. **Anuario de psicología**, Barcelona, n 62, p. 5-24, 1994.

VEDOVATO, Tatiana Giovanelli; MONTEIRO, Maria Inês. Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 290-297, 2008.

VEER, René Van Der; VALSINER, Jaan. **Vygotsky**: uma síntese. São Paulo: Loyola, 2001.

VIANA, Lívia Gomes. **Afetividade e ambiente esportivo**: sentimentos e emoções de atletas de competição. 2009. 128f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2009.

VIEIRA, Ana Caroline Costa. **Lar doce lar? Um estudo sobre afetividade de idosos residentes em instituição de longa permanência em Fortaleza**. 2012. 215f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook, 2014.

VYGOTSKY, L. S. **Teoria e método em Psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

_____. Pensamento e palavra. In: VYGOTSKY, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Psicologia da arte**. Tradução Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WALDMAN, Eliseu Alves. Os 110 anos de vigilância em saúde no Brasil. **Epidemiologia Serviços Saúde**, Brasília, v. 21, n.3, p.365-366, jul-set. 2012.

WARSCHAUER, Marcos; D'URSO, Lourdes. Ambiência e formação de grupo em programas de caminhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, p.104-107, jun. 2009. Suplemento 2.

APÊNDICES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO GERADOR DOS MAPAS AFETIVOS

(Adaptado de Bomfim, 2010).

INSTRUMENTO GERADOR DOS MAPAS AFETIVOS

Primeiramente, obrigada pela sua colaboração. Abaixo você deverá fazer um desenho que represente sua forma de ver, sua forma de representar ou sua forma de sentir o Posto de Saúde de seu bairro (Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF São Geraldo).

1. As seguintes perguntas fazem referência ao desenho feito por você. Não existem respostas certas ou erradas, boas ou ruins, mas sim, suas opiniões e impressões.

1.1 Explique brevemente o sentido que o desenho tem para você:

1.2 Descreva que SENTIMENTOS o desenho lhe desperta:

1.3 Escreva seis palavras que resumam seus SENTIMENTOS em relação ao desenho:

a. _____ d. _____
b. _____ e. _____
c. _____ f. _____

2. Abaixo você encontrará algumas perguntas sobre o seu Posto de Saúde. Lembre-se que não existem respostas certas ou erradas, mas sim a sua opinião.

2.1 Caso alguém lhe perguntasse o que pensa de seu Posto de Saúde, o que você diria?

2.2 Se você tivesse que fazer uma comparação entre seu Posto de Saúde e algo, com o que você o compararia?

3. As frases abaixo dizem respeito a avaliações, impressões e sentimentos que você pode ter acerca de diversos lugares. Pensando no seu Posto de Saúde, leia atentamente cada uma e indique seu nível de concordância. Para tanto, considere a escala de resposta ao lado. Por favor, procure não deixar sentenças em branco e, sabendo que não há respostas certas ou erradas, tente responder da forma mais sincera possível.

Meu Posto de Saúde é um lugar QUE/ONDE	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Considero como algo meu.	1	2	3	4	5
2. Acho agradável.	1	2	3	4	5
3. Está poluído.	1	2	3	4	5
4. Tenho a sensação de que estou desamparado.	1	2	3	4	5
5. Me sinto sossegado.	1	2	3	4	5
6. Procuro cuidar.	1	2	3	4	5
7. Não trocaria por nada.	1	2	3	4	5
8. Tenho possibilidade de melhorar de vida.	1	2	3	4	5
9. Considero parte da minha história.	1	2	3	4	5
10. Me comprometo com sua melhoria.	1	2	3	4	5
11. Parece abandonado.	1	2	3	4	5
12. Desconfio das pessoas.	1	2	3	4	5
13. Me envergonha.	1	2	3	4	5
14. Poderia comparar com minha própria casa.	1	2	3	4	5
15. Consigo as coisas que busco.	1	2	3	4	5
16. Há riscos.	1	2	3	4	5
17. Sinto medo.	1	2	3	4	5
18. É ruim.	1	2	3	4	5
19. O perigo é constante.	1	2	3	4	5
20. Acho feio.	1	2	3	4	5
21. Me indigna.	1	2	3	4	5
22. Tenho a sensação de relaxamento.	1	2	3	4	5
23. Tenho oportunidades.	1	2	3	4	5
24. Me sinto tranquilo.	1	2	3	4	5
25. Com estruturas precárias.	1	2	3	4	5
26. Se não estou nele, quero voltar.	1	2	3	4	5
27. Tenho boas condições climáticas (chuva, sol, calor, frio, etc.)	1	2	3	4	5
28. Me sinto identificado com ele	1	2	3	4	5
29. Admiro por sua beleza.	1	2	3	4	5
30. Me deixa com raiva.	1	2	3	4	5
31. Considero ter boa estrutura física.	1	2	3	4	5
32. Sinto que faço parte.	1	2	3	4	5
33. Me sinto sufocado.	1	2	3	4	5
34. Estou próximo a tudo que preciso	1	2	3	4	5
35. As coisas que acontecem nele são importantes para mim.	1	2	3	4	5
36. Tenho prazer.	1	2	3	4	5
37. Tenho vários amigos.	1	2	3	4	5
38. Me sinto ansioso.	1	2	3	4	5
39. É atraente para mim.	1	2	3	4	5
40. A cultura é de fácil acesso.	1	2	3	4	5
41. Sinto que estou desprotegido.	1	2	3	4	5

Meu Posto de Saúde é um lugar QUE/ONDE	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo, nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
42. Pessoas com deficiência, idosos e gestantes podem se locomover com facilidade.	1	2	3	4	5
43. Me deixa orgulhoso.	1	2	3	4	5
44. Me faz sentir nojo.	1	2	3	4	5
45. Me sinto inseguro.	1	2	3	4	5
46. É desprezível.	1	2	3	4	5
47. Amo.	1	2	3	4	5
48. Devo estar alerta.	1	2	3	4	5
49. Me divirto.	1	2	3	4	5
50. Tem tudo a ver comigo.	1	2	3	4	5
51. Está destruído.	1	2	3	4	5
52. Tenho a sensação de que algo ruim pode acontecer.	1	2	3	4	5
53. Há sujeira.	1	2	3	4	5
54. Defenderia se necessário.	1	2	3	4	5
55. Tudo pode acontecer.	1	2	3	4	5
56. Me sinto apegado.	1	2	3	4	5

4. Descreva dois dentre os caminhos que você percorre com frequência (utilize nomes de lugares de origem e destino e detalhes que chamem a sua atenção durante o trajeto) no seu dia-a-dia

Caminho 1 -

Caminho 2 -

5. Você faz parte a algum grupo nesta cidade?

Sim ()

Não ()

Caso sim, que tipo e onde se localiza o seu grupo?

6. Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?

7. Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?

8. Que hábitos você considera que deveria ter para ser mais saudável?

9. Como o posto de saúde contribui para que você seja mais saudável?

10. Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?

11. Idade: _____ **12. Sexo:** () Masc. () Fem. **13. Naturalidade:** _____**14. Qual o seu nível de escolaridade?**

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| () Sem estudos | () Ensino médio completo |
| () Ensino fundamental incompleto | () Ensino superior incompleto |
| () Ensino fundamental completo | () Ensino superior completo |
| () Ensino médio incompleto | () Pós-graduação |

15. Trabalha? () Não () Sim. Se sim, qual profissão: _____**16. Renda mensal aproximadamente: () individual () familiar**

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| () Nenhuma renda. | () De 6 a 9 salários mínimos |
| () Até 1 salário mínimo | () De 9 a 12 salários mínimos |
| () De 1 a 3 salários mínimos | () De 12 a 15 salários mínimos |
| () De 3 a 6 salários mínimos | () Mais de 15 salários mínimos |

17. Quanto tempo frequenta esse Posto de Saúde? _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
 CENTRO DE HUMANIDADES
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PESQUISA: Estima de lugar e implicações com o modo de viver dos usuários da Atenção Básica à Saúde.

Responsável: Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto

Prezado (a) colaborado (a),

Você é convidado (a) a participar desta pesquisa, que tem como finalidade analisar a relação entre a estima de lugar dos usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo e as implicações destes com um modo de viver saudável no município de Icó, Ceará.

1. PARTICIPANTES DA PESQUISA: Os participantes serão usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo (CSF), em Icó (CE), adultos (maiores de 18 anos), escolhidos por sorteio.

2. ENVOLVIMENTO NA PESQUISA: Esta pesquisa ocorrerá em duas etapas. A primeira será realizada com os 50 participantes-usuários do Centro Saúde da Família São Geraldo, em Icó (CE) escolhidos por sorteio. De acordo com a sua participação nesta primeira etapa da pesquisa, você fará um desenho que represente sua unidade de saúde. Trata-se de uma representação livre, não há padrão de desenho certo ou errado. Feito isso, você deve explicar o seu desenho e responder algumas perguntas que se relacionam com a sua experiência na cidade e o seu modo de vida. Caso você seja selecionado para segunda etapa da pesquisa, deverá responder algumas perguntas sobre como você percebe a sua saúde e o seu modo de viver na cidade. O áudio da entrevista dessa segunda etapa da pesquisa será gravado para, posteriormente, ser transscrito e analisado. Você pode se recusar a participar e/ou deixar de responder em qualquer momento da pesquisa, sem prejuízo algum. Uma das vias desse termo de consentimento será sua e sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, entrando em contato com a responsável aqui mencionada.

3. RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa se propõe a acessar a experiência dos indivíduos relacionada à cidade de Icó (CE) e o seu modo de vida, o que em geral, não traz complicações ou riscos aos participantes. Todavia, há a possibilidade do sujeito recordar alguma lembrança ruim e/ou traumática vivenciada na cidade.

4. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Seu nome não será exposto ou mencionado, garantindo o anonimato de sua identidade. Os resultados poderão ser utilizados em publicações científicas.

5. BENEFÍCIOS: A pesquisa pode contribuir para que sejam pensadas maneiras de potencializar a ação da Estratégia de Saúde da Família a partir da estima de lugar dos sujeitos. E assim, contribuir com as instituições governamentais, com profissionais da saúde e da psicologia na construção de ações mais eficazes no âmbito da Atenção Básica e, consequentemente, no enfrentamento da vulnerabilidade social.

6. PAGAMENTO: Você não terá nenhum tipo de despesa por participar desta pesquisa. E nenhum valor será pago por sua participação. Se você desejar, poderá ter acesso a cópias do estudo realizado, contendo os resultados obtidos. Para tanto, entre em contato com a responsável pela pesquisa no endereço abaixo:

Endereço do responsável pela pesquisa:

Nome: Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Depto. de Psicologia (1º andar)

Endereço: Av. da Universidade 2762 – Benfica – Fortaleza – CE

Telefones para contato: 88 9 88246695 – 88 9 9908.5429

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00 - 12:00 horas, de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos

Icó, ____ / ____ /2016

Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto
Mestranda em Psicologia
Programa de Pós-graduação em Psicologia

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO (TCPI)**TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO - TCPI**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO (A) OU OBRIGADO (A).

Nome do participante:

Assinatura do participante:

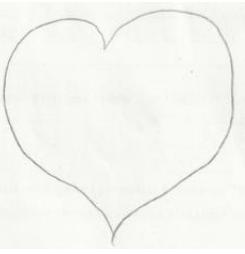
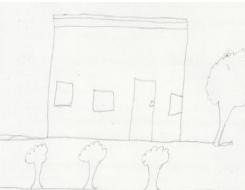
Assinatura do responsável pela aplicação da pesquisa:

Local e Data: _____ / ____ / ____.

Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto

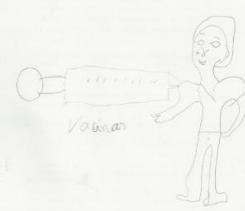
Responsável pela pesquisa

APÊNDICE D - MAPAS AFETIVOS DO CSF SÃO GERALDO EXPANDIDOS

		<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 01 Sexo: F Idade: 70 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 8 anos</p> <p>ESTRUTURA Metafórica</p> <p>SENTIDO "O sentido é de acolhimento pois estão sempre disponíveis [...] Tudo é de coração, é algo verdadeiro [...] É um lugar onde encontramos pessoas para nos orientar sobre a saúde"</p> <p>QUALIDADE Lugar de acolhimento verdadeiro, lugar onde se encontra orientação.</p> <p>SENTIMENTOS Carinho; atenção; respeito; acolhimento; vontade; interesse</p> <p>METÁFORA "Hospital onde nos tratamos"</p> <p>IMAGEM AFETIVA A UBS 'hospital onde nos tratamos é o lugar de acolhimento verdadeiro, onde se encontra orientação, atenção, respeito, carinho, interesse e vontade das pessoas que se revela na imagem de pertencimento.</p>		
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não tanto, por não ter uma saúde completa	A hidroginástica que me faz muito bem	Fazer caminhada	Com as orientações que eles oferecem	Com a pouca natureza que temos
		<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 02 Sexo: F Idade: 38 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Não declarouTempo que freq. o CSF: 12 anos</p> <p>ESTRUTURA Cognitiva</p> <p>SENTIDO "O postinho é pequeno, ficamos nas árvores esperando abrir [...] Precisa ter mais atendimentos, principalmente na área odontológica e tem acepção de pessoas por parte das atendentes"</p> <p>QUALIDADE Abandonado, sem recursos, descuidado, lugar de desigualdade</p> <p>SENTIMENTOS Tristeza, arrogância</p> <p>METÁFORA "Hospital onde nos tratamos"</p> <p>IMAGEM AFETIVA A UBS que 'fisicamente parece uma casa' é o lugar abandonado, sem recurso, descuidado, onde as atendentes tratam as pessoas com desigualdade e arrogância, portanto causa tristeza que se revela na imagem de destruição.</p>		
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Mais ou menos, porque sofro de labirintite, tenho pressão alta e épocas depressivas	Academia	Lazer	Até agora não contribuiu, pois não consegui fazer a prevenção	Através da caminhada na praça, fora isso não tem nada
		<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 03 Sexo: F Idade: 67 Escolaridade: Sem estudos Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: Não frequenta</p> <p>ESTRUTURA Cognitivo</p> <p>SENTIDO Na cidade não tem nada, está tudo bagunçado, assalto, roubo, invasão de casa, etc. A UBS parece que é uma das melhores, mas não frequento'</p> <p>QUALIDADE Lugar abandonado, de desordem, de prostituição</p> <p>SENTIMENTOS Insegurança, sofrimento do pobre, tristeza</p> <p>METÁFORA 'sofrimento do pobre'</p> <p>IMAGEM AFETIVA A UBS 'sofrimento do pobre' é um lugar abandonado de desordem que causa sentimento de insegurança, sofrimento do pobre, tristeza e se revela na imagem de destruição</p>		
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque como o que quero e não fico doente	Comida que não tem sal	Sumir do mundo	Não contribui, está tudo abandonado.	Não

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 04 Sexo: F Idade: 54 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Não declarouTempo que freq. o CSF: 16 anos</p> <p>ESTRUTURA Cognitiva</p> <p>SENTIDO O posto de saúde que tem bom atendimento, desde o médico até os ACSs</p> <p>QUALIDADE Lugar necessários, de bondade, bom atendimento, acolhimento, organizado, tranquilo</p> <p>SENTIMENTOS</p> <p>METÁFORA Minha casa dado a tranquilidade do local</p> <p>IMAGEM AFETIVA A UBS 'minha casa' é um lugar necessário, organizado, tranquilo que tem bom atendimento, onde as pessoas são acolhidas e se revela na imagem de pertencimento</p>				
	Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	

Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Mais ou menos, porque tenho pressão alta	Não tenho	Fazer uma dieta de sal	Orientações, com os remédios e os cuidados	As caminhadas que eu poderia fazer, zumba que não pratico

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 05 Sexo: F Idade: 43 Escolaridade: E.M. Incomp. Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA Cognitiva</p> <p>SENTIDO Sempre sou bem atendida quando vou dar as vacinas de minha neta. La se fala das prevenções das doenças. É ótimo quando tem médico</p> <p>QUALIDADE Lugar de saúde, prevenção, choro, febre</p> <p>SENTIMENTOS Tristeza</p> <p>METÁFORA Hospital</p> <p>IMAGEM AFETIVA A UBS 'hospital' é aquele lugar de saúde, prevenção, que é ótimo quando tem médico, mas também de choro, febre e tristeza que se revela na imagem de contraste.</p>				
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde					

Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, não tomo remédios todos os dias como muitas pessoas que vejo	Alimentar-se bem	Jantar normal	Com medicações e atendimentos quando tem médico	Em ser um lugar tranquilo

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 06 Sexo: F Idade: 78 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Não declarouTempo que freq. o CSF: 18 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: É importante a pessoa ter uma casa</p> <p>QUALIDADE: Lugar de tranquilidade</p> <p>SENTIMENTOS: Alegria, amor, felicidade, calma, saudade</p> <p>METÁFORA: Casa dos filhos</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'casa dos filhos' é aquele lugar tranquilo que desperta sentimentos de alegria, amor, felicidade, calma, saudade e se revela na imagem de pertencimento.</p>				
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde					

Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, pois tenho saúde, meus filhos e netos gostam de mim	Rezar	Sair de casa	Verificar a pressão e atendimento	Sim

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito 7: Sexo: F Idade: 31 Escolaridade: sem estudos Renda: até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 22 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: Pessoas que fazem o bem. Lembra os pedintes de esmola</p> <p>QUALIDADE: Sozinho, sem defeito, ótimo atendimento, agradável.</p> <p>SENTIMENTOS: Alegre, feliz</p> <p>METÁFORA: Espaço agradável e casa de uma pessoa que ajuda</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'espaço agradável e casa de uma pessoa que ajuda' é o lugar onde se encontram pessoas que não tem muito, que são sozinhas, mas que fazem o bem, causam alegria, felicidade e se revela na imagem de agradabilidade.</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque trabalho ainda	Os grupos ajudam	Sou satisfeita	Porque atende direito e é próximo	Deveria ter mais pistas para facilitar a caminhada

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 8 Sexo: F Idade: 30 anos Escolaridade: E.M.Incom Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: metafórica</p> <p>SENTIDO: Mau atendimento. Não sou bem atendida quando chego com meu filho para marcar uma consulta</p> <p>QUALIDADE: Poderia ser melhor e mais organizado (desorganizado)</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Casa comum</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'casa comum' é aquela que poderia ser melhor, mais organizada para oferecer um melhor atendimento e se revela na imagem de destruição.</p>
--	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, como muita gordura	Deveria fazer exercício físico	Fazer exercício físico e ter boa alimentação	Não contribui, só se tivesse um nutricionista	Tem higiene pública

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 9 Sexo: F Idade: 47 Escolaridade: Sup. completo. Renda: Não declarouTempo que freq. o CSF: 2 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: Minha cidade, é minha casa, minha família</p> <p>QUALIDADE: Lugar de prosperidade, harmonia, paz, união, fraternidade, organizada, acolhedora</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, esperança, felicidade, paz</p> <p>METÁFORA: Casa de um irmão</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'casa de um irmão' é aquela que é lugar organizado, acolhedor, de prosperidade, harmonia, paz, união, fraternidade que desperta sentimentos de amor, esperança, felicidade e paz e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não muito, pois não tenho tempo para me cuidar	Não tem	Caminhada	Quando preciso de medicamento vou buscar lá.	Sim, com a coleta de lixo é correta

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 10 Sexo: F Idade: 82 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Não declarou Tempo que freq. o CSF: 18 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitivo</p> <p>SENTIDO: A minha primeira casa que era de taipa</p> <p>QUALIDADE: Lugar de saudade, boas lembranças, bom para conversar</p> <p>SENTIMENTOS: Alegria, felicidade</p> <p>METÁFORA: Lugar de anjo</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'tudo de bom' é aquele lugar bom para conversar, que traz saudade, boas lembranças, que desperta sentimentos de alegria e felicidade e se revela na imagem de pertencimento.</p>			
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde				Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, muitos problemas de saúde	Cuidado da alimentação	Ter com quem conversar e andar, porque os alimentos agora estou cuidando	Com os cuidados, é limpo, perto de casa, bom pra conversar	É uma cidade limpa

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 11 Sexo: F Idade: 71 Escolaridade: E. F. Incomp Renda: Não declarou Tempo que freq. o CSF: 15 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórico</p> <p>SENTIDO: Nem sempre tem bom atendimento, tranquilo, organizado</p> <p>QUALIDADE:</p> <p>SENTIMENTOS: Alegria, felicidade quando somos bem atendidos</p> <p>METÁFORA: Hospital</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquele em que quando se é bem atendido desperta sentimentos de alegria e felicidade e que se revela na imagem de contraste.</p>			
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde				Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque não gosto de coisas erradas	Trabalhar, não gosto de ficar parado	Fé em Deus	Sim, porque eles atendem, de cara feia, mas atendem	Acho que sim

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 12 Sexo: F Idade: 53 Escolaridade: E. F. Comp. Renda: de 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 25 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: Segurança e firmeza do postinho. As flores porque tem participação que existe lá, mas tem coisas que falham porque nem todo mundo agrada a todos. Por falta de recursos não atende a todos.</p> <p>QUALIDADE: Lugar de participação, bom atendimento, aconchego, cuidado, limpo, organizado</p> <p>SENTIMENTOS: Alegria</p> <p>METÁFORA: Hospital</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquela que é um lugar limpo, cuidado, organizado, aconchegante que promove a participação, mas que não tem recursos para atender e agradar a todos, portanto se revela na imagem contraste.</p>			
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde				Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque sou doadora de sangue	Faço caminhada as vezes	Ter uma boa alimentação, mas as verduras estão caras	No atendimento, quando preciso. Mas as vezes não tem recurso para todo mundo que precisa	Precisa de segurança, a saúde deixa a desejar

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 13 Sexo: F Idade: 35 Escolaridade: E. F. Incomp. Renda: Até 1 salário mínimo Tempo que freq. o CSF: 20 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórico</p> <p>SENTIDO: Representa o acolhimento da coordenadora</p> <p>QUALIDADE: Lugar de acolhimento, atenção, carisma, carinho, ajuda, de sinceridade</p> <p>SENTIMENTOS: Confiança</p> <p>METÁFORA: Boas amizades</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'boas amizades' é aquela que é lugar de acolhimento, atenção, carisma, carinho, ajuda, de sinceridade, que desperta sentimento de confiança e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque tenho carisma, força de vontade, caminho e ando de bicicleta as vezes	Caminhada, andar de bicicleta, ir ao posto, rir, brincar	Praticar mais atividade física	Com a atividade física que envolve a população	Através do meio ambiente, exemplo zumba

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 14 Sexo: F Idade: 57 Escolaridade: E M Completo Renda: Até 1 salário mínimo Tempo que freq. o CSF: 31 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: O posto de saúde que tem vacinação e medico para o atendimento</p> <p>QUALIDADE: Lugar de ajuda, saúde, cuidado, apoio, acolhimento</p> <p>SENTIMENTOS: bons sentimentos de ajuda</p> <p>METÁFORA: Igreja</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'igreja' é aquela que é um lugar de ajuda, saúde, cuidado, acolhimento, onde se encontra apoio e se revela na imagem de agradabilidade.</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque sempre procuro fazer atividade física e tomo sempre os meus medicamentos	Beber água, comer bem e caminhar	Deixar de tomar cerveja	De nenhuma forma, pois não participo ativamente, tem apenas as visitas da ACS	De nenhuma forma

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 15 Sexo: F Idade: 55 Escolaridade: E M Comp. . Renda: de 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: desde a inauguração</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: O posto é de serventia para crianças e mulheres, mas deveria dar mais atenção às pessoas que o procuram. Precisa melhorar o atendimento</p> <p>QUALIDADE: Lugar de respeito, atenção, consideração, cuidado</p> <p>SENTIMENTOS: Fé, amor</p> <p>METÁFORA: Unimed</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'Unimed' é aquela que é lugar de respeito, cuidado, amor, mas que precisa ter mais consideração e atender melhor aqueles que a procuram, portanto se revela na imagem de contraste</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque me sinto feliz por ter Deus diante de mim	Meu trabalho	Fazer exercícios físicos	Tudo que preciso encontro lá, mas preciso melhorar o atendimento.	A cidade não contribui

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 16 Sexo: F Idade: 71 Escolaridade: E F Inomp. Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: O posto é como um lar que acolhe</p> <p>QUALIDADE: Acolhimento, saúde, ajuda, lugar de tratamento médico</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Hospital que promove saúde</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquela que promove saúde por ser um lugar de acolhimento, ajuda e tratamento médico e que se revela na imagem pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Me considero uma pessoa saudável espiritualmente	Tenho o hábito de visitar os enfermos, isso traz paz	Ter mais paciência e ser mais humilde	Através da medicação	Com a limpeza, saneamento básico e por gostar de morar aqui

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 17 Sexo: F Idade: 51 Escolaridade: Pós-graduação Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórica</p> <p>SENTIDO: Lugar onde recebe todos com carinho e é de grande serventia para população</p> <p>QUALIDADE: Lugar de colaboração, responsabilidade, atenção e acolhimento</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, carinho</p> <p>METÁFORA: Micro hospital, pois atende todos e presta vários tipos de atendimento</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'micro hospital' é aquele lugar de colaboração, responsabilidade, atenção, acolhimento que recebe todos com carinho, presta diferentes tipos de serviço e se revela na imagem de agradabilidade</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque sempre me policio para evitar doenças	Tento não fazer algo que possa refletir em maus hábitos	Fazer exercício físico, comer na hora certa, dormir cedo e acordar cedo	Atendimento médico sempre que preciso, vacinação em dias para toda a família e prevenções	Oferecendo oportunidades na prática de atividades físicas, atendimentos médicos, odontológico, etc

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 18 Sexo: F Idade: 73 Escolaridade: Sem estudos Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 8 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: Eu na porta do posto</p> <p>QUALIDADE: Não existe outro melhor, as funcionárias têm carinho e atenção, são disponíveis, bom atendimento, agradável</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Minha mãe porque nunca me falta</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'minha mãe' é aquela em que os funcionários atendem bem, com carinho e atenção, são disponíveis, o que torna o lugar agradável e se revela na imagem de agradabilidade.</p>
---	---

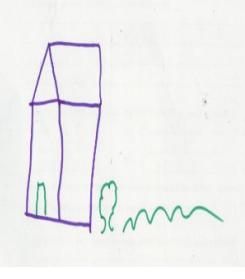
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Mesmo diante da enfermidade me sinto saudável porque sou feliz	Trabalhar e fazer bolo	Queria ter um companheiro para conversar e dividir as responsabilidades	Com a assistência e a medicação	Com a limpeza da cidade

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 19 Sexo: F Idade: 36 Escolaridade: E F Completo Renda: Até 1 salário mínimo Tempo que freq. o CSF: 12 anos ESTRUTURA: Metafórico SENTIDO: Casa de apoio onde as pessoas estão todos os dias ou quando precisam. QUALIDADE: Lugar onde solucionamos nossos problemas de saúde, de apoio, segurança, amizades, melhorias, conforto SENTIMENTOS: Segurança, tranquilidade METÁFORA: Segunda casa, um lugar onde vai ser sempre nosso ponto forte, pois todos nós precisamos. IMAGEM AFETIVA: A UBS 'ponto forte' é aquela em que as pessoas vão todos os dias ou quando precisam, pois lá se encontra a solução para os problemas de saúde, apoio, segurança, amizade e tranquilidade. Esta se revela na imagem de agradabilidade.</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque dificilmente fico doente	Boa alimentação	Fazer algum tipo de exercício	Sempre que preciso, meus problemas de saúde são solucionados	Através da saúde que está a cada dia melhorando, bons profissionais para nos atender.

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 20 Sexo: F Idade: 62 Escolaridade: E. F. Incomp Renda: Até 1 salário mínimo Tempo que freq. o CSF: 10 anos ESTRUTURA: Metafórica SENTIDO: Eu gosto de rosa, da natureza e da primavera. O posto é bom, tem um bom atendimento, principalmente o médico QUALIDADE: Beleza, natureza primavera, Deus, harmonia SENTIMENTOS: Paz METÁFORA: Família IMAGEM AFETIVA: A UBS 'família' é aquele que tem harmonia, bom atendimento, desperta sentimento de paz e que se revela na imagem de agradabilidade.</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, por ter glaucoma, colostomia e labirintite	Se sente saudável e feliz quando vai à Igreja	Se pudesse ler a bíblia se sentiria mais saudável	Com a contribuição do médico e suas orientações	Sim, com o saneamento básico

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 21 Sexo: F Idade: 35 Escolaridade: E F Comp. Renda: de 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 17 anos ESTRUTURA: Cognitiva SENTIDO: Significa o meu posto de saúde que é ótimo o atendimento. Tem atendimento, companheirismo, amor, carinho QUALIDADE: Bom atendimento, compreensão, lugar de amizade, carinho SENTIMENTOS: Amor METÁFORA: Segunda casa IMAGEM AFETIVA: A UBS 'segunda casa' é aquela que tem ótimo atendimento, onde se encontra compreensão, amizade, carinho, que desperta sentimento de amor e se revela na imagem de pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque graças a Deus não sinto nada	Não faço nada	Me alimentar melhor e caminhar	Tem dentista, médico, enfermeiro, agente de saúde e é aqui perto	Tem coisas, mas eu não participo

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 22 Sexo: F Idade: 32 Escolaridade: E M Completo Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: Recente ESTRUTURA: Metafórico SENTIDO: A árvore é o frescor, a sombra, é ótimo. O coração é o órgão principal do corpo QUALIDADE: É bom, mas precisa de um médico melhor. Lugar de saúde, determinação, agradável, pessoas ótimas, com atendimento. SENTIMENTOS: METÁFORA: Nada a declarar IMAGEM AFETIVA: A UBS 'nada a declarar' é bom, lugar de saúde, agradável, mas precisa de um médico melhor, se revela na imagem de contrate.</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, me sinto bem sempre	Estou sempre de bom humor	Caminhada	Com ACS, porque o médico não é bom	Ótima praça

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 23 Sexo: F Idade: 56 Escolaridade: E F Incomp Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 16 anos ESTRUTURA: Metafórica SENTIDO: Represente afeto e carinho, pois somos recebidos com carinho e atenção QUALIDADE: Bom, satisfatório, legal, ótimo SENTIMENTOS: Feliz, alegria METÁFORA: Aquilo que ninguém compra, a felicidade IMAGEM AFETIVA: A UBS 'felicidade' é aquela na qual as pessoas são recebidas com carinho e atenção, portanto desperta sentimentos de felicidade e alegria e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, sinto muitas dores	Não tenho	Exercícios	Com dentista e as ACS aconselhando a fazer exercício	Oferecendo remédios nos postos e a presença dos ACS

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 24 Sexo: F Idade: 30 Escolaridade: E M Completo. Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 10 anos ESTRUTURA: Metafórica SENTIDO: É como o coração de mãe que sempre trata as pessoas com carinho e amor. Quando precisei sempre fui bem atendida QUALIDADE: Lugar de respeito, paciência, atendimento, simpatia SENTIMENTOS: Carinho, amor METÁFORA: hospital IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquela que quando se precisa se é atendido com respeito, paciência, simpatia, portanto desperta sentimentos de carinho e amor e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, não sinto nada	Caminhada, academia	Praticar mais esportes	Com palestras e agentes de saúde que estão sempre por aqui	Com palestras e prática de esportes

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 25 Sexo: F Idade: 23 Escolaridade: Sup. Incomp Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: 23 anos ESTRUTURA: Metafórica SENTIDO: Representa acolhimento, alegria, coisas boas Lugar onde sou bem atendida, acolhida QUALIDADE: Lugar de afeto, harmonia, cumplicidade, carinho, união SENTIMENTOS: Alegria, amor, paz METÁFORA: Bom lugar IMAGEM AFETIVA: A UBS 'bom lugar' é aquela que as pessoas são acolhidas e atendidas com afeto, harmonia, carinho, sentem alegria, amor, paz e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque procuro sempre me alimentar bem, cuidar da minha saúde e estar com meus amigos	Me alimento bem e tenho boas relações	Praticar atividades físicas	Através de atividades desenvolvidas	Através das praças

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 26 Sexo: F Idade: 37 Escolaridade: E F Incomp. Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 17 anos ESTRUTURA: Metafórico SENTIDO: O sol é a alegria, o coração é o amor e a flor a harmonia QUALIDADE: Lugar de companheirismo e atenção SENTIMENTOS: Alegria METÁFORA: Maçã porque representa a amizade IMAGEM AFETIVA: A UBS 'maçã' é aquela que é lugar de companheirismo, atenção, amizade e alegria e se revela na imagem de pertencimento</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque eu não sinto nada. Dificilmente sinto uma gripe	Trabalhar	Caminhada porque tenho uns problemas de circulação	Tem nutricionista, tem exercício com pessoas, exames, mas eu não participo	Tem praça para fazer caminhada

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 27 Sexo: F Idade: 30 Escolaridade: E M Completo. Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 5 anos ESTRUTURA: Cognitivo SENTIDO: É uma casa de acolhimento das pessoas. Esse é um posto bom, mas poderia ser melhor em aceitar a opinião dos outros QUALIDADE: Lugar de acolhimento, ajuda, amizade SENTIMENTOS: Desapontamento, confiança METÁFORA: Política, no início é tudo de bom e depois nos desaponta IMAGEM AFETIVA: A UBS 'política' é aquela que inicialmente se apresenta como um lugar de acolhimento, ajuda, amizade, confiança, mas que depois desaponta por não aceitar as opiniões dos usuários e que se revela na imagem de contraste.</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, porque eu tenho vários problemas de saúde	Deveria fazer dieta ou caminhada	Exercício físico, alimentação saudável	Tem atendimento com nutricionista, mas eu não frequento	Tem vários locais para fazer exercício físico

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 28 Sexo: F Idade: 18 Escolaridade: E M Completo Renda: Não tem rendaTempo que freq. o CSF: Poucas vezes</p> <p>ESTRUTURA: Metafórica</p> <p>SENTIDO: Significa saúde, paz, humildade e amor. O posto é bom, quando chego lá sou bem atendida, tem médico e enfermeiro bom</p> <p>QUALIDADE: Lugar de saúde, atenção, humildade, prosperidade.</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, paz</p> <p>METÁFORA: Hospital</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquela que representa a saúde por ser um lugar de atenção, humildade, amor, paz e que se revela na imagem de agradabilidade</p>
--	--

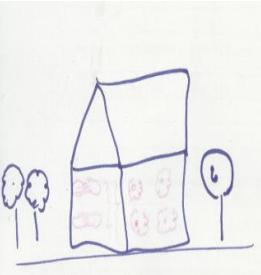
Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, muito difícil eu adoecer	Deveria fazer academia	Praticar atividade física	Medicamentos e médicos	Com posto de saúde e hospitais de boa qualidade

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 29 Sexo: F Idade: 55 Escolaridade: E. F. Incomp Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórico</p> <p>SENTIDO: Amo rosas, por isso a rosa representa o posto</p> <p>QUALIDADE: Lugar de alegria, amizade, união</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, felicidade</p> <p>METÁFORA: Praça, pois me sinto bem quando estou lá</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'praça' é aquela em que as pessoas se sentem bem por estar lá porque é um lugar de alegria, amizade, união, amor e felicidade e que se revela na imagem de agradabilidade</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque tenho disposição e gosto de trabalhar	Se movimentar	Procurar mais cuidar da saúde, se prevenindo, fazer caminhada e beber mais água	Através de consulta, nos ajudando a cuidar da saúde	Através das praças para fazer caminhadas

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 30 Sexo: F Idade: 21 Escolaridade: Sup incomp. Renda: de 3 a 6 salários mínimosTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: metafórico</p> <p>SENTIDO: Um bom lugar onde as pessoas encontram ajuda</p> <p>QUALIDADE: Lugar de ajuda, auxílio, companheirismo, união, qualidade, prevenção, saúde, amizade</p> <p>SENTIMENTOS: Alegria</p> <p>METÁFORA: Jardim</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'jardim' é aquela que as pessoas encontram ajuda, amizade, auxílio, companheirismo, saúde, sentem alegria e que se revela na imagem de agradabilidade.</p>
--	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque procuro sempre cuidar da minha saúde praticando exercício e me alimentando bem	Alimentação, prática de exercício físico, estar com minha família, amigos, cuidar da minha saúde psicológica	Procurar me alimentar melhor	Através de campanhas, ações voltadas para prevenção e promoção de saúde	Através das praças para fazer caminhada

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 31 Sexo: F Idade: 33 Escolaridade: E M Completo Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 21 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórico</p> <p>SENTIDO: Lugar harmonizado e enfeitado. É um lugar bom, com ótimos profissionais que deixa a desejar só no atendimento médico pois eles nem sempre são comprometidos com o horário.</p> <p>QUALIDADE: Enfeitado, lindo, acolhimento, bonito, legal</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Sorvete</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'sorvete' é aquela que é bonito, legal, harmonizado, mas deixa a desejar com relação ao cumprimento do horário dos médicos por isso se revela na imagem de contraste.</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque pratico atividades	Alimentação adequada e academia	Caminhada	Com atividades e palestras, mas eles precisam melhorar com o cumprimento do horário	Com a praça para caminhar

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 32 Sexo: F Idade: 25 Escolaridade: E M Completo Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: 15 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórico</p> <p>SENTIDO: Coisas boas, lugar que busco ajuda</p> <p>QUALIDADE: Lugar de companheirismo, amizade, união, fraternidade, responsabilidade e igualdade</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Meu lugar de trabalho</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'meu lugar de trabalho' é aquele lugar de companheirismo, amizade, união, fraternidade, responsabilidade e igualdade onde as pessoas buscam ajuda e que se revela nas imagens de pertencimento.</p>
--	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque sempre tento cuidar da minha saúde	Beber muita água e fazer caminhada	Fazer caminhada mais regularmente e me alimentar melhor	Lá posso conseguir ajuda quando preciso e é próximo	Através da praça para fazer caminhada

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 33 Sexo: F Idade: 42 Escolaridade: E F Incomp. Renda: Até 1 salário mínimoTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: metafórico</p> <p>SENTIDO: Representa alegria, felicidade, harmonia. É um bom lugar</p> <p>QUALIDADE: Lugar de acolhimento, satisfação, harmonia</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, alegria, felicidade, paz</p> <p>METÁFORA: Minha casa</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'minha casa' é aquela que é um lugar de acolhimento, satisfação, harmonia, que inspira sentimentos de amor, alegria, felicidade, paz e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, porque não pratico atividades físicas	alimentação	Me exercitar e ter uma alimentação melhor	Através dos programas que tem e das atividades que tem lá.	De nenhuma forma

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito:34 Sexo: F Idade: 43 Escolaridade: E F Incomp. Renda: sem rendaTempo que freq. o CSF: 10 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitivo</p> <p>SENTIDO: Eu fiz uma mulher sorrindo e as vacinas e os remédio, mas lá as vezes não tem isso para todas as pessoas</p> <p>QUALIDADE: As pessoas me atendem bem, mas são antipáticas cara dura</p> <p>SENTIMENTOS: Amor, felicidade, antipatia</p> <p>METÁFORA: Maçã por que por fora e de um jeito e dentro é de outro</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'maçã' é aquela que é vermelha por fora e branca por dentro parece ser boa, tem bom atendimento, mas que as pessoas são antipáticas e cara dura, que se revela na imagem de contraste.</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque eu me cuido	Não como de tudo, faço caminhada, faço física na praça	Melhorar ainda mais a alimentação, porque não gosto de verdura	Não contribui, porque lá por fora é de um jeito, mas dentro as pessoas são cara dura.	Contribui porque tem praças, professores de zumba na praça. No Icó só falta uma indústria para trazer emprego

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 35 Sexo: F Idade: 72 Escolaridade: E F Incomp. Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: poucas vezes</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: Tem gente lá que é muito orgulhosa. É bom ter um posto perto de casa, mas as vezes eles estão parados, e demoram a atender, nunca tem remédio. Só quem tem amizade consegue as coisas</p> <p>QUALIDADE: Lugar que atende mal, falta ficha, demora, as pessoas estão de cara feia</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: É como uma fruta, tem gente que gosta e tem gente que não gosta. Para umas é boa e para outras é ruim.</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'fruta' é aquela que é bom que esteja perto de casa, mas que para algumas pessoas é boa e para outras não é, revelando-se na imagem de contraste</p>
--	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, não tenho reclamação de doenças já com 72 anos	Trabalhar, eu costuro e arrumo a casa	Abraçar as pessoas e ter muitas pessoas na minha casa	O postinho é bom porque é aqui perto, mas deveria contribuir recebendo as pessoas bem	Deveria ter uma fábrica. A praça é boa para caminhar

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito:36 Sexo: F Idade:22 Escolaridade: Sup Incompl. Renda: de 1 a 3 salários mínimosTempo que freq. o CSF: só quando está doente</p> <p>ESTRUTURA: metafórico</p> <p>SENTIDO: As mãos representam a segurança, algo que sustenta. É bom saber que tem um posto perto de casa pra você ir antes de ir ao hospital. Todas as vezes que precisei do equipamento, ele me atendeu.</p> <p>QUALIDADE: Lugar de acolhimento, segurança</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Uma casa que acolhe, traz segurança</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'casa' é aquela que acolhe, dá segurança, atende às necessidades quando procurado e que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque não adoço com muita frequência	Alimentação, caminhada	Não beber refrigerante	Com as ações de promoção e prevenção da saúde	Não

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 37 Sexo: F Idade: 44 Escolaridade: Pós-graduação Renda: 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 2 anos ESTRUTURA: Cognitiva SENTIDO: As pessoas indo atrás de atendimento. Uma está com a cara feliz porque conseguiu e a outra não conseguiu QUALIDADE: Lugar que precisa melhorar na qualidade, no respeito, compreensão, importante SENTIMENTOS: Tristeza, desamor METÁFORA: Hospital regional IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital regional' é aquela que apesar de ser perto de casa, precisa melhorar na qualidade, no respeito com as pessoas, pois nem todos que buscam são atendidos e por isso desperta sentimento de tristeza e desamor e que se revela na imagem de destruição</p>
---	--

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque procuro me alimentar de maneira saudável	As vezes pratico caminhada e faço hidroginástica	Alimentação ser mais regrada	Não contribui, nunca consigo atendimento	Sim, depende de mim

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 38 Sexo: F Idade: 31 Escolaridade: E M Completo Renda: 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 1 ano e 6 meses ESTRUTURA: Cognitivo SENTIDO: Representa o posto aberto para receber as pessoas QUALIDADE: Lugar de amizade, saúde, medicação e médicos. É bom, limpo SENTIMENTOS: Amor, alegria METÁFORA: Miniclínica IMAGEM AFETIVA: A UBS 'miniclínica' é aquela que tem médicos, medicação, é limpa, está sempre aberta para receber as pessoas, inspira sentimentos de amor e alegria e que se revela na imagem de agradabilidade.</p>
--	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Mais ou menos, porque ultimamente tenho sofrido com algumas dores frequentes	alimentação	Fazer exercícios físicos	Está sempre aberto, é limpo, organizado, mas não contribui comigo, porque não faço consultas lá	Ela poderia contribuir com um hospital melhor

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 39 Sexo: F Idade: 22 Escolaridade: Sup. Incomp. Renda: 3 a 6 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 5 anos ESTRUTURA: Cognitivo SENTIDO: Profissionais e usuários abraçados se acolhendo QUALIDADE: Lugar de união, amizade, cuidado, carinho, paciência e segurança SENTIMENTOS: METÁFORA: Casa acolhedora, tem cuidado com cada usuário IMAGEM AFETIVA: A UBS 'casa acolhedora' é aquela onde todas as pessoas são acolhidas e cuidadas, pois é um lugar de união, amizade, carinho, paciência e segurança que se revela na imagem de pertencimento</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Não, não mantendo hábitos saudáveis, não me alimento bem e nem faço exercícios	nenhum	Alimentação e praticar esportes	Com as campanhas de prevenção e promoção de saúde	Nada

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 40 Sexo: F Idade: 21 Escolaridade: Sup. Incomp. Renda: de 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 2 anos</p> <p>ESTRUTURA: Cognitiva</p> <p>SENTIDO: É um prédio que oferece serviços. Aparenta oferecer bons serviços, mas não utilize com frequência</p> <p>QUALIDADE: Lugar de retraimento, afastamento, fechado, inerte</p> <p>SENTIMENTOS: Indiferença, desafeto</p> <p>METÁFORA: Hospital, as vezes você sai satisfeito quando é atendido e outras vezes não.</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'hospital' é aquele que oferece serviços de saúde em um lugar retraído, fechado, inerte que desperta sentimentos indiferença e desafeto e que se manifesta na imagem de destruição.</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque, apesar de não ter um estilo de vida saudável, não adoeço com frequência	Não sei	Fazer exercícios físicos, ter uma alimentação saudável	Não faço uso frequente do posto	A cidade possui espaço amplo para prática de caminhada, tem diversas academias, então contribui desta forma.

	<p>IDENTIFICAÇÃO: Sujeito: 41 Sexo: F Idade: 41 Escolaridade: E M Comp Renda: de 1 a 3 salários mínimos Tempo que freq. o CSF: 19 anos</p> <p>ESTRUTURA: Metafórica</p> <p>SENTIDO: Carinho, amor, atendimento com atenção</p> <p>QUALIDADE: Lugar de atendimento, atenção, respeito, humanização, pontualidade, responsabilidade</p> <p>SENTIMENTOS:</p> <p>METÁFORA: Minha própria casa</p> <p>IMAGEM AFETIVA: A UBS 'minha própria casa' é aquela que é um lugar de atendimento com atenção, respeito, humanização, pontualidade e responsabilidade e que se manifesta na imagem de agradabilidade</p>
---	---

Avaliação dos sujeitos acerca de sua saúde			Avaliação acerca de como o CSF e a cidade contribuem com sua saúde	
Você se considera uma pessoa saudável? Por quê?	Que hábitos seus proporcionam que você seja mais saudável?	Que hábitos você deveria ter para ser mais saudável?	Como o CSF contribui para que você seja mais saudável?	Como a cidade contribui para que você seja mais saudável?
Sim, porque sou uma pessoa alegre e sempre procuro estar bem	A minha alimentação	Praticar exercício físico	Com atendimento que é muito bom e com a atenção que eles dão à comunidade	Não vejo nenhuma contribuição por parte dela, até porque as plantas das praças estão morrendo.

APÊNDICE E – ANÁLISE ESTATÍSTICA COMPLEMENTAR

Mplus VERSION 7.31
 MUTHEN & MUTHEN
 03/15/2017 3:58 PM
 INPUT INSTRUCTIONS
 Title:
 Ellen
 Data:
 File is saida2.dat;
 VARIABLE:
 NAMES ARE
 idade escolaridade renda tempoubs estrutura e1q1 e1q6 e1q7 e1q9
 e1q10 e1q14 e1 q26 e1q28
 e1q32 e1q35 e1q37 e1q43 e147 e1q50 e1q54 e1q56 e2q2 e2q5 e2q8
 e2q15 e2q22 e2q23 e2q24 e2q27
 e2q29 e2q31 e2q34 e2q36 e2q39 e2q40 e2q42 e2q49 e3q3 e3q11 e3q13
 e3q18 e3q20 e3q21 e3q44 e3q25
 e3q30 e3q46 e3q51 e3q53 e4q4 e4q12 e4q16 e4q17 e4q19
 e4q33 e4q38 e4q41 e4q45 e4q48 e4q52 e4q55 saudan
 fazalgon ubsn pe ag de in;
 USEVARIABLES ARE
 idade escolaridade renda tempoubs estrutura !e1q1 e1q6
 !e1q7 e1q9 e1q10 e1q14 e1 q26 e1q28
 !e1q32 e1q35 e1q37 e1q43 e147
 !e1q50 e1q54 e1q56 e2q2 e2q5 e2q8 e2q15 e2q22 e2q23 e2q24 e2q27
 !e2q29 e2q31 e2q34 e2q36 e2q39 e2q40 e2q42
 !e2q49 e3q3 e3q11 e3q13 e3q18 e3q20 e3q21 e3q44 e3q25
 !e3q30 e3q46 e3q51 e3q53 e4q4 e4q12 e4q16 e4q17
 !e4q19 e4q33 e4q38 e4q41 e4q45 e4q48 e4q52 e4q55
 !saudan fazalgon ubsn pe
 ag de in;
 CATEGORICAL ARE
 escolaridade renda estrutura !e1q1 e1q6 e1q7 e1q9 e1q10 e1q14 e1 q26 e1q28 !e1q32 e1q35
 e1q37 e1q43 e147 e1q50 e1q54 e1q56 e2q2 e2q5 e2q8 e2q15 e2q22
 !e2q23 e2q24 e2q27 e2q29 e2q31 e2q34 e2q36 e2q39 e2q40 e2q42 e2q49 e3q3 e3q11
 !e3q13 e3q18 e3q20 e3q21 e3q44 e3q25
 !e3q30 e3q46 e3q51 e3q53 e4q4 e4q12 e4q16
 !e4q17 e4q19 e4q33 e4q38 e4q41 e4q45 e4q48 e4q52 e4q55
 !saudan
 fazalgon ubsn;
 !pe ag de in
 ANALYSIS:
 TYPE = General;
 PARAMETERIZATION= THETA;
 Model:
 !f1 = pertencimento
 !f1 by e1q1 e1q6 e1q7 e1q9 e1q10 e1q14 e1 q26 e1q28

!e1q32 e1q35 e1q37 e1q43 e1q47 e1q50 e1q54 e1q56;
 !f2 = agradabilidade
 !f2 by e2q2 e2q5 e2q8 e2q15 e2q22 e2q23 e2q24 e2q27
 !e2q29 e2q31 e2q34 e2q36 e2q39 e2q40 e2q42 e2q49;
 !f3 = destruição
 !f3 by e3q3 e3q11 e3q13 e3q18 e3q20 e3q21 e3q44 e3q25 e3q30 e3q46 e3q51 e3q53; !f4 =
 insegurança
 !f4 by e4q4 e4q12 e4q16 e4q17 e4q19 e4q33 e4q38 e4q41 e4q45 e4q48 e4q52 e4q55;
 !f5=modo de vida !f5
 by saudan fazalgon;
 fazalgon ON pe;
 fazalgon ON ag;
 fazalgon ON de;
 fazalgon ON in; pe
 ON idade; ag ON
 idade; de ON idade;
 in ON idade;
 fazalgon ON idade;
 !pe ON
 escolaridade;
 !lag ON escolaridade;
 !de ON escolaridade;
 !in ON escolaridade;
 !f5 ON escolaridade;
 !pe ON renda;
 !lag ON renda;
 !de ON renda;
 !in ON renda; !f5 ON
 renda; pe ON
 tempoubs; ag ON
 tempoubs; de ON
 tempoubs; in ON
 tempoubs; fazalgon
 ON tempoubs;
!ÍNDICE DE
MODIFICAÇÃO
 IN ON DE;
 ! análise de variáveis em relação a outra
MODEL INDIRECT:
 !pe IND ubsn fazalgon;
 !lag IND ubsn fazalgon;
 !de IND ubsn fazalgon;
 !in IND ubsn fazalgon;
OUTPUT:
 STDYX;
 MODINDICES (all);
 Ellen
SUMMARY OF ANALYSIS

Number of groups	1
Number of observations	41
Number of dependent variables	9
Number of independent variables	2

Number of continuous latent variables 0
 Observed dependent variables
 Continuous
 PE AG DE IN
 Binary and ordered categorical (ordinal)
 ESCOLARI RENDA ESTRUTUR FAZALGON UBSN
 Observed independent variables
 IDADE TEMPOUBS
 Estimator WLSMV
 Maximum number of iterations 1000
 Convergence criterion 0.500D-04
 Maximum number of steepest descent iterations 20
 Parameterization THETA
 Input data file(s) saida2.dat
 Input data format FREE
 UNIVARIATE PROPORTIONS AND COUNTS FOR CATEGORICAL VARIABLES

ESCOLARI		
Category 1	0.073	3.000
Category 2	0.366	15.000
Category 3	0.073	3.000
Category 4	0.098	4.000
Category 5	0.220	9.000
Category 6	0.098	4.000
Category 7	0.024	1.000
Category 8	0.049	2.000
RENDА		
Category 1	0.171	7.000
Category 2	0.024	1.000
Category 3	0.439	18.000
Category 4	0.317	13.000
Category 5	0.049	2.000
ESTRUTUR		
Category 1	0.488	20.000
Category 2	0.512	21.000
FAZALGON		
Category 1	0.780	32.000
Category 2	0.220	9.000
UBSN		
Category 1	0.756	31.000
Category 2	0.244	10.000

THE MODEL ESTIMATION TERMINATED NORMALLY

MODEL FIT INFORMATION

Number of Free Parameters	37
Chi-Square Test of Model Fit	
Value	82.983*
Degrees of Freedom	39
P-Value	0.0001

* The chi-square value for MLM, MLMV, MLR, ULSMV, WLSM and WLSMV cannot be used for chi-square difference testing in the regular way. MLM, MLR and WLSM chi-square difference testing is described on the Mplus website. MLMV, WLSMV, and ULSMV difference testing is done using the DIFFTEST option.

RMSEA (Root Mean Square Error Of Approximation)

Estimate	0.166			
90 Percent C.I.	0.116 0.215			
Probability RMSEA <= .05	0.000 CFI/TLI			
CFI	0.376			
TLI	0.136			
Chi-Square Test of Model Fit for the Baseline Model				
Value	124.524			
Degrees of Freedom	54			
P-Value	0.0000 WRMR (Weighted Root Mean Square Residual)			
Value	1.286			
MODEL RESULTS				
	Two-Tailed			
Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value	
FAZALGON ON				
PE	-0.675	18.707	-0.036	0.971
AG	-0.734	20.390	-0.036	0.971
DE	0.662	18.484	0.036	0.971
IN	0.274	7.581	0.036	0.971
IDADE	0.024	0.648	0.037	0.970
TEMPOUBS	0.320	8.958	0.036	0.972
PE ON				
IDADE	0.010	0.120	0.082	0.935
TEMPOUBS	0.500	0.221	2.265	0.023
AG ON				
IDADE	-0.037	0.095	-0.386	0.700
TEMPOUBS	0.422	0.197	2.141	0.032
DE ON				
IDADE	0.007	0.083	0.084	0.933
TEMPOUBS	-0.073	0.269	-0.272	0.786
IN ON				
IDADE	-0.017	0.042	-0.408	0.683
TEMPOUBS	-0.116	0.132	-0.877	0.381
DE	0.866	0.087	9.914	0.000
Intercepts				
PE	50.971	6.105	8.349	0.000
AG	52.664	4.910	10.725	0.000
DE	24.550	4.201	5.844	0.000
IN	9.713	4.170	2.329	0.020
Thresholds				
ESCOLARI\$1	-3.591	0.842	-4.267	0.000
ESCOLARI\$2	-2.001	0.777	-2.575	0.010
ESCOLARI\$3	-1.745	0.768	-2.272	0.023
ESCOLARI\$4	-1.428	0.712	-2.005	0.045
ESCOLARI\$5	-0.621	0.660	-0.941	0.347
ESCOLARI\$6	-0.081	0.715	-0.113	0.910
ESCOLARI\$7	0.108	0.740	0.146	0.884
RENDAS\$1	-2.415	0.767	-3.148	0.002
RENDAS\$2	-2.306	0.669	-3.450	0.001
RENDAS\$3	-0.993	0.629	-1.578	0.114
RENDAS\$4	0.499	0.545	0.916	0.359
ESTRUTUR\$1	0.836	0.611	1.368	0.171

FAZALGON\$1 -41.306 1148.669 -0.036 0.971
 UBSN\$1 0.714 0.601 1.188 0.235

Residual Variances

PE	136.057	32.441	4.194	0.000
AG	87.441	22.408	3.902	0.000
DE	58.994	12.035	4.902	0.000
IN	10.236	2.294	4.462	0.000

STANDARDIZED MODEL RESULTS

STDYX Standardization

Two-Tailed				
	Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value
FAZALGON ON				
PE	-0.638	0.103	-6.166	0.000
AG	-0.557	0.126	-4.413	0.000
DE	0.393	0.424	0.927	0.354
IN	0.159	0.439	0.361	0.718
IDADE	0.034	0.204	0.165	0.869
TEMPOUBS	0.184	0.198	0.928	0.353
PE ON				
IDADE	0.014	0.176	0.082	0.935
TEMPOUBS	0.304	0.126	2.419	0.016
AG ON				
IDADE	-0.067	0.172	-0.389	0.697
TEMPOUBS	0.320	0.132	2.431	0.015
DE ON				
IDADE	0.016	0.193	0.084	0.933
TEMPOUBS	-0.071	0.259	-0.273	0.784
IN ON				
IDADE	-0.041	0.102	-0.404	0.686
TEMPOUBS	-0.115	0.135	-0.852	0.394
DE	0.888	0.041	21.697	0.000
Intercepts				
PE	4.158	0.841	4.944	0.000
AG	5.349	0.830	6.444	0.000
DE	3.189	0.690	4.622	0.000
IN	1.293	0.638	2.026	0.043
Thresholds				
ESCOLARI\$1	-3.591	0.842	-4.267	0.000
ESCOLARI\$2	-2.001	0.777	-2.575	0.010
ESCOLARI\$3	-1.745	0.768	-2.272	0.023
ESCOLARI\$4	-1.428	0.712	-2.005	0.045
ESCOLARI\$5	-0.621	0.660	-0.941	0.347
ESCOLARI\$6	-0.081	0.715	-0.113	0.910
ESCOLARI\$7				0.108 0.740 0.146
0.884				
RENDAS\$1	-2.415	0.767	-3.148	0.002
RENDAS\$2	-2.306	0.669	-3.450	0.001
RENDAS\$3	-0.993	0.629	-1.578	0.114
RENDAS\$4	0.499	0.545	0.916	0.359
ESTRUTUR\$1	0.836	0.611	1.368	0.171
FAZALGON\$1	-3.185	1.189	-2.678	0.007
UBSN\$1	0.714	0.601	1.188	0.235

Residual Variances

PE	0.905	0.074	12.254	0.000
AG	0.902	0.080	11.213	0.000
DE	0.995	0.035	28.318	0.000
IN	0.181	0.048	3.786	0.000

R-SQUARE

Observed	Two-Tailed			Scale	
Variable	Estimate	S.E.	Est./S.E.	P-Value	Factors
FAZALGON	0.994	0.329	3.023	0.003	0.079
PE	0.095	0.074	1.282	0.200	
AG	0.098	0.080	1.216	0.224	
DE	0.005	0.035	0.137	0.891	
IN	0.819	0.048	17.080	0.000	

QUALITY OF NUMERICAL RESULTS

Condition Number for the Information Matrix 0.600E-06
(ratio of smallest to largest eigenvalue)

MODEL MODIFICATION INDICES

Minimum M.I. value for printing the modification index 10.000
M.I. E.P.C. Std E.P.C. StdYX E.P.C.

ON Statements

FAZALGON ON FAZALGON	999.000	0.000	0.000	0.000
PE ON FAZALGON	15.220	-0.904	-0.904	-0.956
PE ON PE	999.000	0.000	0.000	0.000
AG ON FAZALGON	17.061	-0.878	-0.878	-1.157
AG ON AG	999.000	0.000	0.000	0.000
DE ON FAZALGON	17.789	0.522	0.522	0.880
IN ON IN	999.000	0.000	0.000	0.000
FAZALGON	999.000	0.000	0.000	0.000

DIAGRAM INFORMATION

Use View Diagram under the Diagram menu in the Mplus Editor to view the diagram. If running Mplus from the Mplus Diagrammer, the diagram opens automatically.

Diagram output c:\users\intervenção motora\desktop\dados hellen\hellen inp 15
03.dgm

Beginning Time: 15:58:29
Ending Time: 15:58:29
Elapsed Time: 00:00:00

MUTHEN &

MUTHEN 3463

Stoner Ave.

Los Angeles, CA 90066

Tel: (310) 391-9971

Fax: (310) 391-8971

Web: www.StatModel.com

Support: Support@StatModel.com

Copyright (c) 1998-2015 Muthen & Muthen

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTIMA DE LUGAR E IMPLICAÇÕES COM O MODO DE VIVER DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Pesquisador: Elcides Hellen Ferreira Landim

Barreto Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55863816.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO

PARECER Número

do Parecer: 1.578.437

Apresentação do Projeto:

O projeto em pauta tem como objetivo analisar, a partir da abordagem histórico-cultural, a relação entre a estima de lugar dos usuários do Centro de Saúde da Família e as implicações destes com um modo de viver saudável. Para tanto, será realizado um estudo descritivo a partir de dados qualitativos conseguidos com sujeitos usuários do Centro de Saúde da Família (CSF) São Geraldo, no município de Icó (CE), a partir do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivos (IGMA) e entrevistas semiestruturadas. A hipótese desta pesquisa é que indivíduos com melhores vínculos comunitários e estima de lugar mais potencializadora apresentam um modo de viver mais saudável e uma percepção mais positiva da saúde. Para realização desta pesquisa será realizado um estudo com base em dados qualitativos. Os referidos dados serão coletados inicialmente através do Instrumento Gerador dos Mapas Afetivo - IGMA (BOMFIM, 2010) junto a 50 usuários do serviço de saúde e em seguida serão realizadas entrevistas semiestruturadas. O IGMA tem como objetivo identificar a

disposição afetiva, ou mapa afetivo, das pessoas com relação aos lugares através de desenhos e metáfora. O mesmo é composto por duas partes. A primeira solicita que o sujeito desenhe e fale/escreva, através de metáforas, as emoções e sentimentos com relação ao local. A segunda etapa desse instrumento, que tem como propósito complementar a primeira parte, é composta por um escala Likert, no qual o sujeito avalia, utilizando uma escala de 0 a 5, o quanto concorda ou discorda de afirmações com relação aos sentimentos e emoções acerca do lugar. A entrevista semi-estruturada será realizada com os sujeitos-usuários do CSF São Geraldo, Icó (CE) que forem apontados a partir da análise do IGMA, com o objetivo de obter informações acerca da compreensão destes sobre o modo de viver e seus comportamentos cotidianos em prol de uma vida mais saudável. Serão excluídos pessoas menores de 18 anos de idade.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a relação entre a estima de lugar dos usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo e as implicações destes com um modo de viver saudável no município de Icó, Ceará.

Específicos: Identificar as percepções dos usuários do Centro de Saúde da Família São Geraldo acerca do modo de viver saudável. Identificar os indicadores afetivos (pertencimento, agradabilidade, contraste, insegurança e destruição) presentes nos usuários da Unidade Básica de Saúde São Geraldo que possibilitam ou não a implicação destes com um modo de viver saudável.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A presente pesquisa não oferece riscos à integridade física dos participantes, mas poderá gerar desconforto pelo tempo exigido e constrangimento ao responder perguntas sobre a afetividade com relação ao lugar. No entanto, tais riscos são contornáveis, não representando impedimento à execução da pesquisa. Seus benefícios estão relacionados à ampliação da discussão acerca da implicação dos sujeitos com um modo de viver saudável para além da dicotomia usuário-profissional da saúde, bem como, contribuir para que sejam pensadas maneiras de potencializar a ação da Estratégia de Saúde da Família a partir da estima de lugar dos sujeitos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objetivos e desenho metodológicos em congruência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram entregues todos os termos obrigatórios requeridos pelo CEP.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa pertinente ao campo da psicologia e da saúde coletiva, sem pendência documentada

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJECTO_696081.pdf	06/05/2016 20:23:39		Aceito
Outros	Carta_de_apreciacao_ao_CEP.pdf	06/05/2016 20:22:16	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	06/05/2016 20:20:55	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	06/05/2016 20:20:31	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	06/05/2016 20:20:01	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisadores.pdf	06/05/2016 20:19:27	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/05/2016 20:18:43	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/05/2016 10:08:58	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Outros	Termo_de_consentimento_pos_informa do.pdf	29/04/2016 11:07:36	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_instituicao_infraestrutura .pdf	29/04/2016 10:55:08	Elcides Hellen Ferreira Landim Barreto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Junho de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br