
Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Francisco Gilson Rebouças Pôrto Júnior
Maria Hosana Conceição

TECNOLOGIA SOCIAL APLICADA NA INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

para formação de Gestores



Atena
Editora
Ano 2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Francisco Gilson Rebouças Pôrto Júnior
Maria Hosana Conceição

TECNOLOGIA SOCIAL APLICADA NA INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

para formação de Gestores



Atena
Editora
Ano 2023

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Ellen Andressa Kubisty

Luiza Alves Batista

Nataly Evilin Gayde

Thamires Camili Gayde

Imagens da capa

Acervo dos autores

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano

Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras

Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará

Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás

Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Edevaldo de Castro Monteiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Renato Jaqueto Goes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Tecnologia social aplicada na interação com a comunidade para formação de gestores

Diagramação: Ellen Addressa Kubisty

Correção: Yaidy Paola Martinez

Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga

Revisão: Os autores

Organizadores: Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Francisco Gilson Rebouças Pôrto Júnior
Maria Hosana Conceição

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T255 Tecnologia social aplicada na interação com a comunidade para formação de gestores / Organizadores Olga Maria Ramalho de Albuquerque, Francisco Gilson Rebouças Pôrto Júnior, Maria Hosana Conceição. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-2044-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.446232311>

1. Tecnologia. I. Albuquerque, Olga Maria Ramalho de (Organizadora). II. Pôrto Júnior, Francisco Gilson Rebouças (Organizador). III. Conceição, Maria Hosana (Organizadora). IV. Título.

CDD 601

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Agradeço pelas dificuldades encontradas no dia a dia, que me abriram novos horizontes, fizeram-me descobrir novas luzes e desvendar novos caminhos. Expresso reconhecimento a cada um dos parceiros pelo significativo aporte para a construção coletiva de cada um dos capítulos deste livro. Também manifesto agradecimento a cada uma das pessoas que, de forma direta ou indireta, forneceu apoio generoso à realização deste trabalho. Declaro especial gratidão a Neusi Berbel pelo “auxílio luxuoso” oferecido nas mais diversas circunstâncias da minha trajetória como professora.

Este livro é dedicado aos estudantes que compartilharam suas dúvidas, descontentamentos e expressaram prazer no processo colaborativo de construção das disciplinas Promoção à Saúde 1 e Atenção Primária em Saúde. Ao longo dos semestres, eles efetuaram a avaliação crítica da prática pedagógica e contribuíram para o aprimoramento progressivo destas disciplinas. Assim fazendo, os estudantes se tornaram fontes de inspiração e de aprendizagem contínua para a docente.

Este livro apresenta os fundamentos teórico-metodológicos e os instrumentos normativos voltados às disciplinas Promoção à Saúde 1 (PS1) e Atenção Primária em Saúde (APS), que estão vinculadas a um projeto de extensão intitulado “Tecnologia Social aplicada na interação com a comunidade para formação de Gestores”.

Os processos de ensino-aprendizagem desenvolvidos nestas disciplinas enfocam a aplicação prática da teoria em ações realizadas junto com diferentes grupos existentes nos equipamentos públicos nos territórios de saúde. A sintonia às demandas sociais dos atores locais e a integração das vivências práticas no cenário real, ambas alinhadas às políticas públicas vigentes no país, desempenham importante papel na formação de Gestores/Sanitaristas. A abordagem contextualizada nas estratégias pedagógicas proporciona a esses futuros profissionais atuarem como protagonistas de seu processo formativo, enfrentando desafios e aplicando as habilidades adquiridas durante o exercício prévio das funções esperadas de Gestores/Sanitaristas.

Boa leitura.

Professoras Olga, Gilson e Hosana.

Recebi com alegria o convite para participar bem de perto do Livro ***A Tecnologia Social aplicada na interação com a comunidade na formação de Gestores***, escrito com múltiplas mãos, mas com uma intencionalidade claramente voltada para o trabalho com a saúde da população.

Em momentos anteriores, acompanhei a Profa. Olga Maria Ramalho de Albuquerque e colaboradores em alguns escritos, quando a dimensão pedagógica se fazia presente nas reflexões ***voltadas para e resultantes de*** trabalhos de formação de Gestores da Saúde.

É sempre um grande prazer sentir e conhecer a vibração dessa educadora da área da saúde (aqui presente na organização do livro e na elaboração de capítulos), que vai avançando de modo destemido e persistente, envolvendo estudantes e profissionais num processo de construção, partindo de disciplinas e projetos que buscam contagiar o curso de graduação como um todo e chegar à Comunidade, também envolvendo-a e beneficiando-a nas questões de saúde.

Se o leitor é da área da saúde e, mais especificamente, de Saúde Coletiva, se é professor na área ou estudante de uma graduação que prepara Gestores Sanitaristas, assim como os demais profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, vai encontrar neste livro muito do que precisa para se inspirar para suas ações, assim como para a elaboração de projetos de promoção, manutenção e busca de solução para questões de saúde da comunidade de sua área de abrangência, **com a** Comunidade.

Assim como o Sanitarista busca a solução de problemas de saúde **com** pessoas da comunidade, este livro fala da formação do Sanitarista e apresenta formas de práticas dos estudantes, sendo alguns de seus capítulos elaborados **com** os estudantes e outros profissionais da área.

Nesse sentido, revela processos de ensino e aprendizagem envolventes, nas disciplinas Promoção à Saúde 1 e Atenção Primária em Saúde, ultrapassando um **ensino para** e alcançando um **ensino com** os estudantes, que exercitam, sob orientação, possibilidades de atuação como Gestores/Sanitaristas **com** a comunidade e não para a comunidade, mesmo antes de concluir o curso.

Este livro é uma demonstração de que é possível, em processos formativos de profissionais da área da saúde para atuar junto à população, **articular** teoria, preceitos legais, o exercício da prática correspondente e parcelas da população em suas condições de vida real, envolvendo/utilizando equipamentos públicos e Tecnologia Social na realização de uma *práxis* de nível superior, que acontece de modo **consciente, informado e intencionalmente transformador**.

E mais: nos seus 7 capítulos, entre conceitos fundamentais que orientam as práticas dos futuros Gestores Sanitaristas, decididos cuidadosamente nos planos das disciplinas, as autoras e autores demonstram um modo integrador de realizar **ensino com pesquisa e extensão**, sempre atentos para captar elementos que ensejem e permitam o aperfeiçoamento constante de tais processos formativos.

Assim, no Capítulo 1, a Tecnologia Social (TS) ganha destaque pela contribuição de diferentes autores para a compreensão de seu conceito, processo, características inovadoras e potencial transformador de aplicação, como parte da disciplina Promoção à Saúde I. A pesquisa-ação é a metodologia norteadora nos processos interativos de geração de conhecimentos **com** a comunidade.

São muitos os aprendizados recíprocos obtidos pelos participantes (estudantes, pesquisadores e componentes da população envolvida), diante de demandas sociais concretas e busca de resolução de problemas, conjugando teoria, prática, instituição formadora e realidade. O capítulo culmina com um relato descritivo do passo a passo da aplicação da TS junto com a comunidade, por uma estudante do curso.

O Capítulo 2 traz um conteúdo que se faz essencial para todo estudante da área da saúde, em especial aos futuros profissionais de Saúde Coletiva e futuros Gestores/Sanitaristas. Conceitos fundamentais como os de política, políticas públicas, saúde, políticas de saúde e políticas públicas saudáveis são apresentados e explicados/analísados historicamente, de modo associado a normatizações já revogadas e outras em vigor, fornecendo um suporte teórico e instrumental normativo, que, ao mesmo tempo em que apontam caminhos e possibilidades, revelam aos estudantes toda a complexidade do Sistema de Saúde no país, a partir da Atenção Básica.

O Capítulo 2 revela também que os estudantes da disciplina Atenção Primária em Saúde (APS) vivenciam estratégias pedagógicas problematizadoras, como o Projeto Gestor da APS, cuja implementação simulada produz ganhos para a saúde da comunidade enquanto fortalece a formação dos estudantes. Anexos e Referências enriquecem ainda mais o Capítulo.

No Capítulo 3, o destaque é para atividades da disciplina Atenção Primária em Saúde (APS), de um curso que forma Gestores/Sanitaristas. Descreve o trabalho de duas Equipes Saúde da Família que mobilizam a comunidade para participar de decisões e ações relativas à saúde em territórios-áreas de suas Unidades Básicas de Saúde. Teoria e prática se voltam para demonstrar que a Participação Social é um componente essencial da promoção da saúde, individual e coletivamente, levando ao empoderamento, como o desenvolvimento da capacidade de agir para transformar suas próprias vidas e o meio em que vivem. Essa é a base dos processos de ensino-aprendizagem na disciplina Atenção Primária em Saúde, que privilegia a produção social da saúde.

O Capítulo 4 traz uma visão abrangente do conceito de saúde ao longo de algumas décadas, que influenciou as Políticas de Promoção da Saúde e a organização do Sistema Único de Saúde no país e seus campos de atuação. Tais elementos se refletem nas características da disciplina Promoção de Saúde I, cuja metodologia utilizada proporciona o estabelecimento de vínculos com

diferentes setores, equipamentos públicos e comunidade, voltados ao mesmo tempo para o preparo de Gestores/Sanitaristas e a promoção do protagonismo da população para atuar pela sua própria saúde. Nesse capítulo, pode-se encontrar ainda uma rica relação com mais de 70 referências sobre aspectos históricos, legais, conceituais, de políticas de saúde e outros conteúdos relacionados ao tema desenvolvido.

No Capítulo 5, evidencia-se a articulação entre teoria e prática; entre políticas públicas de saúde e projeto Político-Pedagógico do curso de Graduação em Saúde Coletiva; entre a Disciplina Promoção à Saúde I desse curso, um Projeto gestor de Promoção à Saúde e um projeto de extensão à comunidade, tudo isso dando sustentação e respaldo para as experiências dos estudantes em espaços de produção social, para produzir saúde em seu sentido ampliado, ao mesmo tempo em que desenvolvem habilidades requeridas do Gestor/Sanitarista. O relato de um grupo de estudantes exemplifica a coerência dessas conexões e alguns ganhos para todos os envolvidos.

O Capítulo 6 traz mais um exemplo de experiência dos estudantes da Disciplina Promoção à Saúde I, com o uso da Tecnologia Social num equipamento público (microambiente) existente no território de saúde (Taguatinga – Brasília), numa abordagem socioambiental, participativa e democrática, com ação pautada na dinâmica problema-solução e numa perspectiva emancipatória, para desenvolverem o Projeto Gestor de Promoção de Saúde, levando em conta Determinantes Sociais de Saúde. Mais uma vez, há a ênfase na utilização da Pesquisa-ação para o alcance dos objetivos.

O último Capítulo, de número 7, oferece uma argumentação importante para o fato de que a mobilização social, como ampliação da participação ativa da população, é um fator positivo de encontro associado à promoção da saúde. Como já enfatizado nos capítulos anteriores, o trabalho é **com a** comunidade, **ouvida** em relação a suas aspirações e à cultura nela existente, mobilizada para a troca e construção de saberes e de ações efetivas de corresponsabilidade na melhoria da qualidade de vida e de saúde do indivíduo e do ambiente em que vive.

Pelos temas que desenvolve, o livro é de conteúdo denso, complexo, mas bastante esclarecedor de papéis que são próprios do Gestor/Sanitarista, das inúmeras possibilidades de seu encontro **com** diferentes setores da Comunidade, com vistas ao enfrentamento conjunto dos desafios existentes para a conquista de melhores condições de saúde e de vida da população. Vale a pena conferir.

Neusi Berbel
Em setembro de 2023.

CAPÍTULO 1 1**A TECNOLOGIA SOCIAL EM SUA DIMENSÃO PEDAGÓGICA E DE PESQUISA-
AÇÃO**

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Emily Raquel Nunes Vidal
Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
Felipe Moreira de Albuquerque
Neusi Aparecida Navas Berbel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323111>

CAPÍTULO 2 13**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA: APRENDENDO COM A PRÁTICA**

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Maria Hosana Conceição
Alberto Mesaque Martins
Felipe Moreira de Albuquerque
Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
Cecile Soriano Rodrigues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323112>

CAPÍTULO 335**PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO MEIO DE 'EMPODERAMENTO'**

Tereza Virgínia Santos
Margareth Rose Braga Mendes Carneiro
Virgínia Scalone de Melo
Olga Maria Ramalho de Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323113>

CAPÍTULO 443**CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS COM A COMUNIDADE PARA
IMPLEMENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE:
BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS**

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Maria Hosana Conceição
Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
Alberto Mesaque Martins
Claides Abegg

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323114>

CAPÍTULO 567**APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA SOCIAL NA INTERAÇÃO COM UM CENTRO
DE CONVIVÊNCIA PARA CRIANÇAS EM CEILÂNDIA - DF**

Andréia de Amorim
Bianca Cardoso de Sales
Isabella Dias da Silva
José Augusto do Nascimento Cordeiro

Luan Vitor Nunes Dourado
 Sabrina Oliveira Angelo Rodrigues
 Alberto MESAQUE MARTINS
 Olga Maria Ramalho de Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323115>

CAPÍTULO 683

APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA SOCIAL COM A COMUNIDADE DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE MULHERES CASA FLOR EM TAGUATINGA-DF

Gabriela Soares Costa
 Layane dos Santos Silva
 Rayanne Cristina das Neves
 Sarah Ketlen Mendes da Silva
 Maria Vitória Soares de Assis Pinto
 Alberto MESAQUE MARTINS
 Olga Maria Ramalho de Albuquerque

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323116>

CAPÍTULO 797

MOBILIZAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE - CAMINHOS QUE SE CRUZAM

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
 Luiza de Marilac Meireles Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4462323117>

SOBRE OS AUTORES 102

A TECNOLOGIA SOCIAL EM SUA DIMENSÃO PEDAGÓGICA E DE PESQUISA-AÇÃO

Data de aceite: 01/11/2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

Emily Raquel Nunes Vidal
<http://lattes.cnpq.br/7158421963657653>

Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
<http://lattes.cnpq.br/8025807807825011>

Felipe Moreira de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1951149119440191>

Neusi Aparecida Navas Berbel
<http://lattes.cnpq.br/9677465071130053>

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar a implementação da Tecnologia Social (TS) em sua dimensão pedagógica e de pesquisa-ação mediante o uso de processos interativos com a comunidade. Para Andrade e Valadão (2017, p. 408), os elementos que desencadeiam o uso da TS são as “necessidades e demandas sociais”, razão pela qual as pesquisas em TS se articulam aos resultados gerados em benefício da sociedade. As Tecnologias Sociais constituem

[...] construções coletivas direcionadas para a resolução de problemas socioambientais cotidianos por meio da interação, do conhecimento e das iniciativas das próprias comunidades locais que possibilitam a inclusão social, a autonomia, o desenvolvimento sustentável e a transformação social (Andrade; Valadão, 2017, p. 408).

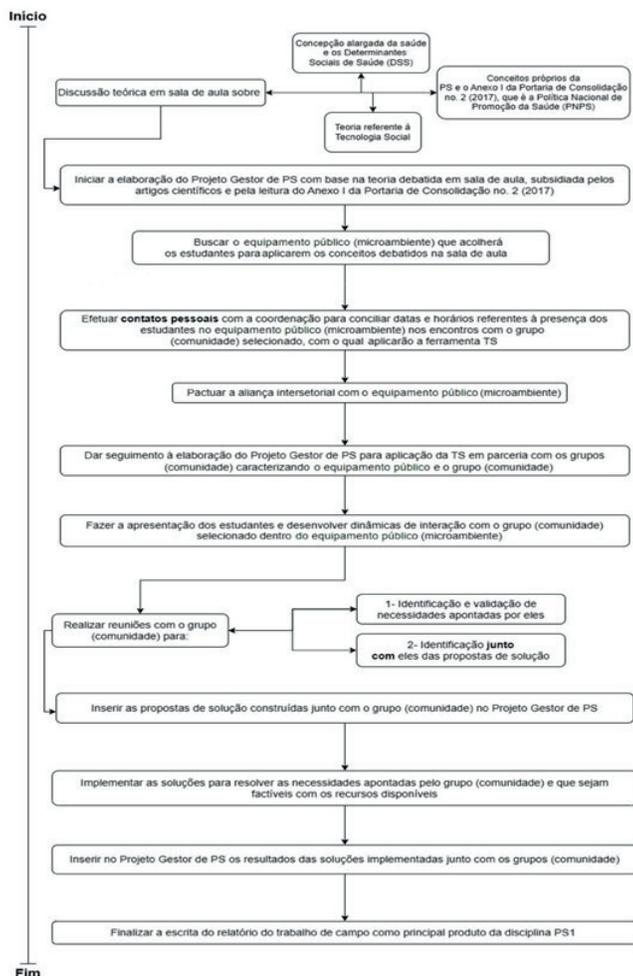
Numa convergência conceitual, Otero (2004, p. 130) sinaliza para os aspectos centrais da TS: “congregam técnicas e metodologias transformadoras desenvolvidas e/ou aplicadas na interação com a população e resultam em inclusão social”. Um conjunto de elementos se destaca na aplicação da TS: a “construção coletiva direcionada à resolução de problemas”, a “inclusão social” e a “autonomia” com vistas ao atendimento de “necessidades e demandas sociais”(Andrade; Valadão, 2017 p. 408).

Os três eixos principais para o desenvolvimento da TS preconizados por Otero (2004, p. 133) incluem: a “relação entre ciência e tecnologia e a sociedade”, além das “trocas de saberes” para atuar “sobre questões sociais, emulando a

participação destes grupos em processos decisórios”. Alinhados a esses eixos, Rodrigues e Barbieri (2008, p. 1075) salientam a consequência do uso das TS no processo de construção coletiva com as pessoas do lugar (comunidade), agindo de forma autônoma e emancipatória, já que elas mesmas são beneficiárias das soluções geradas nesse trabalho conjunto.

A aplicação da TS para a formação de Gestores corresponde a uma estratégia didática adotada na disciplina Promoção à Saúde I (PS1), que inicia com a discussão sobre a dimensão alargada da saúde com seus Determinantes Sociais de Saúde (DSS), os conceitos próprios da PS1, seus campos de atuação e a teoria referente à TS com vistas à sua aplicação na prática. Para isso, os estudantes desenvolvem alianças intersetoriais com equipamentos públicos (microambientes), conforme os passos relatados na Figura 1.

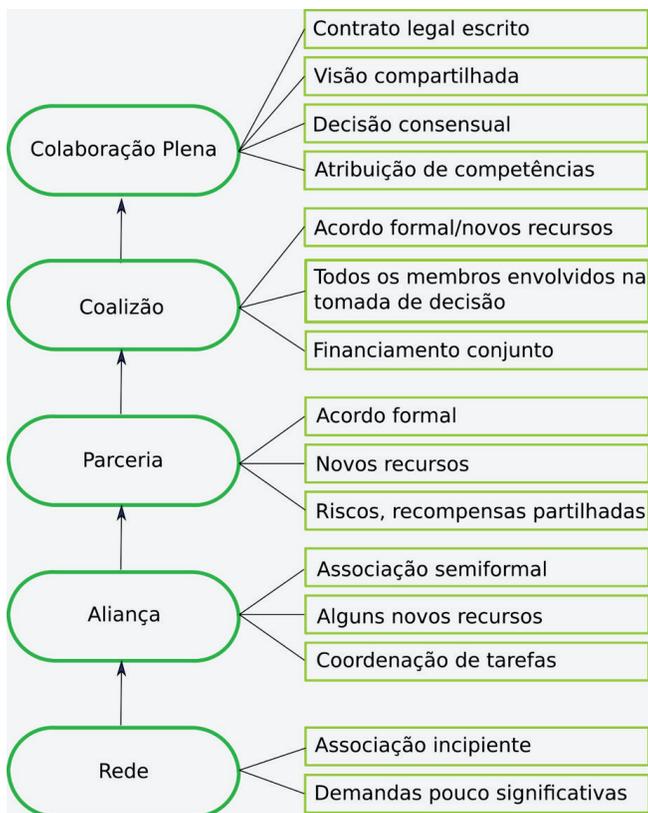
Figura 1. Fluxograma do percurso dos estudantes para aplicarem a Tecnologia Social nos equipamentos públicos (microambientes)



Fonte: elaboração das autoras (2023).

O objetivo dos estudantes no trabalho de campo é identificar necessidades e desenvolver uma ação junto com grupos (comunidades) ali existentes para promover a interação dos saberes acadêmicos com os conhecimentos populares e suas práticas sociais acumuladas (Medeiros; Silva, 2016, p. 151) o conceito de tecnologia social (TS). Outro intuito desses estudantes é incluir os grupos (comunidades) no processo decisório referente à atuação a ser implementada naquele ambiente. Um dos estágios previstos por Nutbeam, Harris e Wise (2010) se trata das alianças intersetoriais, que se configuram na existência de “uma associação semiformal, na inclusão de alguns novos recursos e na coordenação de tarefas”. As fases do trabalho intersetorial estão detalhadas na figura 2.

Figura 2. Estágios do trabalho intersetorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbeam, Harris e Wise, 2010, p. 55.

No percurso efetuado juntamente com os equipamentos públicos (microambientes) participantes da aliança intersetorial, os estudantes adotam metodologias interativas e participativas para incorporar as solicitações da comunidade nos processos decisórios, mediante a identificação das necessidades, das demandas sociais e das propostas de solução apontadas por ela, na perspectiva da abordagem socioambiental descrita por

Westphal (2017, p. 646). Em seu artigo 7º, inciso V, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) determina o **“apoio ao desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver”** (Brasil, 2017, p. 28).

Essa aliança intersetorial com os equipamentos públicos (microambientes) gera as “trocas entre distintos conhecimentos com vistas às aprendizagens mútuas”. Para isso, os estudantes utilizam a pesquisa-ação, que permite a eles concretizarem a interligação, a escuta dos grupos (comunidade) e, na sequência, procederem às mudanças propostas por ela, nos diferentes equipamentos públicos onde aplicam a TS. Essa forma de agir é preconizada por autores como Samagaia (2016, p. 84) o conceito de tecnologia social (TS, Medeiros e Silva (2016, p. 147, 150 - 51) e também Roso, Auler e Delizoicov (2020, p. 245).

Um dos **resultados obtidos com o emprego da TS no processo formativo de Gestores se configura na inovação, no processo de aprendizagem e no serviço prestado, visto que a TS se direciona ao atendimento das “necessidades e demandas sociais” dos grupos (comunidades)**. Essas necessidades são apontadas pelos atores sociais, emergem da sua vivência e, por conseguinte, os resultados retornam para eles mesmos (Medeiros; Silva, 2016, p. 154).

É consenso entre diferentes autores a contribuição do uso da TS à aprendizagem (Baumgarten, 2008b; Freitas; Segatto, 2014; Medeiros; Silva, 2016; Otero, 2004). Isso acontece porque **a aprendizagem é apoiada pela participação social; pela compreensão da realidade; pelo fortalecimento do respeito às identidades locais; e pela interação como mediadora do processo de geração do conhecimento e da aprendizagem recíproca**. Para Baumgarten (2008a), a construção dialógica com os grupos ocorrida nesse trabalho de participação e de aplicação da TS conecta a produção do conhecimento e a comunidade.

Os “temas transversais da PNPS” (2017) constituem **“referências para a formação de agendas de promoção da saúde, para adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e valores do SUS e da PNPS”**. Uma dessas referências, constante no inciso VI, destaca:

[...] a cultura da paz e direitos humanos, que consiste em **criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social**, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz (Artigo 8º, Inciso VI do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Desde as elaborações iniciais acerca da TS, sua marca tem sido a atuação com base no diálogo com a comunidade e na autonomia processual dos sujeitos envolvidos para resolverem problemas específicos (Baumgarten, 2008b, a; Dagnino, 2004; Medeiros; Silva, 2016). Na sequência de sua implementação emergem outras funcionalidades, como

a atividade relacional, a tomada de decisão e o compartilhamento de conhecimento. Isso é possível apesar do fato de que as

[...] interações entre universidade e sociedade nem sempre são fáceis e muitas vezes conhecimentos estratégicos produzidos nas instituições de pesquisa ficam circunscritos aos meios acadêmicos ou, ainda, suas potencialidades para a resolução de problemas sociais são pouco conhecidas ou desconhecidas pelas coletividades locais, por falta de mediadores entre a universidade e a sociedade (Baumgarten, 2008b, p. 104).

A relevância da TS foi evidenciada pelo Sistema Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação (SNCTI) ao sintetizar no tópico “Ciências e Tecnologias Sociais” um dos temas estratégicos na Estratégia Nacional de Ciência e Tecnologia e Inovação (Brasil, 2018, p. 98). Esse tema representa a teia de relações institucionais que articulam estado e sociedade. Ao citar as “Ciências e Tecnologias Sociais”, o documento registra que “universidades e instituições de pesquisa precisam ser estimuladas a incorporar a dimensão social nas suas agendas de pesquisa, a promover a formação cidadã e a busca de uma maior integração das ciências sociais e humanas às políticas de Ciência Tecnologia e Inovação” (Brasil, 2018, p. 99).

Por essa razão, torna-se importante aprofundar os conceitos e as metodologias participativas a serem utilizadas na aplicação da TS por futuros Gestores. **Alguns aspectos se destacam nessa construção coletiva: a estratégia de atuação no planejamento e na execução de ações concretas; o desenvolvimento de habilidades como a escuta qualificada e o protagonismo; a construção de espaços democráticos de diálogo e de tomada de decisão; além da avaliação efetuada pelos estudantes ao final da disciplina PS1, com vistas ao seu aprimoramento e à inclusão de ajustes necessários em seu percurso formativo.**

Outro fato recente, que denota a importância que a TS vem adquirindo no âmbito do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações (MCTI) e de sua Política de Gestão baseada em redes, foi a criação do Comitê de Especialistas em Tecnologia Social. O instrumento utilizado foi a Portaria MCTI nº 5.749 (2022), cuja finalidade é “apoiar a instituição de políticas públicas de pesquisa, desenvolvimento científico, tecnológico e de inovações, e seus desdobramentos na temática da tecnologia social”.

Importante ferramenta para a aplicação da TS junto com a comunidade, a pesquisa-ação se desdobra em 5 dimensões: **o fortalecimento da relação entre a teoria e a prática; o favorecimento de alianças e de comunicações entre pesquisadores e atores; a busca persistente de desenvolver conhecimentos e de modificar situações; a produção de um novo saber na ação para a ação; e a inserção em um processo de tomada de decisão com vista à resolução de problemas** (Dionne, 2007, p. 46; Medeiros; Silva, 2016, p. 154). A sinergia entre a TS (Medeiros; Silva, 2016, p. 154) e a pesquisa-ação foi salientada por Dionne (2007, p. 77) ao sumarizar as principais características dessa metodologia:

[...] constitui um modo de intervenção coletiva; é realizada junto com grupos reais; focaliza uma realidade concreta, que constitui problema; fortalece o relacionamento entre teoria e prática; pressupõe vínculo estreito entre pesquisadores e atores sociais. E, persegue dois objetivos concomitantes: **modificar uma situação e adquirir novos conhecimentos** (Dionne, 2007, p. 77) (grifos nossos).

Existe **convergência entre a TS e a Pesquisa-ação (PA), pois o desenvolvimento da TS e da PA desencadeia a participação crescente das populações envolvidas, que se tornam agentes de mudança de sua própria realidade social.** Segundo Dionne (2007, p. 68), a PA consiste em

[...] **uma modalidade de intervenção coletiva, inspirada nas técnicas de tomada de decisão, que associa atores e pesquisadores em procedimento conjunto de ação com vista a melhorar uma situação precisa, avaliada com base em conhecimentos sistemáticos de seu estado inicial e apreciada com base em uma formulação compartilhada de objetivos de mudança** (Dionne, 2007, p. 68) (grifos nossos).

Neste sentido, o emprego da pesquisa-ação cria as condições para a aplicação prática da TS no desenvolvimento de ações com a comunidade existente nos equipamentos públicos (microambientes), onde os estudantes articulam a aliança intersectorial, conforme a Figura 2 , que descreve os estágios do trabalho intersectorial de acordo com Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55).

O ponto de intersecção entre a TS e a Promoção da Saúde (PS) reside na “troca de saberes” com a comunidade, situa-se no protagonismo dos participantes e na abordagem colaborativa visando à melhoria da qualidade de vida e saúde com base em sua participação em todas as etapas. **A saúde é considerada em seu aspecto positivo de atendimento às necessidades do sujeito e ao desenvolvimento de potencialidades para enfrentar os desafios do cotidiano nos ambientes onde as pessoas vivem, moram, estudam e trabalham** (Brasil, 2002, p. 19).

Os “princípios da PNPS” estabelecidos no artigo 4º, incisos II, III, IV e V (Brasil, 2017, p. 26) estão alinhados aos valores presentes na aplicação da TS:

II - **a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades**, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações;

III - **a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias;**

IV - o ‘empoderamento’, **que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais;**

V - **a intersectorialidade, que se refere ao processo de articulação de**

saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; [...] (grifos nossos).

A Carta de Ottawa (Brasil, 2002, p. 22) propõe **cinco campos de atuação para promover saúde: a formulação de políticas públicas saudáveis; o fortalecimento da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades; a criação de ambientes favoráveis à saúde e a reorientação dos serviços.** Ao estabelecerem a aliança intersetorial com os equipamentos públicos (microambientes) para a construção coletiva de ações a serem ali desenvolvidas, os estudantes materializam quatro desses campos de ação ou estratégias da PS mencionadas anteriormente, descritas no parágrafo seguinte.

Os estudantes vivenciam o fortalecimento da ação comunitária mediada pela incorporação da comunidade nas decisões que lhe dizem respeito. Mediante a escuta qualificada, que é precursora do diálogo, para pactuar a sua presença nos equipamentos públicos (microambientes), os estudantes desenvolvem a habilidade da comunicação objetiva. Assim fazendo, despojam-se de seu pretense conhecimento para trocar saberes e vivenciar o protagonismo compartilhado com as pessoas do lugar. As estratégias de interação adotadas impulsionam o relacionamento com a comunidade e contribuem para a construção de ambientes mais saudáveis.

A utilização da TS como ferramenta para promover saúde instrumentaliza a operacionalização de aspectos da PNPS (Brasil, 2017). Este normativo institui as “diretrizes da PNPS” no artigo 5º, incisos I, II, III, IV e V:

I - o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde;

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

III - incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil;

IV - ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental;

V - estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde [...] (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos)

O emprego da TS na formação de Gestores na disciplina PS1 (ver capítulos 5 e 6) vem sendo aperfeiçoado ao longo dos semestres com a colaboração ativa dos próprios estudantes. A seguir, uma das egressas do curso de formação de Gestores/Sanitaristas descreve os efeitos da aplicação da TS, integrante de seu processo formativo.

PASSO A PASSO PARA APLICAÇÃO DA TS JUNTO COM A COMUNIDADE

1. Elaboração do projeto e a busca das alianças intersetoriais para aplicação da TS

A disciplina Promoção à Saúde 1 (PS1) apresenta conceitos e valores essenciais para a formação de Gestores/Sanitaristas. A operacionalização desses conceitos nos leva a ampliar a participação dos grupos parceiros no processo de identificação das necessidades e na implementação de soluções para os problemas apontados por eles. Assim, cursando-a no início da graduação, a disciplina PS1 colabora para desconstruir a crença de que o profissional de saúde é o único detentor do saber.

A discussão na disciplina PS1 inicia com a proposta de abordagem aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) e a forma como lidamos com eles nos cenários de práticas, que é o local onde articulamos a aliança intersetorial e onde aplicaremos a Tecnologia Social. Somos nós, os estudantes, que selecionamos o segmento etário com o qual faremos a construção coletiva e que será o nosso grupo parceiro (comunidade) nos equipamentos públicos. A mudança operada no ambiente e no contexto em que a população está inserida apoia a criação de um ambiente favorável à saúde. E, ao mesmo tempo, propicia o desenvolvimento de habilidades como a aplicação da teoria em um trabalho prático, que nos faz lidar diretamente com pessoas.

2. Identificação das necessidades e das propostas de solução “junto com” a comunidade

A parte prática foi desenvolvida a partir da aplicação da Tecnologia Social com uso da Pesquisa-ação. Selecionamos um local e um grupo de pessoas existentes nos equipamentos públicos com o qual firmamos a aliança intersetorial para realizar o trabalho da disciplina PS1. O principal objetivo foi conhecer a realidade daquelas pessoas e fazer a escuta qualificada de suas reais demandas e necessidades. Na sequência, em uma abordagem coletiva de construção, desenvolvemos o trabalho de forma colaborativa, unindo esforços para atender às necessidades levantadas.

3. Aplicação da Tecnologia Social e da Pesquisa-ação para atuar sobre as demandas identificadas e das propostas de solução com a participação da comunidade

Nosso grupo de estudantes fez uma aliança intersetorial com o projeto “Jovens de Expressão de Ceilândia”. Ali são oferecidas aulas de dança de diversos ritmos para jovens que residem em regiões periféricas, além do desenvolvimento de outras ações. Na ocasião, nós, estudantes do curso de Saúde Coletiva, realizamos a apresentação para o responsável pelo projeto, detalhando nossa proposta de trabalhar com uma das turmas de dança. A partir desse momento, demos início à interação com esse grupo de jovens e adolescentes (comunidade).

Começamos com as dinâmicas de interação, que foram seguidas de muito diálogo e escuta. Depois de várias conversas e dinâmicas, percebemos, com base na escuta, quais eram as necessidades daquelas pessoas. Na sequência, envolvemos o grupo na busca de saídas e de estratégias para a resolução dos problemas levantados. Assim fazendo, decidimos, juntos, quais seriam as ações a serem realizadas, por serem factíveis com os recursos de que dispúnhamos, segundo os pressupostos da Pesquisa-Ação. Nos nossos encontros, nós buscávamos sempre promover maior interação com eles.

Dentre as ações desenvolvidas, a mais marcante para nós foi a pintura das paredes da sala de espelhos, local onde ocorrem as aulas de dança. Os adolescentes e jovens do projeto “Jovens de Expressão de Ceilândia” tinham relatado a insatisfação com as condições da sala, que faziam com que o ambiente não fosse favorável. Pensamos juntos no que poderíamos fazer para resolver aquela situação, ouvindo mais do que falando. Desta forma, os próprios adolescentes e jovens apontaram soluções. Então, chegamos à conclusão de que, juntos, nós mesmos conseguiríamos os materiais, pintaríamos e faríamos as mudanças naquela sala. Em uma multitarefa, cada um contribuiu com o que podia, tanto em relação aos materiais quanto no processo de pintura e nos ajustes do local. Nós, estudantes da disciplina PS1, nos envolvemos, contribuindo com o material e ajudando na pintura e nas alterações necessárias. Essa experiência foi muito enriquecedora, pois nos mostrou o quanto é importante ouvir em vez de chegar em um local de forma arrogante, deduzindo o que as pessoas precisam.

As necessidades que o grupo (comunidade) apontou, bem como as ações realizadas, nos surpreenderam e nos mostraram que ações de saúde vão muito além de dietas balanceadas e de práticas de atividade física, por exemplo. Entendemos que saúde é bem-estar e que os caminhos para alcançá-la não são uniformes. Não cabe ao profissional de saúde estabelecer padrões para todas as pessoas, pois cada indivíduo tem suas próprias necessidades e compete ao Gestor/Sanitarista compreender isso.

4. Aprendizagens a partir da interação dos conhecimentos acadêmicos com os saberes e as práticas sociais acumuladas na aplicação da TS

A partir do nosso trabalho de campo, desenvolvemos a habilidade da escuta qualificada, do respeito e da valorização do saber do outro. Essas habilidades têm sido úteis e essenciais desde então, pois quem atua na gestão lida com pessoas constantemente. O foco da gestão em saúde é promover melhores condições de vida para a população-alvo das políticas públicas de saúde. No momento atual, exercendo a função de Gestora/Sanitarista, percebemos com mais clareza a importância de nos manter atentos às reais necessidades de saúde das pessoas, bem como aos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que as cercam, para desenvolver o trabalho de forma eficaz. Desde então, temos aprimorado a habilidade de ter o olhar voltado ao panorama coletivo sem perder de vista as particularidades individuais.

A saúde possui um significado amplo que permeia a subjetividade de cada indivíduo: saúde é bem-estar e cada um tem as suas próprias maneiras de se sentir bem. Desta forma, as necessidades em saúde irão mudar de comunidade para comunidade ou até mesmo de uma unidade de saúde para outra. Para adequar as ações de saúde às reais necessidades de uma população, a escuta qualificada e a construção de espaços democráticos de diálogo e de tomada de decisão são indispensáveis.

Somente ouvindo as pessoas, respeitando suas vivências e os seus saberes é que os profissionais de saúde e os Gestores/Sanitaristas conseguirão garantir que os princípios do SUS sejam implementados de fato. Para tal, faz-se necessário que esses profissionais rompam com a cultura, erroneamente disseminada, de que o Gestor/Sanitarista é quem sabe o que é melhor para o indivíduo e que o usuário deve apenas escutar e obedecer às suas recomendações. Neste trabalho, o protagonismo não é apenas do estudante, mas também do grupo de pessoas, com as quais aplicamos a TS, visto que são elas que vivenciam sua realidade e são elas que sabem o que é melhor para si.

É necessário compreender as pessoas para além do aspecto biológico; acolher também as dimensões social, mental, econômica/financeira, cultural, ambiental, que dizem muito sobre quem são aquelas pessoas, sobre suas histórias, seus contextos, suas vivências, seus saberes e necessidades. Uma vez que o profissional de saúde ou o Gestor/Sanitarista se atentam para os DSS e se abrem para a escuta qualificada, aumentam as possibilidades de melhorar os indicadores de saúde de uma população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, aprofundaram-se as facetas da Tecnologia Social como ferramenta para promover saúde, adotada no processo formativo de Gestores/Sanitaristas. O efeito sinérgico das estratégias da TS e da Promoção da Saúde subsidia a atuação desses profissionais em equipamentos públicos (microambientes) em estreita colaboração com a

comunidade. Em lugar de agir como um provedor de serviços, o Gestor/Sanitarista se abre para a relação empática e a geração de novas ideias, para assimilar novos significados e novas visões sobre a realidade compartilhada. Assim fazendo, esses membros da equipe impulsionam a interface com os atores sociais e a sua inclusão na identificação do problema, fomentam a pactuação de objetivos e de resultados a serem alcançados. Esse tipo de atitude, relatado por uma das egressas do curso, estimula a criação de vínculos entre os participantes e descortina novos horizontes para o exercício profissional e para a comunidade. Por outro lado, a constante busca pela superação do desafio pedagógico de articular a teoria, a prática e a realidade respalda a atuação para resolver problemas relacionados a situações práticas e a uma tomada de decisão consciente e informada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Jackeline Amantino; VALADÃO, José de Arimatéia Dias. Análise da instrumentação da ação pública a partir da teoria do ator-rede: tecnologia social e a educação no campo em Rondônia. **Revista de Administração Pública**, v. 51, n. 3, p. 407-430, 1 maio 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/jrap/a/JHWFTFT9wWmHYn3QQ5PqqYZb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 maio 2023.

BAUMGARTEN, Máira. Ciência, tecnologia e desenvolvimento - redes e inovação social. **Parcerias Estratégicas**, p. 123, 2008a.

_____. **Tecnologias Sociais, Inovação e Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.necso.ufrj.br/esocite2008/resumos/35793.htm>>. Acesso em: 28 maio 2023b.

BRASIL. **As Cartas da Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: Editora MS, 2002. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 30 maio 2023.

_____. **Estratégia Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação 2016/2022**. 2018.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. p. 1-42, 2017. Disponível em: <www.saude.gov.br/dab>. Acesso em: 28 maio 2023.

_____. **Portaria MCTI nº 5.749, 2022**. Disponível em: <https://antigo.mctic.gov.br/mctic/opencms/legislacao/portarias/Portaria_MCTI_5749_de_01042022.html>. Acesso em: 28 maio 2023.

DAGNINO, Renato. **A tecnologia social e seus desafios**. Tecnol. Soc. Contrib. conceituais e Método. Campina Grande: EDUEPB, 2004, p. 19-34.

DIONNE, Hughes. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Liber Livro, 2007. 132 p. Série Pesquisa; v. 16.

FREITAS, Carlos Cesar Garcia; SEGATTO, Andrea Paula. Ciência, tecnologia e sociedade pelo olhar da Tecnologia Social: um estudo a partir da Teoria Crítica da Tecnologia. **Cadernos EBAPE.BR**, v. 12, n. 2, p. 302-320, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/nZRmKWGm5czws4K5zCg6LCP/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 28 maio 2023.

MEDEIROS, Cristina Maria Barros de; SILVA, Luiza Rosângela da. Dimensões Constitutivas de Tecnologias Sociais no Campo da Saúde: uma proposta de construção e apropriação de conhecimento em territórios vulneráveis. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 1, p. 144, 19 maio 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/22248>>.

NUTBEAM, Don; HARRIS, Elizabeth; WISE, Marilyn. **Theory in a nutshell**: a practical guide to health promotion theories. p. 81, 2010. Disponível em: <<http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/359813>>. Acesso em: 28 maio 2023.

OTERO, Martina Rillo. Reflexões sobre a construção de um conceito de Tecnologia Social. *In*: JARDIM, Fabiana Augusta Alves; OTERO, Martina Rillo; RANGEL, Beatriz (Org.). **Cad. Debate Tecnol. Soc. no Bras.** São Paulo: Editora Raiz, 2004. p. 19-23.

RODRIGUES, Ivete; BARBIERI, José Carlos. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. **Revista de Administração Pública**, v. 42, n. 6, p. 1069–1094, dez. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/jrap/a/RTjPk8cQF3SgkRhCswH8Psb/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 29 maio 2023.

ROSO, Caetano Castro; AULER, Décio; DELIZOICOV, Demétrio. Democratização em processos decisórios sobre CT: o papel do técnico. **Alexandria**: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia, v. 13, n. 1, p. 225–249, 13 maio 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/alexandria/article/view/1982-5153.2020v13n1p225>>. Acesso em: 29 maio 2023.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. [S.l.]: Hucitec, 2017. p. 635–668. Disponível em: <<https://www.amazon.com.br/Tratado-Coletiva-Gastão-Wagner-Campos/dp/8564806568>>. Acesso em: 29 maio 2023.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: APRENDENDO COM A PRÁTICA

Data de aceite: 01/11/2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

Maria Hosana Conceição
<http://lattes.cnpq.br/8879904717342874>

Alberto Mesaque Martins
<http://lattes.cnpq.br/4960336011673287>

Felipe Moreira de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1951149119440191>

Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
<http://lattes.cnpq.br/8025807807825011>

Cecile Soriano Rodrigues
<http://lattes.cnpq.br/7413347634935094>

INTRODUÇÃO

Este capítulo fornece uma introdução ao estudo de políticas públicas para estudantes do sistema de saúde brasileiro. O objetivo é abordar conceitos fundamentais para compreensão da complexidade envolvida na formulação/implementação de políticas direcionadas à Atenção Primária à Saúde (APS).

Os conceitos apresentados são os de política, política pública, saúde, política de saúde e política pública saudável. A prática pedagógica aqui descrita ocorre na disciplina Atenção Primária em Saúde (APS) do curso de graduação em Saúde Coletiva, ofertada no quarto período na Universidade de Brasília, a partir de 2014. A intenção é disponibilizar suporte teórico e instrumental normativo, além de refletir sobre uma experiência de uso de método ativo de aprendizagem junto a estudantes de graduação.

Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN, 2022, p. 2), o curso de graduação em Saúde Coletiva no Brasil é oferecido em universidades brasileiras desde 2008. A formação do Sanitarista envolve as “competências para participar ativamente do processo de gestão das políticas de saúde em nível local, regional e nacional; desenhar, implantar e organizar serviços e redes de atenção à saúde” (Projeto Político-Pedagógico, 2022, p. 38).

De acordo com o Projeto Político-Pedagógico (2022, p. 39), este profissional deve ser capaz de

- atuar em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, com conhecimentos acerca das distintas esferas e formas de gestão, organização e funcionamento de sistemas e serviços de saúde;
- analisar situações de saúde e propor alternativas de solução aos problemas identificados;
- respeitar a diversidade sociocultural das populações e agir orientado por princípios éticos e humanistas;
- ter perspectiva de promoção da saúde e atuar focado nas potencialidades de saúde de indivíduos e coletividades.

Norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação profissional do Gestor/Sanitarista deve estar conectada às

[...] políticas públicas e ao desenvolvimento científico e tecnológico, para atender às necessidades sociais; ao cuidado em saúde; à gestão e à tomada de decisão, com base na análise crítica dos cenários sócio-políticos e das evidências científicas; da escuta ativa do indivíduo, da família e da comunidade (DCN, 2022, p. 9).

Alguns egressos do curso de Saúde Coletiva desempenham essas funções elencadas no Projeto Político-Pedagógico (2022) e nas DCN (2022) em diferentes órgãos da administração pública. Por essa razão, a primeira atividade do semestre da disciplina APS é promover uma roda de conversa entre esses egressos e os estudantes na sala de aula. É uma conversa livre e descontraída, sem amarras de qualquer tipo, para facilitar a compreensão do futuro exercício profissional como Gestores/Sanitaristas.

Conceito de Política

O termo política se refere ao “curso intencional de ação ou inação empreendido por um ator ou conjunto de atores ao lidar com um problema ou questão de interesse” (Andersen, 1994, p. 5). As políticas seguem um propósito específico, correspondem a ações administrativas do governo, incluindo leis, regulamentos, decisões ou ordens (Yalmanov, 2020, p. 558).

Para Trostle, Bronfman e Langer (1999, p. 104), as políticas consolidam as diretrizes governamentais ou organizacionais sobre alocações de recursos e princípios de comportamento desejado. Muitos indivíduos, que podem ser **chamados de “formuladores de políticas”, preferem se ver como “tomadores de decisão” ou como atores em um processo de tomada de decisão.**

A política é um guia de ação para a mudança, influenciando tanto as escolhas quanto a alocação dos recursos. A decisão sobre o montante de recursos aplicados é uma afirmação de comprometimento com certas áreas de interesse. A decisão sobre o montante efetivamente gasto mostra as prioridades dos tomadores de decisão. As políticas estabelecem prioridades e direcionam a alocação de recursos (Milio, 2001, p. 622).

A formulação de políticas se configura em um “mecanismo para transformar

necessidades sociais em normas universais e vinculativas que regulam as relações e determinam a criação e a distribuição de recursos na sociedade para resolver problemas politicamente significativos” (Yalmanov, 2020, p. 562-563).

Conceito de Políticas Públicas

Entende-se por políticas públicas um conjunto de diretrizes e referenciais éticos legais adotados pelo Estado de modo a fazer frente a problemas apresentados pela sociedade (Teixeira, 1997, p. 43).

A política pública é formulada por autoridades públicas, consiste em padrões de ações tomadas ao longo do tempo e resulta da demanda. Sua **elaboração por parte do governo corresponde ao curso de uma ação em resposta à pressão sobre algum problema percebido. A política pública pode ser positiva (uma ação deliberadamente intencional) ou negativa (uma decisão deliberadamente intencional de não agir)** (Smith; Larimer, 2009, p. 4). Nesse sentido, a política pública deriva de uma longa série de ações realizadas para resolver problemas sociais por meio da formulação de políticas. Essa definição reflete as ações e as interações das pessoas e dos governos em um contexto dinâmico (Yalmanov, 2020, p. 562).

Neste contexto, a

[...] política pública resulta da combinação de decisões fundamentais, de compromissos e de ações produzidas nas interações entre aqueles que exigem mudanças, aqueles que tomam decisões e aqueles que são afetados pela política em questão. É um processo dinâmico complexo que envolve uma série de ações e inações de variados grupos com interesses diversos em diferentes estágios. Esta interação de entes públicos constitui a estrutura do sistema político dentro do qual os atores políticos influenciam o processo político (Yalmanov, 2020, p. 562-563) (grifos nossos).

Uma **política pública adotada se materializa num documento escrito e resulta de negociação entre diferentes grupos de interesse** (Pettersen; Holst, 1992, p. 74). A decisão tomada acerca da política deve se fazer acompanhar pelos recursos financeiros. **O montante alocado na política evidencia o compromisso do governo com certas áreas e os recursos destinados mostram as reais prioridades do tomador de decisões** (Milio, 2001, p. 622).

O processo de decisão política do ponto de vista político, social e econômico estabelece o conteúdo da política pública. O entendimento da natureza dessas atividades em qualquer jurisdição, que pode ser estudada em seus aspectos formais e informais, apoia esforços para fortalecer as políticas públicas. A decisão política é conduzida por organizações e grupos que têm interesse no resultado (Milio, 2001, p. 622).

Políticas públicas podem derivar de qualquer esfera de governo. Alguns níveis podem ter precedência formal ou legal sobre outros. Para se apropriar sobre a Organização

do Estado, consulte o Título III, Capítulo I da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB, 1988), que institui os **três níveis da organização político-administrativa: federal, estadual, distrital e municipal. E no capítulo II, artigo 23, inciso II estabelece a “competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” para “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”**. As políticas públicas podem ser formuladas pelo Executivo, pelo Legislativo e pelas agências reguladoras.

O “ciclo de políticas públicas” proposto por Howlett, Ramesh e Perl (2013, p. 15) abrange cinco fases:

- (i) montagem da agenda, correspondente ao reconhecimento do problema;
- (ii) formulação da política, designa a etapa de estabelecimento de propostas de solução;
- (iii) tomada da decisão política, consiste na escolha da solução;
- (iv) implementação da política, materializada na efetivação da solução;
- (v) avaliação da política, por meio do monitoramento dos resultados.

Segundo Rua (2009, p. 95), a implementação de uma política se refere ao “conjunto de decisões e ações realizadas por grupos ou indivíduos, de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores sobre uma determinada política”. São ações desenvolvidas para fazer uma política “sair do papel” e funcionar efetivamente.

Conceito de Saúde

A Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) (Brasil, 1988), em seu artigo 196, reconhece a saúde como “direito de todos e dever do estado, garantido **mediante a formulação de políticas sociais e econômicas que visem à redução de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação**” (grifos nossos).

Ao associar a garantia da saúde à “formulação de políticas sociais e econômicas”, a CRFB (Brasil, 1988) estabelece a importância da atuação de outros setores com incidência sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), explicitados no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986) e na Lei 8.080 (Brasil, 1990). De fato, a ação sobre esses DSS ocorre nos territórios de saúde, extrapolando um tipo de atuação dos profissionais de saúde restrita às quatro paredes das Unidades de Saúde. E, por consequência, impulsiona esses profissionais a olharem para fora das Unidades de Saúde e a articularem parcerias intersetoriais com equipamentos públicos.

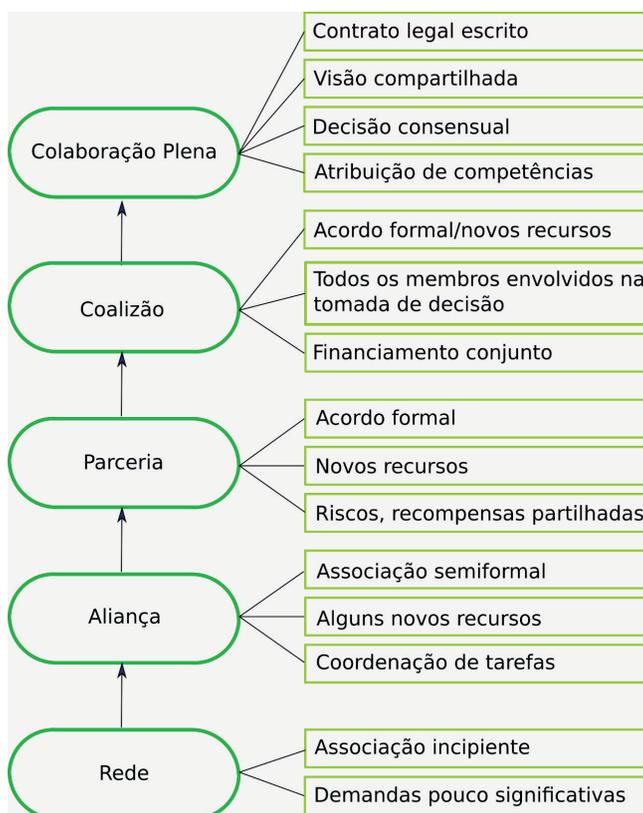
Ainda que, muitas vezes, sejam mencionadas parcerias ou coligações, é importante lembrar que não existe um modelo único do modo como as organizações trabalham juntas. Por um lado, o relacionamento entre organizações pode ser apenas um compartilhamento de informações e reuniões regulares para discutir problemas comuns. Por outro lado, a ação

intersectorial pode ser altamente estruturada com funções, responsabilidades e resultados pré-estabelecidos (Nutbean; Harris; Wise, 2010, p. 54).

Os estágios dessa iniciativa podem evoluir, gradativamente, desde a articulação mais frágil de formação de redes para a construção de alianças, articulação de parcerias, para o estabelecimento de coalizões, até alcançar as colaborações altamente estruturadas. O último estágio, muitas vezes, reflete um maior acordo entre organizações para trabalharem juntas em determinadas áreas e o aporte de maior investimento em recursos organizacionais (Nutbean; Harris; Wise, 2010, p. 54).

O estágio denominado por Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55) como “parcerias intersectoriais” se caracteriza por conter um acordo formal, por utilizar novos recursos e por compartilhar riscos e recompensas. Com base nesse conceito, os estudantes localizam, no território da Região Administrativa, os equipamentos públicos com os quais articulam uma parceria intersectorial tendo em vista a elaboração do Projeto simulado de Gestor de Atenção Primária em Saúde. Entende-se que esse tipo de simulação os motiva a sair de dentro das Unidades de Saúde e a voltar-se para o território sob sua responsabilidade.

Figura 1. Estágios do trabalho intersectorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55).

No Brasil, a CRFB (1988) estabelece as bases para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja organização foi estabelecida na Lei 8.080, (Brasil, 1990); na Lei 8.142 (Brasil, 1990); no Decreto 7.508 (Brasil, 2011); na Lei Complementar nº 141 (Brasil, 2012), dentre outros instrumentos normativos.

Conceito de Política de Saúde

A formulação da política de saúde envolve a regulamentação, o financiamento e a provisão de uma ampla gama de serviços médicos e não médicos para prevenir e curar doenças. Esse complexo conjunto de atribuições demanda a atuação sobre os campos multifacetados da política pública. Os motivos que tornam a formulação de políticas desafiadora estão descritos a seguir: fortes interesses e autonomias profissionais; tratamentos caros; além da igualdade de acesso e as preocupações com a qualidade e os custos crescentes (Trein, 2019, p. 323).

No Brasil, a história da formulação de políticas de saúde é longa e muitos autores têm se dedicado a analisá-la (Oliveira; Teixeira, 1985; Fleury; Bahia; Amarante, 2008). A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essas políticas se desenvolvem no contexto do federalismo descentralizado e da formulação consensual de políticas e de seu financiamento.

No caso das políticas de saúde, o processo de formulação e publicação ocorre no Ministério da Saúde com efeito sobre as esferas estaduais e municipais. As políticas públicas adotadas são resultado de influências sofridas pelo gestor e podem ter origem na sua visão de mundo ou na sua formação acadêmica. Para Pettersen e Holst (1992, p. 74), **o papel das autoridades em saúde é dirigir sua atenção para os principais problemas do país ou da comunidade onde atuam, priorizando intervenções eficazes, baseadas em evidência científica, e em consonância com as necessidades normativas e sentidas a um preço que o país possa pagar.**

De acordo com Vargas (2002, p. 42), há pelo menos duas distinções entre a legislação em saúde e as portarias normativas da saúde como instrumentos no contexto das políticas. **O primeiro aspecto se configura no quantitativo de atores envolvidos no processo de negociação de cada um desses instrumentos, o que inclui a sua tramitação, aprovação e revisão dessas diretrizes. O segundo aspecto se relaciona à influência desses dois tipos de instrumento político.**

Antes de um tema ser debatido no âmbito do legislativo, ele é objeto de extensa análise pela sociedade civil organizada ou sujeito à pressão exercida por grupos específicos. **A formulação e a aprovação da lei são permeadas por um amplo conjunto de negociações e por diferentes interesses envolvidos no debate** (Vargas, 2002, p. 42). Sua aprovação requer sustentação política, como ocorreu, por exemplo, com as Leis nº 8.080 e nº 8.142 (Brasil, 1990).

A elaboração das leis segue o rito legislativo constitucional, enquanto portarias são atos administrativos que disciplinam o funcionamento da Administração Pública e a conduta funcional dos agentes públicos. Em termos de hierarquia de normas jurídicas, as leis, que podem ser constitucionais ou infraconstitucionais, estão em patamar superior às portarias, que são normas infralegais. Portanto, portarias não podem contrariar leis, sob pena de invalidade.

Em geral, as leis abordam questões mais amplas da política de saúde e constroem uma estrutura de apoio por meio de seus princípios e diretrizes (Wargas, 2002, p. 43). Sua aprovação enfrenta um **processo mais demorado de negociação, constituído por pactuações entre os grupos implicados**. Dentre esses grupos, encontram-se aqueles ligados diretamente ao setor de saúde e outros que operam fora dele. Sua tramitação se dá mediante a **participação de um quantitativo maior de atores envolvidos** (Wargas, 2002, p. 43).

No caso das **portarias executivas, sua elaboração e aprovação envolve menor número de atores inerentes ao setor de saúde e, conseqüentemente, os conflitos se restringem ao nível setorial** (Wargas, 2002, p. 43). **As portarias subsidiam ou criam as condições para a implementação da política de saúde, como é o caso da Portaria de Consolidação nº 2, cujo Anexo XXII consubstancia a Política Nacional de Atenção Básica e permite a atuação do Sanitarista nas diferentes esferas de gestão: federal, estadual e municipal**. Atualmente, um conjunto de Portarias regulamenta a Atenção Primária em Saúde: a Portaria de Consolidação nº 2 (2017); a Portaria de Consolidação nº 1 (2021); a Portaria 2.929 (2019); a Portaria 2.539 (2019); a Portaria 397 (2020); Portaria 74 (2023), entre outras.

Essa forma de organização dos sistemas de saúde com base na Atenção Básica se originou da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde realizada em Alma Ata, Rússia, em 1978, que caracterizou a Atenção Básica como primeiro ponto da atenção à saúde:

Os cuidados primários de saúde são 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 podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 3) (grifos nossos).

Quase duas décadas depois desse **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a Atenção Básica (1978)** começou a ser organizada por publicação do Ministério da Saúde e regulamentada por atos administrativos, que estão enumerados a seguir:

Portaria nº 692 (1994), considerando a implantação e a implementação do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, do Ministério da Saúde, cria códigos para o pagamento das atividades executadas pelos **Agentes Comunitários de Saúde**. **REVOGADA**

Portaria GM/MS 1.882 (1997), estabelece o Piso da Atenção Básica, composto de uma parte fixa e outra parte variável, esta última se destina aos incentivos direcionados às ações básicas dos **Programas de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa Saúde da Família**. **REVOGADA**

Portaria GM/MS 1.886 (1997), aprova as Normas e Diretrizes do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família**, cujo Anexo 1 publica as “Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS”. E o Anexo 2 institui as “Normas e Diretrizes do Programa de Saúde da Família - PSF”. **REVOGADA**

Programa Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo de assistência (1997), documento publicado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da **Atenção Básica**, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Portaria GM/MS 3.925 (1998), aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **REVOGADA**

Portaria 399 (2006), divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **REVOGADA**

Portaria 699 (2006), **Pactos pela saúde**, regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **REVOGADA**

Portaria 648 (2006) Política Nacional de Atenção Básica, aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o **Programa Saúde da Família (PSF)** e o **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. **REVOGADA**

Portaria 2.488 (2011), aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a **Estratégia Saúde da Família (ESF)** e o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. **REVOGADA**

Portaria 2.436 (2017), aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **REVOGADA**

No fim de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2 no Capítulo II, que trata sobre as “Políticas de Organização da Atenção à Saúde” institui a “**Política Nacional da Atenção Básica**” (PNAB, 2017) na forma do Anexo XXII. Em seu Artigo 1º, “**aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, **estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS)**”.

Em seu artigo 2º, a PNAB estabelece que a Atenção Básica (AB) é o

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

O parágrafo 1º do artigo 2º institui que a “**Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede**”. O reconhecimento da **AB** como a “**principal porta de entrada das RAS**”, corresponde ao “**processo continuado de cuidados em saúde**” registrado na “Declaração dos Cuidados Primários em Saúde” (OMS, 1978).

As RAS foram regulamentadas pelo Anexo I da Portaria de Consolidação nº 3 (2017). E, segundo Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde correspondem a

[...] **organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS** – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade –, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (grifos nossos).

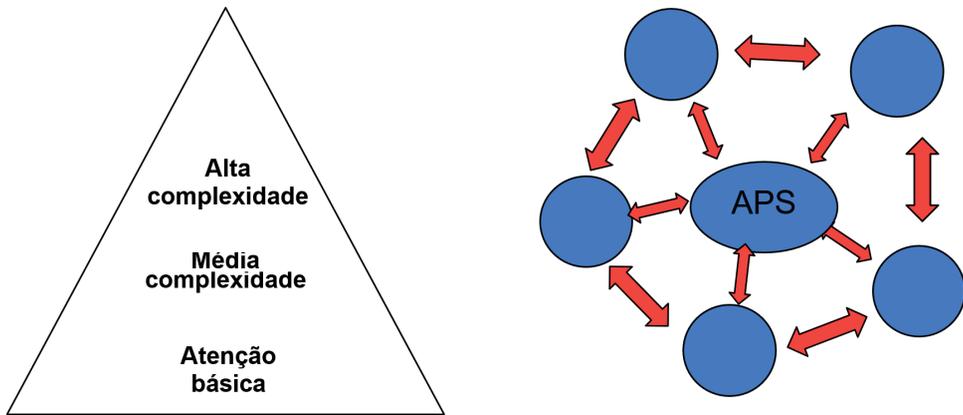


Figura 2. Rede de Atenção em Saúde

Fonte: Mendes (2010, p. 84).

Conceito de Política Pública Saudável

Segundo Milio (2001, p. 622), uma **política pública é considerada saudável quando melhora as condições de vida das pessoas mediante a segurança, o ambiente, a moradia, a educação, a nutrição, a troca de informação, os cuidados com crianças, o transporte, os sociais e de saúde necessários**. A principal característica das políticas públicas saudáveis

[...] é o interesse e preocupação explícitos em todas as áreas de políticas públicas em relação à saúde, à equidade e aos compromissos com o impacto destas políticas sobre a saúde da população. Seu propósito principal é a **criação de ambientes favoráveis, de modo que as pessoas possam viver de forma saudável** (Brasil, 2002, p. 35) (grifos nossos).

Nessa perspectiva, a inclusão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) ao conceito alargado de saúde, incorporados pela Lei nº 8.080 (Brasil, 1990), tem implicação direta na atuação do Gestor/Sanitarista, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais para fazer frente a esses DSS com influência sobre a saúde das pessoas sob sua responsabilidade.

Para Feuerwerker e Costa (2000, p. 2), a

[...] **intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população** (grifos nossos).

Com base neste conceito, entende-se que a ação intersetorial contribui para

mobilizar sujeitos, articular setores e conhecimentos, tendo em vista a interação entre políticas públicas. E, por consequência, torna-se uma ferramenta de gestão e de atuação ampla, com foco nos DSS existentes no território.

De acordo com Milio (1998, p. 59), a legislação, a alocação de recursos para gerar emprego, educação, agricultura e moradia, entre outros setores, podem promover equidade em saúde mais do que tradicionais serviços de saúde isoladamente. Para essa autora, tal nível de atividade política se encontra ainda em estágio embrionário, mas políticas públicas eficazes em melhorar a saúde dependem de compromisso político.

Com base na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), a Reforma Sanitária Brasileira constituiu uma proposta abrangente de mudança social e um processo de alteração no acesso aos serviços de saúde. Inspirada na CNS (1986), a Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988) inclui cinco artigos que versam sobre a saúde, cuja regulamentação está registrada nas Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990). Na Lei 8.080 (Brasil, 1990), há o reconhecimento de que **“a saúde é um direito fundamental do ser humano”**. E, em seu artigo 3º, estão listados os fatores determinantes que vão além da atuação estrita do setor saúde, e estabelecidas as bases para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um conjunto de pesquisadores elaborou recomendações para fortalecer a APS no Brasil: favorecer a participação das pessoas e a avaliação dos serviços pela incorporação de novos canais de escuta por meio de tecnologias de comunicação não presenciais; incentivar o papel mediador da APS frente às ações intersetoriais e à participação das pessoas para incidir na determinação social; promover a saúde e reduzir as iniquidades (Tasca; Massuda; Carvalho; Buchweitz; Harzheim, 2020, p. 5).

O plano de ação para a promoção da saúde no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030 focaliza quatro linhas estratégicas, que se reforçam mutuamente:

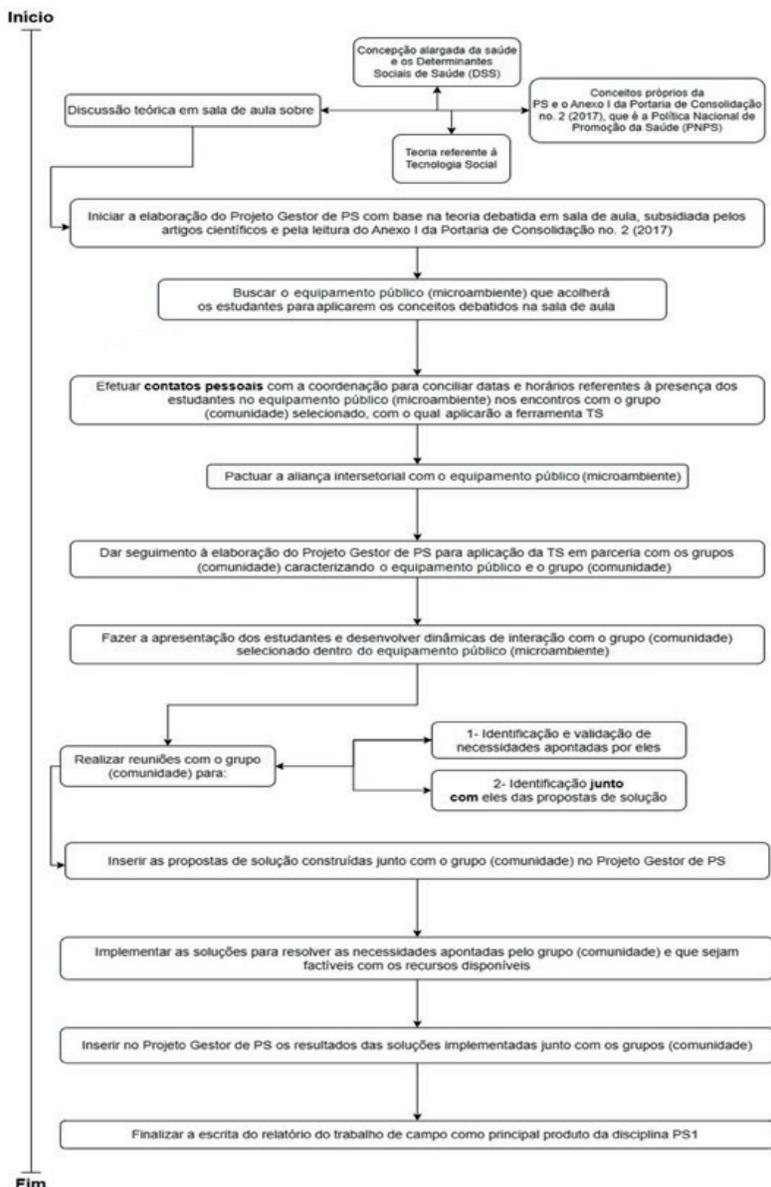
- a) Fortalecer os principais ambientes de saúde;
- b) Habilitar a participação da comunidade, o ‘empoderamento’ e o envolvimento da sociedade civil;
- c) Melhorar a governança, o trabalho intersetorial para aprimorar saúde e o bem-estar e abordar os determinantes sociais da saúde;
- d) Fortalecer os sistemas e serviços de saúde, mediante incorporação de um enfoque de promoção da saúde (OPAS, 2019, p. 11) (grifos nossos).

Projeto pedagógico como método ativo de aprendizagem

Atenta à qualidade da formação e aos métodos ativos de ensino-aprendizagem de profissionais sanitários, a disciplina de Atenção Primária em Saúde tem utilizado algumas estratégias pedagógicas problematizadoras, como o Projeto Gestor da APS. Ao longo de

um semestre letivo, os grupos de estudantes elaboram um Projeto simulado para atuarem como Gestores de APS com vistas à implementação da Atenção Primária à Saúde numa Região Administrativa (RA) do Distrito Federal.

Figura 3. Fluxograma do percurso dos estudantes para a elaboração do Projeto de Gestor de APS



Fonte: elaborado pelas autoras.

A disciplina APS apresenta a base teórica relativa à Atenção Primária em Saúde

(APS) como ponto de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, ao longo do semestre, essa disciplina focaliza os instrumentos normativos estruturantes para subsidiar a implementação simulada da APS por meio do Projeto Gestor de APS, fundamentado na Política Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal (PAPS-DF, 2017) e no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A parceria da disciplina APS com os serviços de saúde do Distrito Federal (DF) possibilita a entrada dos estudantes nas Unidades de Saúde (US). Ali, eles colaboram em ações regulares desse nível de atenção. O cadastramento dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma delas. E, na sequência, os estudantes inserem os dados coletados no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

O olhar sobre o território de saúde adotado pelos Gestores/Sanitaristas, por meio da elaboração de um Projeto de implementação de APS de forma simulada, constitui o principal produto da disciplina APS. Os administradores das Regiões Administrativas do DF são importantes interlocutores para pactuar as parcerias intersetoriais com vistas ao atendimento das especificidades do território e seu contexto cultural, social e econômico.

Sob o ângulo de visão de Santos (2011, p. 50), o **“território é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho, o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida”** (grifos nossos). Mais do que um espaço físico com determinadas características, é preciso conceber **o território como**

[...] espaço vivido, da pulsação da vida da cidade e por isso com potencial de alterar as condições de vida da população. Dessa forma, organiza as provisões onde a população se encontra, garantindo o acesso e buscando superar a fragmentação dos serviços e das intervenções (Degenszajn; Couto; Berenice; Yazbek, 2012, p. 453) (grifos nossos).

No Projeto Gestor de APS, **as parcerias intersetoriais possibilitam a atuação simulada sobre problemas concretos identificados no território de saúde.** Para além dos limites representados pelas paredes da Unidade de Saúde, o olhar do Gestor/Sanitarista se volta para explorar o território e os equipamentos públicos como meio de responder às questões mais amplas existentes no território. Isso permite a implementação de políticas alicerçadas no contexto local, como o saneamento; o fornecimento de água; a violência; os focos de resíduos sólidos a céu aberto; e os alagamentos por falta de destino para as águas pluviais.

Os estudantes utilizam a tecnologia das câmeras dos smartphones para identificar demandas no território. O Fotovoz é um meio acessível de abordar a própria realidade, por meio da construção de habilidades práticas, em relação ao foco nas características construídas (físicas) do ambiente comunitário, incluindo também as

perspectivas sociais do lugar. Imagens produzidas, juntamente com as questões discutidas e emolduradas pelas pessoas, podem estimular a ação social, convidando-as a se tornarem defensoras do bem-estar de sua própria comunidade (Nykiforuk; Vallianatos; Nieuwendyk, 2011, p. 106).

Fotovoz é um método de pesquisa visual que coloca câmeras nas mãos dos participantes para ajudá-los a documentar, a refletir e a comunicar questões de interesse da comunidade, ao tempo em que estimula a mudança social (Wang; Burris, 1997, p. 369; Wang; Yi; Tao; Carovano, 1998, p. 75). Tendo em vista promover a mudança social, o Fotovoz pode aumentar o envolvimento da comunidade, aumentar a percepção sobre os recursos da comunidade e promover ampliação na eficácia de ação dos jovens quanto às habilidades sociopolíticas e ao comportamento participativo (Madrigal *et al.*, 2018, p. 325).

Os objetivos do Fotovoz foram estabelecidos por Wang e Burris (1997, p. p. 370): permitir que as pessoas registrem e reflitam os pontos fortes e as preocupações de sua comunidade; promover os diálogos críticos e o conhecimento sobre questões importantes por meio de discussões em pequenos grupos com base em fotografias; e para alcançar os formuladores de políticas.

Por meio do **Fotovoz, os estudantes identificam demandas existentes no território que dependem de outros setores. Em semestres anteriores, eles articularam parcerias intersetoriais**, que podem incluir a Superintendência da Região Administrativa onde irão implementar a APS; o Serviço de Limpeza Urbana; a Companhia de Saneamento Ambiental; a Agência Reguladora de Águas, Energia e Saneamento Básico do Distrito Federal; a Polícia Militar e Civil; o Centro de Referência de Assistência vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social; o Sistema S, representado pelo Serviço Social do Comércio (Sesc) e o Serviço Social da Indústria (Sesi).

Assim fazendo, os estudantes contribuem para a **operacionalização do princípio da integralidade (artigo 3º, inciso I, alínea c) e da diretriz da territorialização (artigo 3º, inciso II, alínea b)**, constantes no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017). O art. 3º dessa Portaria determina que os princípios e diretrizes do SUS e das RAS sejam operacionalizados na Atenção Básica. A articulação da parceria intersetorial, associada ao conceito ampliado de saúde e à incorporação da dimensão territorial, produz impacto sinérgico na saúde da comunidade.

No parágrafo único do artigo 1º, “a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas neste documento” (Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, 2017).

O art. 2º do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Brasil, 2017) institui que a

Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (grifos nossos).

Cabe acrescentar que este Anexo XXII

[...] aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (artigo 1º Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017).

E, no parágrafo 1º do artigo 2º, reconhece na Atenção Básica “a principal porta de entrada e centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”.

A Lei 8.080 (Brasil, 1990) estabelece as bases para o SUS e constitui uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde determinadas na CRFB (Brasil, 1988). Todas as políticas de saúde em vigor no Brasil são regidas pela Lei Orgânica da Saúde formada pelo conjunto das Leis 8.080 e 8.142 (Brasil, 1990). **O SUS constitui um sistema, isto é, um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta ou indireta e das fundações mantidas pelo poder público”** (artigo 4º da Lei 8.080 de 1990). **Esses entes federativos interagem para promover, proteger e recuperar a saúde e têm como fatores determinantes (artigo 3º da Lei 8.080 de 1990): “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”** (grifos nossos).

Figura 4. Linha do tempo da Atenção Primária em Saúde



Fonte: elaborado pelas autoras.

Para acessar os conceitos próprios da APS, o livro de Barbara Starfield está disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.

Outra sugestão é o livro de Giovanella e Mendonça, *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?*, disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O capítulo apresentou alguns conceitos essenciais para a compreensão do processo de formulação e implementação da política de Atenção Primária à Saúde. Destacou-se a importância da dinâmica desses conceitos e da vivência pedagógica para compreensão da complexidade envolvida no mundo do trabalho representado pelo SUS. A prática pedagógica foi centrada no desenvolvimento do Projeto Gestor da APS com atividades definidas por estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva em contato com equipes de saúde e população dos territórios mapeados na Atenção Primária à Saúde.

ANEXO I

Documentos úteis para a compreensão da Atenção Primária à Saúde como está organizada atualmente:

Conferência Internacional de Alma-Ata, 1978. Expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986. A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada um marco na história das conferências e para a saúde pública no Brasil. Realizada em 1986, ela foi a primeira Conferência Nacional da Saúde aberta à sociedade e seu relatório final serviu de base para o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988, resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Os temas da 8ª CNS foram: Saúde como direito; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; Financiamento setorial.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Lei nº 8.080 de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.142 de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

Decreto nº 7.508 de 2012. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

Lei Complementar nº 141 de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências.

Portaria nº 77 de 2017 da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

Portaria de Consolidação nº 2 de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - Anexo XXII e Anexo I do Anexo XXII, 2017.

Portaria de Consolidação nº 1 de 2021. Consolida as normas sobre Atenção Primária à Saúde.

Portaria nº 114 de 2022 da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal.

Regulamenta o cumprimento da jornada de trabalho de 40 (quarenta) horas semanais dos servidores da Carreira Socioeducativa, lotados nas unidades orgânicas da Secretaria de Estado de Justiça e Cidadania do Distrito Federal.

Leis e atos administrativos que regulamentaram a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil até 28 de setembro de 2017.

Portaria GM/MS 3.925 de 1998 - Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **REVOGADA**

Portaria 699 de 2006 - Pactos pela saúde - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. **REVOGADA**

Portaria nº 648 de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **REVOGADA**

Portaria nº 2.488 de 2011 - Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **REVOGADA**

Portaria nº 2.436 de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **REVOGADA**

REFERÊNCIAS

ANDERSON, James. **Public Policy making: An Introduction.** 2nd ed. Geneva, IL: Houghton Mifflin, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jan. 2012. p. 1.

BRASIL. **Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011.** Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/68849/Lei_4604_15_07_2011.html.

BRASIL. **Lei nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 jun. 2011a. p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017> Acesso em: 30 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da União. 2006 Mar 28. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html Acesso em: 22 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 692, de 25 de março de 1994**. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-0960-5 1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Serviços de saúde. 3. SUS (BR). I. Título. II. Série.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Operacionalização da PNAB que é o Anexo I do Anexo XXII**. disponível Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

BRASIL. **Resolução CNE/CES nº 2, de 14 de outubro de 2022**. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva. PARECER HOMOLOGADO Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, Pág. 89.

COUTO, Berenice Rojas. Assistência social em Debate: Direito ou Assistencialização? *In: O Trabalho do Assistente social no SUAS: seminário nacional/Conselho Federal de Serviço Social – Gestão Atitude Crítica para Avançar na Luta*. Brasília: CFESS, 2011.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: OMS; Unicef. **Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**; 1978 Set. 6-12; Alma-Ata (URSS). [Acesso em 1 maio 2006]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.

DEGENSZAJN, Raichelis; COUTO, Berenice R; YAZBEK, Maria Carmelita. O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: apresentando a pesquisa, problematizando a política social. **Revista de Políticas Públicas** [en linea]. 2012, 16, 453-460. Disponível em <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321131651049>

FEUERWERKER, Laura M.; COSTA, Heloniza. Intersectorialidade na rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FLEURY, Sonia; BAHIA, Lígia; Amarante, Paulo. (org.). **Fundamentos da Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes – Reimpressão, 232 p.

GIOVANELLA, L; **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAUDE.pdf>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução CSDF 002, de 07 de março de 1995. **Diretrizes para constituição/instalação dos conselhos gestores das unidades de saúde**. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Resolucao_002-95_constituicao_dos_conselhos_gestores.pdf.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal – SINJ – DF. **Resolução CSDF nº 390, de 22 de maio de 2012**. Cria os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Disponível em http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/71745/Resolu_o_390_22_05_2012.html.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Políticas Públicas: seus ciclos e subsistemas - uma abordagem integral**. Trad. Francisco Heidemann. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

ISRAEL, B. A; COOMBE, Chris M.; CHEEZUM, Rebecca R.; SCHULZ, Amy J.; MCGRANAGHAN, Robert J.; LICHTENSTEIN, Richard; REYS, Angela G.; BURRIS, Kosua A. Community-based participatory research: a capacity- building approach for policy advocacy aimed at eliminating health disparities. **Am. J. Public Health**. 2010; 100:2094–102.

LABRA, M. E. **Notas sobre Análise de Políticas Públicas, Modos de Policy Making e Intermediação de Interesses**. Rio de Janeiro: DASP/ ENSP, 1997. 26 p.

MADRIGAL Daniel S.; SALVATORE, Alicia; CASILLAS, Gardenia; CASILLAS, Crystal; VERA, Irene; ESKENAZI, Brenda; MINKLER, Meredith. Health in My Community: Conducting and Evaluating PhotoVoice as a Tool to Promote Environmental Health and Leadership Among Latino/a Youth Progress in Community Health Partnerships: **Research, Education, and Action**, Volume 8, Issue 3, Fall 2014, pp. 317-329. DOI: <https://doi.org/10.1353/cpr.2014.0034> Disponível em: <https://escholarship.org/content/qt7z302448/qt7z302448.pdf?t=qb1xai>

MEIRELLES, Hely L. **Direito Administrativo Brasileiro – 25ª Ed.** São Paulo: Malheiros, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

MILIO, Nancy. Glossary: healthy public policy. **J Epidemiology Health**. V. 55:622-623, 2001.

MILIO, Nancy. Public policy as the cornerstone for a new public health: local and global beginnings. **Fam Community Health**, 1988;11(2):57-71.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Saúde Coletiva**. Despacho do Ministro, publicado no D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, Pág. 89.

NUTBEAN, Don; HARRIS, Elizabeth; WISE, Marilyn. **Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories**. 3th edition. McGraw-Hill Australia Pty. Ltd, 2010.

NYKFORUC, Candice I. J.; VALLIANATOS, Helen; NIEUWENDYK, Laura M. Photovoice as a Method for Revealing Community Perceptions of the Built and Social Environment. **Int J Qual Methods** 2011;10:103-24.

OLIVEIRA, Jaime Antônio de Araújo; TEIXEIRA, Sônia M. Fleury Teixeira. **(Im)previdência social 60 anos de história da Previdência Social no Brasil**. Petrópolis, Ed. Vozes; Rio de Janeiro; Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Agenda de Saúde Sustentável para as Américas 2018-2030: um chamado à ação para a saúde e o bem-estar na região [Internet]. Washington, DC: OPAS; 2017. Disponível em <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49172/CSP296-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PAIM, Jairnilson S. Políticas de Descentralização e Atenção Primária à Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª Ed. Medsi: Rio de Janeiro, 1999.

PETTERSEN, Poul E; HOLST, Dorthe. Policy and research in oral health care. **Scand J Dent Research**, 1992; 100:74-6.

RUA, Maria das Graças. **Políticas públicas** / Maria das Graças Rua. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2009. 130p. Disponível em <https://acervo.cead.ufv.br/conteudo/pdf/Apostila%20-%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20Maria%20das%20Graças%20Rua%202009.pdf?dl=0>

SANTOS, Milton. O dinheiro e o território. In: Milton Santos [et al.] (Orgs.) **Território, territórios: ensaios sobre o ordenamento territorial**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2011.

SMITH, Kevin B.; LARIMER, Christopher. W. **The Public Policy Theory Primer**. 2009 by Westview Press Published by Westview.Press, A Member of the Perseus Books Group. Central Avenue, Boulder, CO.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, no 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

TASCA, R.; MASSUDA, A; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 44. 2020.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em AIDS. *In*: PARKER, Roberto (org.). **Política, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed: ABIA, 1997.

TREIN, Philipp. Health Policy. *In*: **Swiss Public Administration Making the State Work Successfully**. Andreas Ladner; Nils Soguel Yves Emery; Sophie Weerts Stéphane Nahrath. Palgrave Macmillan. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-319-92381-9_19

TROSTLE, James; BRONFMAN, Mario; LANGER, Ana. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. **Health Policy and Planning**; 1999, 14(2); 103-114.

WANG, C. C.; BURRIS, M. A. Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. **Health Educ & Behav**. 1997; 24:369–87.

WANG, C. C., YI, W. K.; TAO, Z. W.; CAROVANO, K. Photovoice as a participatory health promotion strategy. **Health Promotion International**. 1998; Vol. 13, No. 1.

WARGAS, Tatiana. Políticas Públicas e Saúde p. 43. *In*: LUCCHESI, Patrícia T. R. (coordenadora). **Políticas Públicas em Saúde Pública**. FIOCRUZ. Comitê Consultivo BVS Saúde Pública Brasil: Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz – / ABRASCO / Faculdade de Saúde Pública – USP / BIREME / OPAS / OMS. São Paulo, 2002.

YALMANOV, Nikita. (2020). “Public Policy and Policy-Making”. *In*: **Culture, Personality, society in the conditions of Digitalization: methodology and Experience of Empirical Research Conference Social Sciences**. KnE Social Sciences, pages 558-564. DOI 10.18502/kss.v5i2.8400.

57º CONSELHO DIRETOR. **71ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas**. Washington, D.C., EUA, de 30 de setembro a 4 de outubro de 2019. Estratégia e Plano de Ação para a Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2019-2030. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55951/OPASFPLIM220006_por.pdf

PARTICIPAÇÃO SOCIAL COMO MEIO DE 'EMPODERAMENTO'

Data de aceite: 01/11/2023

Tereza Virgínia Santos

<http://lattes.cnpq.br/4603065760282614>

Margareth Rose Braga Mendes Carneiro

<http://lattes.cnpq.br/3852030507670617>

Virgínia Scalone de Melo

<http://lattes.cnpq.br/2847398376529605>

Olga Maria Ramalho de Albuquerque

<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

Neste estudo, adota-se o conceito de promoção de saúde mais adequado à realidade social existente na América Latina. De acordo com Gutierrez (1996, p. 115), a promoção da saúde é o

[...] conjunto de processos e recursos de ordem institucional, governamental ou de cidadania orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar, acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado em saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida em nível individual e coletivo (Gutierrez, 1996, p. 115).

Estratégia mediadora entre pessoas e ambiente, a promoção da saúde trabalha com vistas a construir um futuro com mais saúde, combina escolha pessoal com responsabilidade social (Nutbean, 1996, p. 385). A implementação de ações para promover a saúde inclui cinco campos de atuação: a formulação de políticas públicas

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2007, p. 12) se caracteriza por ser um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção à saúde. Sua implementação prevê a adoção de “**práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas**”, que levem em conta “**a dinamicidade existente no território onde vive a população**”. E, ao mesmo tempo, estabelece a promoção da saúde como área estratégica de atuação na Atenção Primária à Saúde.

saudáveis; o desenvolvimento de habilidades; a construção de ambientes favoráveis à saúde; a reorientação dos serviços e o fortalecimento da ação comunitária (OMS, 1986, p. 17). Nessa perspectiva, a participação social constitui elemento central da promoção da saúde, além de ser uma chave para o desenvolvimento comunitário.

A participação é aqui entendida como o processo por meio do qual os membros da comunidade assumem compromissos, individual e coletivamente. Assim fazendo, eles desenvolvem a capacidade de avaliar suas próprias necessidades e problemas relacionados à saúde para planejar, implementar soluções e avaliar seus efeitos (Zakus; Lysack, 1998, p. 2).

Tal participação na vida cívica e social ocupa um papel importante na organização da comunidade, porque leva ao ‘empoderamento’. Considerando o **poder como a “habilidade de prever, controlar e participar de seu próprio meio, o ‘empoderamento’” se configura como o processo pelo qual indivíduos e comunidades são capazes de se investir de “poder e agir para transformar suas vidas e seu meio social”**. Por outro lado, essa participação requer do profissional de saúde uma atitude emancipatória, que privilegie a produção social da saúde. **Em lugar de desenvolver uma relação entre provedor de serviços e beneficiários, os profissionais de saúde constroem uma relação com base no diálogo, que vai propiciar a compreensão da realidade social a partir da percepção da própria comunidade** (Dickson; Abegg, 2000, p. 44).

Outros estudos desenvolveram essa abordagem de construção de direitos na conquista da saúde por meio do fortalecimento da ação comunitária, entre os quais: Wallerstein e Bernstein (1988); Dias (1998); Sperandio *et al.* (2004); Ribeiro *et al.* (2006); Wimmer e Figueiredo (2007).

O objetivo deste estudo foi descrever o processo de mobilização da comunidade para participar da tomada de decisão quanto às ações de promoção de saúde a serem desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) em conjunto com a comunidade.

Procedimentos Metodológicos

Utilizou-se a pesquisa-ação, tipo de intervenção coletiva, baseada em técnicas de tomada de decisão que associam atores sociais e pesquisadores em atuação conjunta para melhorar uma situação específica (Dionne, 2007, p. 68).

Esse método é considerado “mais científico do que a pesquisa tradicional, uma vez que a participação da comunidade facilita uma análise mais precisa e mais autêntica da realidade social” (Lapassade, 1989). Assim sendo, os membros da comunidade são as pessoas mais preparadas para levantar o problema de pesquisa no contexto de seu interesse.

O estudo se desenvolveu com a colaboração das ESF alocadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no território compreendido pela Unidade Residencial-5 (UR-5)

e pela Unidade Residencial-12 (UR-12), pertencentes ao Distrito Sanitário VI no bairro do Ibura, considerado o bairro mais violento de Recife, em Pernambuco (Tavares, 2007, p. 557).

Ao realizarem o diagnóstico socio sanitário nas áreas de abrangência das UBS onde prestavam serviço, os profissionais de saúde das ESF reconheceram a própria limitação para compreender a complexidade daquela realidade social. Então, eles decidiram incorporar a visão da comunidade ao processo de produção social da saúde e à tomada de decisão.

Para isso, convidaram representantes das duas Escolas Municipais existentes nas microáreas: a Escola José Múcio Monteiro e a Escola Serra da Prata; líderes comunitários, além dos profissionais de saúde da UBS UR-5 e UR-12 para refletirem sobre os problemas existentes em seu território de atuação e selecionar soluções plausíveis. Essas reuniões foram guiadas pelo método de Freire para o ‘empoderamento’, que consiste em:

1. Escutar e compreender as questões sentidas pela comunidade;
2. Estabelecer um diálogo participativo acerca do assunto em questão, segundo o método da problematização;
3. Colaborar na implementação das ações propostas ou nas mudanças positivas que o grupo antevia durante o diálogo (Wallerstein; Bernstein, 1988, p. 382).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As reuniões contaram inicialmente com a participação das duas diretoras das Escolas municipais e de dez professores da EJMM e ESP; de quatro líderes comunitários; de profissionais das UBS UR-5 e UBS UR-12, compostas por onze agentes comunitárias de saúde (ACS), duas enfermeiras, duas médicas e um cirurgião-dentista. Isso evidencia o interesse da comunidade em dialogar com os profissionais de saúde e contribuir na identificação das necessidades e na busca de soluções para as questões identificadas.

Dentre as necessidades apontadas pelos líderes comunitários, os focos de lixo foram eleitos como o problema prioritário a ser enfrentado. A análise da situação apontava para o descarte de lixo doméstico pelos próprios moradores em diferentes locais na comunidade, em razão na insuficiência da prestação dos serviços de limpeza urbana. A solução escolhida pelas lideranças da comunidade foi a eliminação desses resíduos sólidos (RS) existentes nos territórios de atuação das UBS, situadas na UR-5 e UR-12.

A Agenda 21 (1992, p. 342) reflete uma preocupação mundial em relação aos RS, cuja produção se expande proporcionalmente ao crescimento populacional e à insuficiência de serviços públicos de coleta, especialmente em grandes centros de países em desenvolvimento.

De acordo com a Agenda 21 (1992, p. 341), os RS incluem “todos os restos

domésticos e resíduos não perigosos, tais como os resíduos comerciais e institucionais, o lixo da rua e os entulhos de construção”. Ao tratar da questão, esse documento coloca o tema como um “dos mais importantes para manutenção da qualidade do meio ambiente da terra, com vistas ao desenvolvimento sustentável e ambientalmente saudável em todos os países”.

Para decidir as ações a serem implementadas com o intuito de erradicar os focos de lixo, realizaram-se quatro reuniões, e cada uma delas contou com a presença de vinte e dois participantes, assim distribuídos: quatro líderes comunitários; quatro pessoas originárias das EJMM e ESP; seis provenientes das UBS UR-5 e UR-12; quatro representantes de organizações ambientalistas e quatro provenientes da Empresa Municipal de Limpeza Urbana (EMLURB). Esse grupo se distinguiu em quatro comissões: divulgação, recursos, eventos e organização da gincana.

A consciência das ESF que prestavam serviço nas UBS da UR-5 e da UR-12 quanto à sua limitação para compreender o todo revela uma atitude incomum dos profissionais de saúde. Esse enfoque desloca o foco de sua prática profissional do campo biológico para o campo socioambiental, assim como para a construção de direitos e para a produção social da saúde. Isso se reflete na adoção de uma abordagem contemporânea no trato com a comunidade. Tal abordagem prioriza o desenvolvimento de parcerias e o reconhecimento do valor de identidades e da cultura local, que preservam o sentimento de pertinência a um grupo ou a uma região (Nilsen; Kraft, 1997, p. 337).

Cabe ressaltar que os profissionais que se mantêm em contato com a comunidade no dia a dia têm oportunidade de observar a criatividade dessas pessoas para buscar soluções e enfrentar os desafios postos pela necessidade de sobreviver. E podem verificar também quanto é inventiva sua capacidade de “explicar a realidade com base em um saber elaborado a partir de suas vivências” (Freire, 1997).

A seguir, elaborou-se um questionário a ser aplicado na pesquisa de campo por alunos, professores e Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Na sequência, fez-se uma caminhada ecológica na comunidade para identificar os focos de RS existentes na comunidade, que contou com a participação de professores, alunos e profissionais de saúde da UBS UR-5 e UR-12. Essa etapa culminou com uma visita, juntamente com os escolares, ao Aterro Acelular da Muribeca, local de destino do lixo produzido na cidade de Recife. Na Figura 1, estão sumarizados os temas transversais e as tarefas solicitadas aos estudantes nesse processo de construção coletiva.

Figura 1. Temas transversais incluídos no conteúdo programático nas EJMM e ESP

CIÊNCIAS	PORTUGUÊS	ARTES	MATEMÁTICA	HISTÓRIA	GEOGRAFIA
Solo, ar, água. Corpo humano.	Leitura e escrita de texto. Leitura de texto não verbal.	Conteúdo de arte.	Sistema numeral e decimal. Espaço e forma; tempo.	Estrutura urbana.	Paisagens naturais.
TAREFAS SOLICITADAS					
Poluição ambiental, contaminação do solo. Higiene física e mental, prevenção de acidentes.	Produção individual ou coletiva, avisos cartazes, panfletos.	Música como linguagem. Elaboração de texto teatral.	Resolução de situação-problema, contagem, classificação; seriação, unidade, dezenas, centenas; Características: pontudas, redondas, volume. Tempo de decomposição do lixo	Consequências do crescimento urbano. Êxodo rural.	Clima, vegetação, relevo, hidrografia recebendo interferência cotidiana das pessoas que ocupam ou ocuparam o Recife.

Fonte: elaboração das autoras.

A partir da discussão efetuada pelos professores e profissionais de saúde das ESF acerca dos efeitos dos focos de lixo na saúde da comunidade, os alunos prepararam uma apresentação teatral com base no tema, que foi apresentada na Feira de Ciências, promovida pela EJMM e ESP em parceria com as UBS UR-5 e UR-12. Paralelamente, foram desenvolvidas oficinas de reciclagem para trabalhar o aproveitamento de materiais. Nesse momento, os alunos puderam trabalhar com sucatas para construção de brinquedos e de maquetes a serem utilizados por eles mesmos nas escolas.

A EJMM e ESP, juntamente com as ESF, organizaram uma gincana para trabalhar com os alunos as questões relacionadas ao acondicionamento e ao destino adequado dos RS. Ao tratar do “manejo ambientalmente saudável dos resíduos sólidos”, a Agenda 21 (1992, p. 127) propõe o “estímulo e a participação ativa da comunidade fazendo com que grupos de mulheres e jovens tomem parte no manejo dos resíduos, em especial dos resíduos domésticos”.

A realização da gincana permitiu trabalhar de forma lúdica com os alunos as questões relativas ao destino do lixo, ao reaproveitamento de materiais recicláveis e ao modo de manter limpos os ambientes. Dentre as tarefas solicitadas aos escolares, incluíram-se desenhos e pinturas referentes ao destino do lixo em sua comunidade. A premiação consistia em passeio ao Jardim Zoológico e ao Jardim Botânico, coerente com a preservação ambiental preconizada por todos os participantes do estudo.

A parceria intersetorial firmada entre o serviço de saúde local (UR-5 e UR-12) com

as escolas municipais incluiu esclarecimentos e atividades para engajar o corpo docente e discente na construção de ambientes favoráveis à saúde. Essa iniciativa propiciou aos alunos a oportunidade de aprender, desenvolver habilidades, resolver problemas e construir relações interpessoais.

Na etapa subsequente, os representantes da EMLURB e da comunidade visitaram as residências das microáreas vinculadas à UR-5 e à UR-12 informando acerca dos novos horários para a coleta de lixo na comunidade. A parceria intersetorial com a EMLURB garantiu a assiduidade e a periodicidade da coleta de lixo, inclusive nas vias de difícil acesso, e, ao mesmo tempo, possibilitou remoção dos RS acumulados até então. Nesses lugares, que antes eram ocupados pelos RS, foram plantadas mudas de pau-brasil e foi instalado um parque de diversão para crianças.

Outra atividade desenvolvida pela ESF foi a promoção de debates e a apresentação de vídeo para os usuários das comunidades UR-12 e UR-5, visando sensibilizá-los sobre o tema. Os próprios comunitários assumiram o papel de promoverem um sistema de supervisão dos locais que estavam agora livres de depósitos de lixo, impedindo novas ocorrências. O trabalho conjunto fomentou as atividades promotoras de aprendizagem e criou a oportunidade para o desenvolvimento da ação comunitária.

Observa-se que, no início do planejamento das atividades, as duas Equipes Saúde da Família (ESF) priorizaram a compreensão da dinâmica social do ambiente, onde vivia a população sob sua responsabilidade. Em seguida, buscaram a construção dialógica com outros serviços ali existentes, para promover a decisão compartilhada e o desenvolvimento de parcerias intersetoriais.

A atuação sobre o território constitui a base dos processos de ensino-aprendizagem adotados na disciplina Atenção Primária em Saúde (APS). Segundo a proposta dessa disciplina, este **é o momento oportuno para que os estudantes atuem como Gestores/Sanitaristas, sem aguardar pela conclusão do curso.**

A disciplina Atenção Primária em Saúde (APS) é ministrada no quarto semestre de um curso de Graduação em Saúde Coletiva, que forma Gestores/Sanitaristas. No decorrer do semestre, uma das avaliações inclui a elaboração de um Projeto Simulado de Gestor de APS. Essa tarefa oferece a chance para os estudantes se familiarizarem com os instrumentos normativos pertinentes à implementação APS, vigente no Brasil, e se apropriarem do embasamento teórico voltado para esse ponto da atenção à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A valorização da troca de saberes gerada nos encontros formais e informais possibilitou o diálogo e a interação entre os participantes. Isso evidencia a importância da parceria intersetorial articulada pelas ESF, as EJMM, ESP, as lideranças comunitárias e a EMLURB. Cabe salientar o envolvimento da comunidade, das lideranças comunitárias; o

compromisso da direção das escolas e dos professores; além da ampla participação dos alunos na reciclagem de papéis nas escolas e na manutenção dos ambientes livres de RS. Essa parceria intersetorial fortaleceu a capacidade convocatória do setor de saúde para mobilizar a comunidade na produção social da saúde, estabelecendo responsabilidades de ação nos diferentes setores sociais e gerando efeitos para a saúde da população.

A mobilização popular garantiu a alteração de aspectos do ambiente físico e social pela manutenção das ruas e dos espaços livres do acúmulo de lixo, bem como pela plantação e preservação das mudas de pau-brasil. Essa forma de trabalhar fortalece a população nas tomadas de decisões que afetam sua vida, ao tempo em que reforça a opção por ambientes favoráveis à saúde. Isso confirma que ações coletivas em comunidades são mais eficazes na melhoria da saúde de grupos populacionais, evidenciando a importância do papel de diferentes setores e da participação comunitária.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.

DIAS, R. B. "Eu, eu estou aí, compondo o mundo". Uma experiência de controle de endemia, pesquisa e participação popular vivida em Cansanção, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup 2):149-157, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xwR8pP8SQNrB4ygMS9DLJs/abstract/?lang=pt>.

DICKSON, M.; ABEGG, C. Desafios e oportunidades e para promoção da saúde bucal. In: BUISCHI, Y. **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. Artes Médicas/EAP-APCD. São Paulo, 2000.

DIONNE, H. **A pesquisa-ação para o desenvolvimento local**. Brasília: Leber Livro Editora, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1987.

GUTIERREZ, M. *et al.* Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación em salud: Colombia. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T. (editores). **La promoción de la salud y la educación para la salud en America Latina: un analysis sectoral**. Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1996 p. 107-128.

LAPASSADE, G. Recherche-action externe et recherche-action interne. Recherche-action et formation. **Pratiques de Formation/Analyses**. n. 18, p.17-41, dez. 1989, Paris, Universidade Paris 8.

NILSEN, Oystein; KRAFT, Pål. Do local inhabitants want participate in community injury prevention? A focus on the significance of local identities for community participation. **Health Education Research**. 12(3):333-345, 1997.

NUTBEAN Don. Health Promotion Glossary. **Health Promotion**, v.1(1):113-127, 1996.

ONU. Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992: Rio de Janeiro). **Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento: de acordo com a Resolução**. JP! 44/228 da Assembleia Geral da ONU, de 22-12-89, estabelece uma abordagem equilibrada e integrada das questões relativas ao meio ambiente e desenvolvimento: a Agenda 21 - Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1995. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/528199/mod_resource/content/0/Agenda%2021.pdf.

RIBEIRO, Jefferson. A. S.; SARAIVA, Alexandre. S.; ARAÚJO, André L.; FRANÇA, Mennabarreto S. Promoção da Saúde e Cultura Cidadã envolvendo uma abordagem oftalmológica em escolares na Colônia. Antonio Aleixo, Manaus-AM: uma experiência no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**,30(2):87-92, 2006. Disponível em:

SPERANDIO, Ana. M. G.; CORREA, Carlos. R. S.; SERRANO, Miguel. M. e RANGEL, Humberto. A. Caminho para construção coletiva de ambientes saudáveis. **Ciência & Saúde Coletiva** 9(3):643-654, 2004. Disponível em:

TAVARES Davi K. Cotidiano, Morte e Sociabilidade numa localidade de periferia de Recife. **RBSE**, 6(17):551-575, 2007. Disponível em:

WALLERSTEIN, Nina; BERNSTEIN Edward. Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. **Health Education Quarterly**. 15(4):379-394, 1988. Disponível em:

WIMMER, Gert F.; FIGUEIREDO, Gustavo O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):145-154, 2006. Disponível em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter on Health Promotion**. Copenhagen: World Organization Regional Office for Europe, 1986. Disponível em:

ZAKUS, Jason. D. L. e LYSACK, Catherine. L. Revisiting community participation. **Health Promotion Planning**, 13(1):1-12, 1998. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/13120300_Revisiting_community_participation.

CAPÍTULO 4

CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS COM A COMUNIDADE PARA IMPLEMENTAÇÃO DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: BASES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Data de aceite: 01/11/2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque
<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

Maria Hosana Conceição
<http://lattes.cnpq.br/8879904717342874>

Francisco Gilson Rebouças Porto Júnior
<http://lattes.cnpq.br/8025807807825011>

Alberto Mesaque Martins
<http://lattes.cnpq.br/4960336011673287>

Claides Abegg
<http://lattes.cnpq.br/3321610798265393>

problematização. Além disso, os espaços educativos formais ainda se revestem de um distanciamento dos territórios onde os sujeitos estão inseridos, produzindo um encastelamento e uma dissociação do que é vivido daquilo que é ensinado (Kruschewsky, 2008).

Diferentes autores registram a dificuldade na formação profissional para a Promoção da Saúde (Vendruscolo; Verdi, 2011; Tavares *et al.*, 2016; Barata; Dias; Dias, 2011). Eles descrevem um tipo de formação desvinculada da autonomia, da atuação sobre os DSS e desconectada da integração da comunidade ao processo de tomada de decisão e das políticas públicas. No Brasil, ainda hoje, prevalece um modelo de formação distanciado dos valores mais contemporâneos da Promoção da Saúde (PS). Uma formação centrada em um tipo de profissional detentor do conhecimento em saúde, que enfatiza a mudança de hábitos e de estilo de vida das pessoas, em que a responsabilidade da saúde fica centrada no indivíduo.

Os pontos centrais salientados

INTRODUÇÃO

Pensar os processos educativos e a formação de profissionais de saúde, em um mundo cada vez mais rápido e tecnológico, tem sido um grande desafio. Autores, de diferentes campos do conhecimento (Lacerda; Santos, 2018; Roman *et al.*, 2017), apontam para a falência dos métodos tradicionais de ensino-aprendizagem, recorrentemente pautados na memorização e na transmissão de conteúdos, com pouco espaço para a

neste capítulo incluem uma breve abordagem sobre a evolução do conceito de saúde que antecedeu o atual modelo da PS. Exploram-se as possibilidades de materializar os campos de ação da PS e a abordagem socioambiental e destaca-se a interface da atuação para promover a saúde aliada à efetivação de artigos do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, consubstanciada na Política Nacional de Promoção da Saúde (2017).

Nessa perspectiva, é possível operacionalizar o artigo 9º deste Ato Administrativo, que estipula em um de seus eixos: a “educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos” (artigo 9º inciso VI do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017).

Um dos “Componentes Curriculares Obrigatórios do Eixo Especificidades do Fazer em Saúde Coletiva do Curso de Graduação em Saúde Coletiva” da Universidade de Brasília é a disciplina Promoção da Saúde 1 (Projeto Pedagógico de Curso, 2022, p. 46). Ministrada no segundo semestre, o foco dessa disciplina é vivenciar as estratégias para promover saúde e ampliar espaços de participação da comunidade; criar ambientes favoráveis à saúde e desenvolver habilidades (Brasil, 2002, p. 17). Esse tipo de atuação se direciona para o ambiente e para incorporação da comunidade na tomada de decisão, que difere da abordagem com foco na mudança de comportamento das pessoas e na “culpabilização da vítima” (Albuquerque; Barbosa, 2020, p. 36).

Para atingir os objetivos de aprendizagem, a disciplina Promoção da Saúde 1 se baseia em atividades interativas mediadas por tecnologias digitais, como vídeos do YouTube e linha do tempo elaborada com o HiperText Markup Language 5 Package (H5P); a plataforma Mentimeter, para construção de nuvem de palavras geradas na discussão sobre os DSS; e a criação de um grupo de WhatsApp para comunicação com as monitoras; encontros dialógicos e leitura de artigos científicos sobre a PS para aplicação dos conceitos na formulação e na implementação do Projeto de Gestor. O processo avaliativo inclui atividades individuais e colaborativas dos grupos, como a utilização de fotovoz, a produção criativa de ‘podcast’ e de um mapa mental, e a realização de teste de múltipla escolha e de prova escrita. Ao final do semestre, a avaliação da disciplina efetuada pelos estudantes subsidia os ajustes a serem efetuados nas edições subsequentes.

Percurso para chegar à concepção ampliada da saúde

No artigo intitulado “What’s Social Medicine”, publicado em 1947, Rosen cita a proposição criada por Virshov a partir das discussões com Neumann, um de seus contemporâneos: “a medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala.” A partir dessa concepção, estabeleceram-se três princípios: a saúde da população é objeto de responsabilidade social; as condições sociais e econômicas têm efeito importante sobre a saúde e a doença, e essas relações devem ser pesquisadas;

as providências tomadas para promover a saúde e combater doenças devem englobar os aspectos social e médico.

A compreensão sobre a saúde numa perspectiva mais ampla encontra suporte na reflexão de um conjunto de cientistas, desde o início do século XX. Dentre esses, encontram-se George C. Whipple, Sigerist e Welch (citados por Burke, 2017, p. 53). Guardadas as singularidades, esses autores apresentam uma ruptura no modo como conceituam a saúde, passando a tomá-la em seus aspectos positivos, para além da mera ausência de sintomas e doenças. Adicionalmente, eles consideram a autonomia dos sujeitos na produção da sua própria saúde, sem desconsiderar os determinantes sociais. Segundo Rosen (1947), “A saúde é, portanto, não apenas a ausência de doença: é algo positivo, uma atitude alegre perante a vida e uma aceitação alegre das responsabilidades que a vida impõe ao indivíduo”.

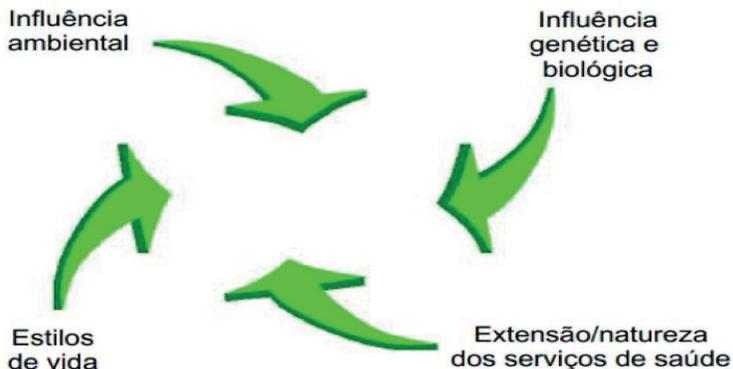
A concepção de homens e mulheres como seres biopsicossociais originou o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948): “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (Burke, 2017).

O Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Internacional de Saúde, realizada em Nova York em 1946, aprovou a proposta de Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS). A assinatura da “Magna Carta for World Health”, em Paris, subscrita pelos representantes das nações presentes, marcou o início da existência da Organização Mundial da Saúde. Seu escopo era que as pessoas alcançassem alto nível de saúde e bem-estar (Burke, 2017).

Décadas mais tarde, a análise detalhada das causas e dos fatores subjacentes aos desfechos de doença e morte na população do Canadá, por Lalonde (1974), gerou o documento conhecido como o Relatório Lalonde - Uma Perspectiva na Saúde dos Canadianenses. Nesse relatório, Lalonde (1974) estabelece o conceito de campo da saúde, composto por quatro amplos componentes: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção em saúde.

A partir daí, verifica-se uma inversão sobre a perspectiva tradicional restritiva sobre a saúde. A premissa de que “a arte ou a ciência da medicina tem sido a fonte de onde fluem as melhorias na saúde” foi substituída pelo conceito de campo da saúde, que acrescentou determinantes mais amplos, dentre os quais o ambiente onde a pessoa vive. Isso amplia a concepção de saúde, visto que, até então, a maior parte dos esforços da sociedade para melhorar a saúde e a predominância dos gastos com esse segmento se concentrava na organização do sistema de saúde (Lalonde, 1974). Os elementos que compõem o “campo da saúde” proposto por Lalonde podem ser observados na Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Desenho esquemático conceito de campo da saúde (Lalonde, 1974)



Fonte: Lalonde (1974, p. 31).

Inspirada no Relatório Lalonde (1974), a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1979), em sua 30ª Conferência, estabelece uma meta para os governantes mundiais: “Saúde para todos no ano 2000”. A proposta política originada nessa Conferência compunha uma ampla agenda envolvendo mudanças socioeconômicas e estabelecendo pré-condições para alcançar saúde para todos: supressão do medo da guerra e oportunidades iguais para todos; satisfação das necessidades básicas como alimento, renda, educação, água, saneamento e habitação como resultado de vontade política e de apoio público.

No ano seguinte, a Declaração de Alma Ata, resultante da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde (OMS, 1978, p. 2), retoma a ideia de saúde como algo que exige a participação do setor social e econômico, além do setor de saúde, com ênfase na implementação da Atenção Básica (AB):

[...] cuidados primários de saúde são 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 podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem **parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade**. Representam **o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde** (OMS, 1978, p. 3) (grifos nossos).

Desde sua elaboração em 1948, o conceito de saúde da OMS vem sendo atualizado. Na contemporaneidade, entende-se que a saúde do indivíduo envolve as dimensões física, mental, social, emocional e espiritual, explicitadas a seguir:

1. Saúde física, que é provavelmente, a dimensão mais conhecida da saúde. Relacionada aos aspectos biológicos e funcionais do corpo humano;
2. Saúde mental, que pode ser descrita de forma simplificada como a habilidade de pensar de forma clara e coerente;
3. Saúde emocional, ligada à capacidade de reconhecer emoções como medo, alegria, luto e raiva. Bem como expressar estas emoções de forma apropriada;
4. Saúde social, vinculada à competência de estabelecer e manter relações com as outras pessoas;
5. Saúde espiritual, para alguns indivíduos a saúde espiritual está relacionada a crenças e práticas religiosas. Para outros está relacionada a crenças pessoais, a princípios e a comportamentos que trazem paz para a mente e para si mesmo (Ewles; Simnett, 2010, p. 6).

O Plano de Ação aprovado pelo Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (1982) estabelecia as metas e os objetivos regionais, bem como as ações a serem adotadas pelos governos das Américas, com vistas a alcançar a saúde para todos. Esse Plano de Ação, de natureza continental, apresenta uma dinamicidade e é dirigido não apenas aos problemas atuais, mas também àqueles originários da aplicação das estratégias e do cumprimento das metas e objetivos regionais.

Promoção da Saúde e a articulação com a comunidade nos territórios

Em seu modelo mais atual, a promoção de saúde preconiza a efetividade no desenvolvimento das ações comunitárias, cujo foco é a ampliação do poder das comunidades, por meio da posse e domínio sobre seu próprio empenho e trajetória. Essa proposta se distancia das práticas tradicionais de saúde que, muitas vezes, são construídas e desenvolvidas por especialistas com pouco diálogo com os profissionais que estão “na ponta” (Silva, 2010; Vasconcelos, 2018), ou seja, no nível assistencial e, especialmente, sem o contato com as comunidades, reduzidas a “públicos-alvo das ações”.

A Promoção da Saúde busca superar esse modelo de intervenção, substituindo o “fazer-para” pelo “fazer-com”, uma vez que, para serem efetivas, as ações precisam partir da articulação intersetorial e da participação comunitária. Assim fazendo, desencadeia uma reviravolta importante, visto que **os coletivos passam a ser reconhecidos como agentes de mudança, e não apenas como beneficiário das ações em saúde.**

O desenvolvimento da comunidade se baseia nos recursos humanos e materiais ali existentes para incrementar a autoajuda, o suporte social e para implementar um sistema flexível, voltado para questões de saúde, que fortaleçam a participação comunitária. Isso se torna possível mediante o acesso contínuo a informações, a oportunidades de

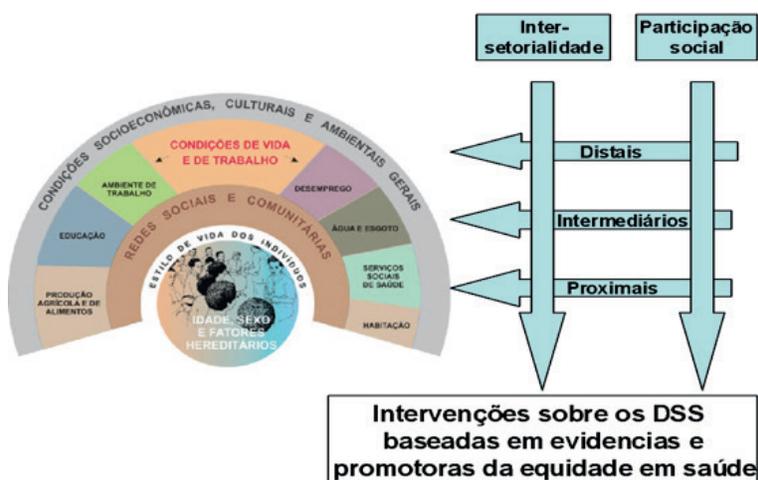
aprendizagem e ao suporte financeiro (Brasil, 2002, p. 23). Sob esse ângulo, a cidadania não é concessão, é conquista contínua no processo de construção coletiva, que passa a ter sentido nas experiências sociais do cotidiano (Costa; Ianni, 2018, p. 48).

No contexto da promoção da saúde, esta é entendida como a habilidade de **desenvolver o potencial pessoal para responder de forma positiva aos desafios do ambiente, um recurso para a vida diária, não um objetivo de vida. Conceito positivo** que se baseia nos **recursos sociais e pessoais, bem como nas capacidades físicas, tendo em vista o atendimento às necessidades do sujeito.** Alguns aspectos são fundamentais para obtenção da saúde: a renda, a moradia e a alimentação. Além desses, são considerados cruciais: o acesso às informações, as habilidades pessoais, a criação de ambientes que favoreçam escolhas saudáveis e as condições econômicas sociais e físicas (Kickbusch, 1996, p. 16).

Os princípios gerais de atuação para promover saúde incluem o trabalho com a comunidade e não para a comunidade; envolvem a ação sobre os determinantes de saúde subjacentes ou distantes; e englobam o interesse pelo indivíduo assim como pelo meio ambiente, sublinhando as dimensões positivas da saúde que afetam todos os setores da sociedade e o meio ambiente (Nutbeam, 1996, p. 385).

Os determinantes sociais são as características ou os meios pelos quais as condições sociais afetam a saúde e podem ser alteradas por ações desenvolvidas no ambiente físico e social (Krieger, 2001). A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) (Buss; Pellegrino Filho, 2007, p. 78) propõe as formas de atuar sobre os DSS por meio das alianças intersetoriais e da participação da comunidade, conforme ilustra a figura 2.

Figura 2. - Os Determinantes Sociais de Saúde e as intervenções sobre DSS por meio das alianças intersetoriais e da participação da comunidade



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991) e Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008). Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/o-brasil-e-a-agenda-internacional-dos-dss/>

Com base na atuação sobre esse conjunto de DSS que influencia a saúde da população, torna-se indispensável o desenvolvimento de ação intersetorial para agir sobre eles, em parceria com diferentes níveis de recursos e na articulação com distintos setores (Tavares *et al.*, 2016, p. 1802). Isso possibilita concretizar ações de cidadania e de mobilização nos ambientes nos quais as pessoas convivem umas com as outras.

O processo de construção de ações intersetoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, de linguagens e de práticas entre os diferentes setores envolvidos. Sua meta é resolver situações locais a partir de soluções identificadas junto com as pessoas do lugar. Esse processo propicia a cada um dos setores envolvidos o incremento em sua capacidade de analisar e de agir, mediante o convívio com a perspectiva dos outros setores, viabilizando e otimizando os esforços de todos (Moretti *et al.*, 2010 p. 1828).

O compromisso dos profissionais da saúde com a articulação intersetorial decorre do reconhecimento da influência dos DSS no processo saúde-doença. Cabe ao setor de saúde se aliar aos outros setores nas diferentes esferas de tomada de decisão. Assim fazendo, colabora para a melhoria da qualidade de vida da comunidade, por intermédio da implementação de políticas específicas. Alinhado a esse pensamento, Epp (*apud* Kickbusch, 1996, p. 20) conceitua a nova saúde pública e diferencia cinco elementos que devem compor a matriz de uma política de saúde:

1. Conceber o contexto da nova saúde pública do qual fazem parte a crise econômica, a força dos grupos de pressão, o estilo de vida, a sociedade além da responsabilidade pelo ambiente;
2. Repensar o conceito da saúde compreendendo-o em sua dinâmica como um processo e um recurso de grande valor para o indivíduo e para a sociedade;
3. Reordenar os problemas e as prioridades já que as circunstâncias são mais complexas, têm caráter social e demandam uma compreensão mais profunda. Este processo requer o desenvolvimento de estratégias ligadas à compreensão das pessoas como entidades sociais e não apenas como entidades biológicas;
4. Integrar novos atores, o que implica em considerar a promoção de saúde como uma tarefa de toda população, que extrapola as atribuições da equipe de saúde (Epp, *apud* Kickbusch, 1996, p. 20).

A Carta de Ottawa (Brasil, 2002, p. 19) define a **promoção da saúde de forma ampla, como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo”.** Na disciplina **Promoção à Saúde 1**, o termo **capacitação** é substituído por **“troca de saberes”**. Essa permuta se deve ao fato de que a base do trabalho dos estudantes é a **escuta qualificada, o respeito às identidades locais e a inclusão da comunidade nos processos decisórios.**

No trabalho de campo, os estudantes articulam a aliança intersetorial com um

equipamento público (microambiente). Ali, eles priorizam a interlocução com a comunidade, que é representada pelos grupos com os quais implementam e vivenciam os campos de ação da PS numa perspectiva socioambiental. O quadro 2 de Westphal (2010, p. 646) sintetiza os principais elementos das abordagens biomédica, comportamental e socioambiental, conforme a figura 3.

Figura 3. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

Abordagens	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de saúde	Ausência doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais bem-estar físico/mental dos indivíduos	Estado positivo, bem-estar biopsicossocial/ espiritual Realização de aspirações e atendimento às necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas/ fisiológicas p/ categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais, estilo de vida inadequados à saúde	Condições de riscos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos, ambientais
Principais estratégias implementadas	Vacinas, exames, terapias, drogas, cirurgia	Mudança de comportamento, adoção de estilos de vida com mais saúde	Coalizões para advocacia e ação política; promoção de espaços saudáveis; 'empoderamento' da população; desenvolvimento de habilidades, atitudes; reorientação dos serviços de saúde
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2010, p. 646).

Para serem saudáveis, os “indivíduos e os grupos devem saber **realizar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Deste modo, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver**” (Kickbusch, 1996, p. 16) (grifos nossos).

Nesse sentido, “**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**” (Brasil, 2002, p. 20) (grifos nossos). De acordo com Terris (1992), a

saúde está intimamente ligada a fatores sociopolíticos, os quais exigem a formulação de políticas sociais efetivas. Focar as ações voltadas, exclusivamente, ao estilo de vida e aos comportamentos individuais relacionados à saúde representa uma maneira de encobrir determinantes de saúde e de se esquivar das responsabilidades inerentes.

Pré-requisitos para a saúde

Os recursos fundamentais para melhorar as condições de saúde são: “paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade” (Brasil, 2002, p. 20). Essa orientação leva a três componentes das estratégias de promoção da saúde, que estão interligados (adaptado de Terris, 1996, p. 43):

1. Ação intersetorial para operacionalizar uma política pública saudável.
2. Afirmação do papel ativo da comunidade para fazer escolhas direcionadas à saúde e aumento do controle sobre sua própria saúde e sobre os ambientes onde vivem.
3. Ação comunitária com pessoas em nível local e fortalecimento da participação dos sujeitos nas questões de saúde, com foco em estratégias para promover saúde.

As características essenciais da comunidade foram sumarizadas por Laverack com adaptações (2007, p. 31).

- 1. Dimensão espacial, isto é, um local ou espaço de convivência;**
- 2. Dimensões não espaciais (interesses, assuntos, identidades) que interligam as pessoas e que, de outra forma, constituiriam grupos heterogêneos e díspares;**
- 3. Interações sociais dinâmicas, que impulsionam as pessoas a se relacionarem umas com as outras;**
- 4. Ação coletiva com vistas a identificar as necessidades e interesses comuns (Laverack, 2007, p. 31) (grifos nossos).**

A promoção da saúde envolve a população no contexto de sua vida cotidiana, em vez de focar pessoas em risco de doenças específicas. Para Kickbusch (1996, p. 16), os princípios fundamentais da PS incluem:

1. A promoção da saúde se volta para a população em seu contexto de vida cotidiana.
2. A promoção da saúde atua sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS).
3. A promoção da saúde combina métodos ou abordagens diversas, mas complementares.
4. A promoção da saúde visa a participação comunitária efetiva e concreta.
5. Os profissionais de saúde têm um papel importante em fomentar e realizar a promoção da saúde (Kickbusch, 1996, p. 16).

Ações de promoção da saúde

As estratégias ou campos de ação para promover saúde se configuram na **formulação de políticas públicas saudáveis; no fortalecimento da ação comunitária; no desenvolvimento de habilidades e atitudes; na criação de ambientes favoráveis à saúde;** e na reorientação de sistemas de saúde (Brasil, 2002, p. 17).

Construindo políticas públicas saudáveis

A política de promoção da saúde engloba diferentes abordagens adicionais: a legislação, as medidas fiscais, as taxações e as mudanças organizacionais. Mediante a ação estruturada das políticas públicas, é possível alcançar a equidade em saúde e a distribuição menos desigual da renda, mediada pelas políticas sociais. Adicionalmente, as atuações interligadas com outros setores podem viabilizar a oferta de bens e de serviços públicos mais saudáveis e ambientes mais favoráveis para as comunidades (Brasil, 2002, p. 22).

A seguir, estão listadas algumas políticas públicas saudáveis vigentes no Brasil e passíveis de serem adotadas no desenvolvimento de ações para promover saúde, por meio da articulação intersetorial com os equipamentos públicos competentes:

Lei 13.546/2017. Altera dispositivos da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13546-19-dezembro-2017-785960-publicacaooriginal-154552-pl.html>

Lei 8.069/1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-1/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/lei-no-8-069-de-13-de-julho-de-1990.pdf/view>

Lei 9.296/1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos famígeros, bebidas alcoólicas, terapias e defensivos agrícolas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm

Portaria de Consolidação nº 2, 2017, Anexo I, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

Lei nº 14.423/2022. Altera a Lei nº 10.741 (Estatuto do Idoso). Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.423-de-22-de-julho-de-2022-417404930>

A Política Nacional de Promoção da Saúde, vigente no Brasil, está consubstanciada no Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 (2017). Nos cenários de práticas, os estudantes fundamentam sua atuação para promover saúde na efetivação de alguns artigos desse normativo.

Para aqueles Sanitaristas que desenvolverão sua atividade profissional no setor público, é importante atentar para a Seção I, que trata das Disposições Gerais da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988). Essa seção determina, em seu artigo 37, que **“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]” (grifos nossos).**

De acordo com Meirelles (2000, p. 82), **o cumprimento do princípio da legalidade consolida uma diferenciação:** “Na administração pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto **na administração particular é lícito fazer tudo o que a lei não proíbe, na Administração Pública só é permitido fazer o que a lei autoriza.** A lei para o particular significa “pode fazer assim”; para o administrador público significa **“deve fazer assim”.**

Criando ambientes favoráveis

As inseparáveis ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde (Nutbean, 1996, p. 378). A recomendação da Carta de Ottawa (1986) direcionada às populações é o incentivo à ajuda recíproca. Isto é, cada pessoa deve cuidar de si mesma, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural. O documento indica o estímulo à preservação dos recursos naturais do mundo como uma responsabilidade global. Adicionalmente, orienta a modificar os modos de vida, de trabalho e de lazer, em razão de seu impacto sobre a saúde (Brasil, 2002, p. 23).

Em outras palavras, não basta transmitir informações ou prescrever comportamentos, como usualmente vem sendo feito em cartilhas, panfletos e em outros recursos transmissionistas. Diversos estudos (Silva, 2010; Vasconcelos, 2018) vêm mostrando que apenas a informação é insuficiente para produzir mudanças individuais e coletivas. Assim, é necessário considerar o papel que o ambiente exerce nas condições de saúde dos sujeitos (Albuquerque *et al.*, 2016).

Durante a pandemia de COVID-19, essa necessidade tornou-se ainda mais evidente. Enquanto o mundo tentava compreender o novo cenário que se descortinava, profissionais e Gestores de saúde investiam em campanhas educativas que prescreviam ações para aquisição de hábitos, como a higienização das mãos com álcool em gel, o distanciamento físico e social, o uso de máscaras, dentre outras medidas de biossegurança. Já nos primeiros meses da pandemia, os DSS se mostraram de forma flagrante: como seguir tais recomendações se grande parte da população não tem acesso a água potável e a esgoto? Como cumprir as recomendações de distanciamento social em ambientes de trabalhos precários, insalubres e com meios de transporte público lotados e sem qualidade de refrigeração? Como aderir aos novos hábitos quando não se dispõe dos recursos materiais

básicos para garantir a higiene, como acesso à água na torneira, sabonete, álcool, entre outros, e quando os meios financeiros necessários para assegurar moradia e a alimentação da família são insuficientes?

Para Barnett e Casper (2001, p. 465), **os ambientes sociais humanos abrangem o ambiente físico mais próximo, as relações sociais e os meios culturais dentro dos quais as pessoas funcionam e interagem**. São dinâmicos esses ambientes sociais e mudam ao longo do tempo como resultado de forças internas e externas. Existe relação de dependência entre os ambientes sociais de diferentes locais, uma vez que estão conectados por processos sociais e econômicos e pelas relações de poder regionais, nacionais e internacionais mais amplos. Uma pesquisa realizada em escola pública focalizou a construção de iniciativas voltadas para o ambiente, tendo em vista contribuir com iniciativas para reduzir o sobrepeso e a obesidade infantil (Albuquerque *et al.*, 2016).

Segundo Yen e Syme (1999, p. 288), **o ambiente social inclui os grupos aos quais as pessoas pertencem e os bairros onde vivem, abrange a organização dos locais de trabalho e as políticas formuladas para ordenar diferentes aspectos da vida**. Os ambientes físico e social não existem independentemente um do outro. Qualquer ambiente é resultado da interação contínua entre componentes naturais e artificiais. Isso ocorre nos processos sociais mais amplos, bem como nas relações entre indivíduos e grupos.

Nesses ambientes, **o apoio social pode representar o apoio mútuo, além de possibilitar a discussão com grupos sociais acerca do controle sobre seu próprio destino, estimulando a autonomia das pessoas**. Para Valla (1999, p. 9), **o papel dos profissionais de saúde é identificar as necessidades sociais da população levando em consideração o que as pessoas da comunidade apontam como problema e como solução**.

Os estudantes da PS1 atuam nessa perspectiva, mediante as alianças intersetoriais, para aplicarem a Tecnologia Social nos equipamentos públicos (microambientes) com os diferentes segmentos ali existentes, conforme consta nos capítulos 1, 5 e 6.

Esse tipo de atuação pode acontecer no território de saúde, mediante o desenvolvimento de

[...] ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e nas atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica (artigo 8º inciso IV do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

O ambiente é aqui entendido como **“o espaço para produzir saúde mediante atuação nos locais onde as pessoas vivem, aprendem, trabalham, se divertem e se amam”** (Brasil, 2002, p. 25) (grifos nossos). São locais propícios para

[...] o fomento ao **planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde, com base no reconhecimento de contextos locais e respeito às diversidades, para favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis** e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social” (artigo 5º inciso II do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Além da operacionalização de aspectos da PNPS (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017), outros instrumentos normativos dão suporte às articulações com os órgãos responsáveis pela execução de políticas públicas saudáveis no território, que estão exemplificadas a seguir:

Lei nº 14.026/2020, que estabelece o Marco legal do Saneamento básico. Disponível em https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.026-de-15-de-julho-de-2020-267035421
Lei nº 12.305/2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Disponível em: https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-1/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/lei-no-12-305-de-2-de-agosto-de-2010.pdf/view
Decreto nº 10.936/2022, que regulamenta a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Disponível em https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.936-de-12-de-janeiro-de-2022-373573578

Reforçando a ação comunitária ou ampliando espaço de participação comunitária

Na prática, a promoção da saúde opera desenvolvendo ações comunitárias concretas e efetivas. **Para isso, incorpora a comunidade na seleção das prioridades, na tomada de decisão; e na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde. A centralidade desse processo é o incremento da participação efetiva das comunidades em relação à posse e ao controle dos seus próprios empenhos e destinos** (Brasil, 2002, p. 23).

O desenvolvimento das comunidades se materializa por meio da conexão dos recursos humanos e materiais ali existentes para intensificar a autoajuda e o apoio social, ao tempo em que a sua concretização privilegia o reforço da participação da comunidade na resolução das questões que foram detectadas em âmbito local (Brasil, 2002, p. 23).

Para Silva et al. (2013, p. 1005), a promoção de saúde ocorre “a partir da oportunidade que os **sujeitos têm de ouvir a si mesmos e aos outros e de reformular, recriar seus modos de pensar e de estar no mundo**, confrontando concepções por vezes enrijecidas e adoecedoras”. Esses autores salientam a importância da produção de ‘bons encontros’, tendo em vista a mobilização de sujeitos para criar espaços de participação.

Na perspectiva da mobilização dos sujeitos, adotada na disciplina PS1, os estudantes

ampliam espaço de participação do grupo (comunidade) com vistas à construção de objetivos e de propostas de solução produzidas coletivamente.

Importante aspecto desse tipo de mobilização é

[...] o “como” se faz isso: **se as ações se estruturam em bases paternalistas geram dependência; se as ações se fundamentam no clientelismo geram desagregação, como resultado do ruído nas relações interpessoais. Apenas quando cria as condições para ampliar espaços de participação ativa, com respeito à escuta qualificada dessas pessoas, a mobilização gera autonomia, autoestima, cidadania, corresponsabilidade pelo destino e pela realização das ações** (Guy, 1998, p. 3; Albuquerque; Barbosa, 2020, p. 33) (grifos nossos).

A mobilização comunitária se baseia na ideia de que, por natureza, os seres humanos são afetados profundamente em suas crenças, atitudes e comportamentos pelas normas da comunidade em que vivem. Daí a importância de engajar as pessoas da comunidade para operar mudança nas normas do ambiente, como primeiro nível de intervenção (Guy, 1998, p. 3).

Segundo Mendes, Fernandez e Sacardo (2016, p. 194), esse tipo de ação fomenta: a autonomia e o poder dos atores locais e das instâncias locais de gestão; o conhecimento das dinâmicas do território e a pactuação com os coordenadores locais. Devido a isso, amplia a participação da comunidade, integrando novos atores na gestão e desencadeando as alianças intersetoriais. O Brasil dispõe de um arcabouço legal que dá suporte ao incremento da participação social: a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988; a Lei nº 8.142 de 1990; a Resolução do Distrito Federal nº 002 de 1995; a Lei nº 4.604 de 2011; além do Anexo I e do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 02 de 2017.

Alguns estudos (Albuquerque *et al.*, 2016; 2018; 2020) efetivaram a participação da comunidade em nível local, mediante o reconhecimento do valor dos sujeitos nos cenários de práticas e ancorada na efetivação das políticas vigentes.

Ao desenvolverem trabalho nos equipamentos públicos (microambientes), os estudantes vivenciam a **ampliação do espaço de participação não institucionalizada junto com as comunidades ali existentes**: crianças, idosos, pessoas em condição de vulnerabilidade (os capítulos 1, 5 e 6 relatam os trabalhos desenvolvidos pelas estudantes da disciplina PS1 em edições anteriores). Por outro lado, a **participação institucionalizada acontece nos Conselhos Gestores, nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde** existentes nas diferentes esferas de gestão: municipal, estadual e federal (Lei nº 8.142/1990; Resolução nº 002/1995; Lei GDF nº 4.604/2011; Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal nº 390/2012).

Ao tempo em que a **participação social** é um campo de ação da PS, é também um dos princípios da PNPS (2017). Sua efetivação ocorre quando as **“intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo**

de planejamento, de execução e de avaliação das ações” (artigo 4º, inciso II do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 02/ 2017) (grifos nossos). Ao passo que a **participação das crianças se materializa por meio de um processo no qual elas e os jovens se engajam com outras pessoas em torno de questões que afetam, individual e coletivamente, as suas condições de vida** (Hart, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde adota como **princípios a participação social, a autonomia e a intersetorialidade** (artigo 4º, incisos II, III e V do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 02/2017).

O fortalecimento da participação da comunidade está previsto nos temas transversais da PNPS (2017), entendido como a

[...] produção de saúde e cuidado, que representa a incorporação do tema na lógica de redes que favoreçam práticas de cuidado humanizadas, **pautadas nas necessidades locais, que reforcem a ação comunitária, a participação e o controle social e que promovam o reconhecimento e o diálogo entre as diversas formas do saber popular, tradicional e científico**, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde, significando, também, **a vinculação do tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde** (artigo 8º, inciso III do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Desenvolvendo habilidades pessoais

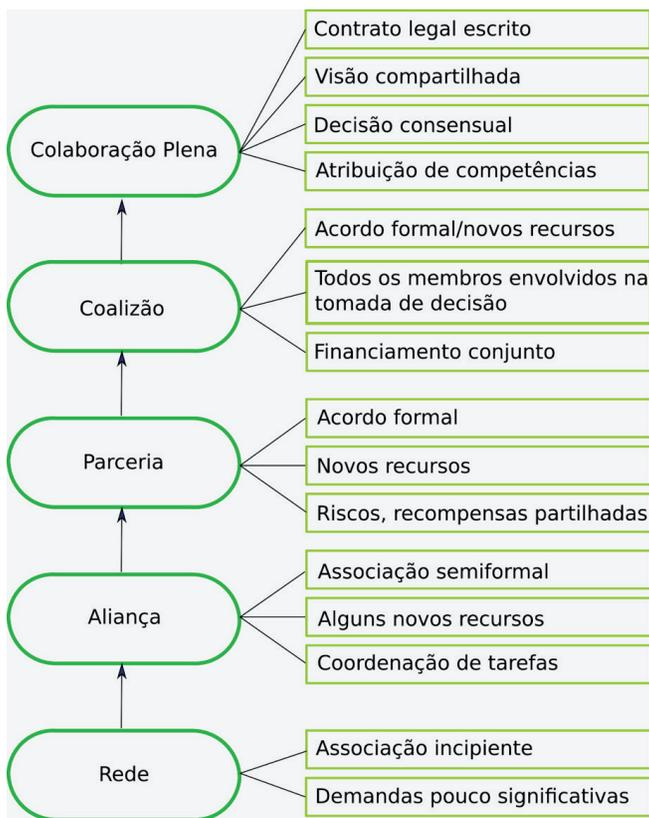
Na perspectiva da implementação de ação de PS em diferentes equipamentos públicos (microambientes), os estudantes adquirem algumas habilidades: a criatividade; a proatividade; a conexão dos conhecimentos alicerçados na concepção ampliada da saúde; a escuta ativa, qualificada e desarmada da população; e o protagonismo social. A atuação nos equipamentos públicos gera outras aprendizagens, tais como a arte de escutar e de se comunicar com a comunidade; de gerir conflitos de forma criativa e a incorporação da comunidade no processo decisório. Esse conjunto de habilidades constituem um tripé que retroalimenta a prática para aplicar a ferramenta da Tecnologia Social.

A escuta qualificada e comprometida implica em ouvir o sujeito para conhecê-lo, livre de preconceitos e de estigmas para construir a interação social, o espaço de cidadania e de ‘empoderamento’ da comunidade. Ao agirem assim, **os estudantes se convencem de que são as pessoas que passam pelas dificuldades, as mais preparadas para verbalizar e indicar os problemas e as soluções.**

Esse tipo de atitude do Gestor/Sanitarista proporciona a identificação das demandas existentes no contexto social dos sujeitos, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais. Além disso, facilita a mudança do processo de trabalho em saúde; o estabelecimento de vínculo/responsabilidade das equipes com os usuários; e a formação alicerçada na atuação política e social.

As **alianças intersetoriais** desenvolvidas pelos estudantes de PS1 são caracterizadas como uma **“associação informal com equipamentos sociais existentes no território de saúde, marcada pela utilização de novos recursos e guiada pela coordenação de tarefas”** (Nutbeam; Harris; Wise, 2010, p. 55), como pode ser visualizado na Figura 4:

Figura 4. Estágios do trabalho intersetorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbeam; Harris e Wise (2010, p. 55).

Neste sentido, a PNPS (2017) estabelece uma nova compreensão sobre a **“gestão, entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação”** (artigo 9º, inciso V do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Para melhor compreensão, sugere-se a leitura dos capítulos 1, 5 e 6, que registram o trabalho de campo desenvolvido por estudantes da disciplina Promoção à Saúde 1 em edições anteriores.

Reorientando os serviços de saúde

A responsabilidade pela promoção da saúde deve ser distribuída entre os profissionais da saúde, a comunidade, os grupos, os governos e as instituições que prestam serviços de saúde. O trabalho conjunto de todos contribui para criar um sistema que colabore na conquista de uma condição elevada de saúde (Brasil, 2002, p. 24).

Nesse sentido, o uso da ferramenta da Tecnologia Social aplicada em conjunto com diferentes segmentos (comunidades) existentes nos equipamentos públicos (microambientes) com os quais os estudantes fazem aliança intersetorial proporciona a construção de uma ação concreta nos cenários de práticas. O resultado dessa parceria é a criação de um ambiente mais saudável e a ampliação de espaços de participação. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades como a escuta, a criatividade, a proatividade e o protagonismo social, a partir da implementação de ação compartilhada, nos diferentes espaços sociais.

A própria disciplina PS1 representa a efetivação de uma das diretrizes constantes no artigo 5º, inciso V, que estabelece o “**estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde**” (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2/2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

A partir da década de 1940, observa-se a transição do conceito de saúde centrado no modelo médico para uma perspectiva mais abrangente, abordando a influência dos Determinantes Sociais de Saúde. Nos anos seguintes, essa mudança gradual se refletiu na inclusão desses DSS em documentos oficiais de conferências nacionais e internacionais. Além disso, ocorreu sua inclusão na estrutura jurídica do Brasil. Como consequência, os profissionais são instigados a implementar ações intersetoriais nos territórios sob sua responsabilidade. Na sequência, estão elencados os atos administrativos publicados no Brasil sobre a Promoção da Saúde e sua evolução ao longo dos anos.

Histórico das Portarias que regulamentaram a Promoção da Saúde no Brasil:

2006 – Política de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006), aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **REVOGADA**

2014 – Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446/2014), redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

REVOGADA

2017 - Política Nacional de Promoção da Saúde Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2. **VIGENTE**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O resgate da evolução ocorrida no conceito de saúde entre 1947 e 1986 trouxe uma importante contribuição ao processo de ensino-aprendizagem adotado na disciplina Promoção de Saúde 1. No Brasil, a política de saúde agregou o conjunto de DSS e a concepção ampliada da saúde na organização do Sistema Único de Saúde, com repercussão no processo formativo de Gestores/Sanitaristas. A efetivação do arcabouço normativo subsidia a implementação da aliança intersetorial com equipamentos públicos, como meio para viabilizar ações protagonizadas pela comunidade no nível local. Ademais, o emprego da abordagem socioambiental e a materialização dos diferentes campos de ação ou estratégias para promover saúde fornecem os elementos para materializar a PS. E, simultaneamente, os cenários de prática funcionam como espaços de ensino-aprendizagem. Esse tipo de vivência integra os atores sociais, os seus saberes e gera novas formas de relacionamento. Ao mesmo tempo, subsidia o processo formativo dos Gestores/Sanitaristas e proporciona a operacionalização de aspectos da Política Nacional de Promoção da Saúde vigente no país.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; ALVES, Cleber S.; CAMPOS, Helena; MARTINS, Alberto M.; LYRA, Clélia O.; RODRIGUES, Cecile S. A construção de ambientes saudáveis na escola: inovações na participação de crianças. **Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica**, ISBN: 2236-2150. V. 6, N. 4, p. 3 - 20, dezembro, 2016. Disponível em: <https://ojs.ifes.edu.br/index.php/dect/article/view/175>

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; BARBOSA, Luísa M. M. **Mobilização social: o encontro, o movimento e a arte em busca da qualidade de vida da comunidade** (publicado anteriormente como Capítulo no livro Educação em Vigilância Sanitária Textos e Contextos: Caderno 1 [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_sanitaria_textos_contextos_caderno1.pdf

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; BERBEL, A. N.; MARTINS, Alberto M., MELIS, Maria F. M. S.; AGUIAR, Maria C. Formação acadêmica para promover saúde: uma proposta inovadora. **Em Extensão, Uberlândia**, v. 16, n. 2, p. 9-24, jul./dez. 2017. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/revextensao/article/view/40176/pdf>

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; CAMPOS, Helena; ALVES, Cleber S. e MARTINS, Alberto M. Percepções de estudantes e educadores sobre alimentação adequada e saudável: diálogos com a promoção da saúde. **Revista Eixo**, Brasília/DF, v. 5, n. 3, dezembro de 2016. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/398/180>

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; MARTINS, Alberto M.; MODENA, Celina; e CAMPOS, Helena. Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, 604-615, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/lj/sausoc/a/sh7HyPZ6zXmbQTmpFmKwVWP/?format=pdf&lang=pt>

ALBUQUERQUE, Olga M.; ROCHA, J. Henrique; SILVA, Karla; MESQUITA, Larissa; AZEVEDO, Lucas; OLIVEIRA, P.; VIEIRA, Sara; MELIS, M. Fernanda; e RODRIGUES, Cecile S. Uso de tecnologia Social na constituição do conselho gestor de unidade de saúde. **RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, (28), 41-56, 2018. Disponível em: http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-98952018000300005&lang=pt

ALBUQUERQUE, Olga; RODRIGUES, Cecile S.; CONCEIÇÃO, M. Hosana; MELIS, M. Fernanda; ALBUQUERQUE, Felipe; BERBEL, Neusi. A Tecnologia educacional e social aplicada à formação em saúde. **RISTI - Revista Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação**, (38), 92-107, 2020. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rist/n38/n38a08.pdf>

BARATA, Jaqueline. M. L.; DIAS, C.; DIAS, P. S. Ressignificando a formação: integração serviço-escola, um diálogo necessário em saúde. *In*: NASCIMENTO, K. Luciana; BATISTA, Cassia B.; GONÇALVES, Leticia. (Orgs.). **Universidade e serviços de saúde**: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2011.

BARNETT, Elizabeth; CASPER, Michele (2001). A Definition of "Social Environment" ". **Am J Public Health**. 91 (3): 465. doi: 10.2105/ajph.91.3.465a . PMC 1446600. PMID 11249033.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>

BRASIL. **DCN curso de Saúde Coletiva** D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, p. 89.

BRASIL. **Decreto nº 10.936, de 12 de janeiro de 2022**. Regulamenta a Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, que institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.936-de-12-de-janeiro-de-2022-373573578>

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Saúde Coletiva**. D.O.U. de 14/10/2022, Seção 1, p. 89. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/setembro-2017-pdf/72431-pces242-17-pdf/file>

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Diário Oficial da União 1990. (31 de dezembro de 1990).

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 1990. (31 de dezembro de 1990).

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996**. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm

BRASIL. **Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010**. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998; e dá outras providências. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/inspecao/produtos-vegetal/legislacao-1/biblioteca-de-normas-vinhos-e-bebidas/lei-no-12-305-de-2-de-agosto-de-2010.pdf/view>

BRASIL. **Lei nº 13.546, de 19 de dezembro de 2017.** Altera dispositivos da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13546-19-dezembro-2017-785960-publicacaooriginal-154552-pl.html>

BRASIL. **Lei nº 14.026, de 15 de julho de 2020,** que estabelece o Marco legal do Saneamento básico. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.026-de-15-de-julho-de-2020-267035421>

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022.** Altera a Lei nº 10.741. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.423-de-22-de-julho-de-2022-417404930>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. **Portaria MS/GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção de Saúde. DOU Seção 1 nº. 220, quinta feira, 13 de novembro de 2014. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006.** Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde) Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: **PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017,** que consolida as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, Anexo XXII, Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Operacionalização da PNAB,** que é o Anexo I do Anexo XXII. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2 Anexo XXII Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) o Anexo I (Operacionalização da PNAB) e o Anexo XXII.** Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** 1986. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf

BURKE, Donald S. **Origins of the WHO Definition of Health:** Pittsburgh Threads. Donald S. Burke e M.D. Dean, Graduate School of Public Health University of Pittsburgh 24 January 2017 C.F Reynolds Medical History Society.

BUSS, Paulo M.; FILHO, A. Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>

COSTA, Maria Isabel Sanchez; IANNI, Aurea Maria Zöllner. O conceito de cidadania. In: **Individualização, cidadania e inclusão na sociedade contemporânea: uma análise teórica** [online]. São Bernardo do Campo, SP: Editora UFABC, 2018, pp. 43-73. ISBN: 978-85-68576-95-3.

EWLES, Linda; SINMETT, Ina. **Promoting Health**. A Practical Guide. Sixth Edition. Baillière Tindall. 2010. Toronto CA.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadorados cuidados?** / Lígia Giovanella, Maria Helena Magalhães de. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf>.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011**. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/68849/Lei_4604_15_07_2011.html.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Resolução CSDF 002, de 07 de março de 1995**. Diretrizes para constituição/instalação dos conselhos gestores das unidades de saúde. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Resolucao_002-95_constituicao_dos_conselhos_gestores.pdf.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Resolução CSDF nº 390, de 22 de maio de 2012**. Cria os Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Disponível em: http://www.tc.df.gov.br/SINJ/Norma/71745/Resolu_o_390_22_05_2012.html.

GUY, Lydia. An introduction to community development: activation to evaluation, 1998. In: **Community Mobilization and Primary Prevention**. Retrieved from https://silo.tips/queue/communitymobilization?&queue_id=-1&v=1685044286&u=MjgwNDoxNGM6NjU4MT05YWQ6MjQwNzozMzMwOjM0OWM6YjMxOA==

HART, Jason. Empowerment or Frustration? Participatory programming with young Palestinians. **Children Youth and Environments**, v. 17n. 3, p. 1-23, 2007.

HEALTHY Social Environments Framework Version 1- Dec 2020 National Collaborating Centre for Environmental Health Disponível em: <http://bchealthycommunities.ca/wp-content/uploads/2020/11/SE-Framework-Summary-V1-Dec2020.pdf>

KICKBUSCH Ilona. Canadian Journal of Public Health 1986; 77 (Sep/Oct): 321326. Reprinted with permission from the Canadian Public Health Association, Ontario, Canada. 'Presented as the keynote address at the Canadian Public Health Association's 77th Annual Conference, Health Promotion Strategies for Action, Vancouver, BC, Canada on 16-19 June 1986.

KRIEGER Nancy. A Glossary for social epidemiology. **J. Epidemiology Community Health**, n. 55, p. 693700, 2001.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la salud: uma perspectiva mundial. In: OPAS **Promoción de la salud: uma antologia**. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington, 1996.

KRUSCHEWSKY, J. E. Experiências pedagógicas de educação popular em saúde: a pedagogia tradicional versus a problematizadora. **Revista Saúde & Comunidade**, v. 4, n. 2, p.160-175; 2008.

LACERDA, F. C. B.; SANTOS, L. M. dos. Integralidade na formação do ensino superior: metodologias ativas de aprendizagem. **Avaliação**: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas), v. 23, n. 3, p. 611–627, set. 2018.

LALONDE, Marc . **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974. 77p.

LAVERACK, Gleen. 2007. **Health Promotion Practice; Power and Empowerment**. Building Empowered Communities. Open University Press McGraw-Hill Education McGraw-Hill House Shoppenhangers Road Maidenhead.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro** – 25. Ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, José Carlos Aneiros; SACARDO, Daniele Pompei. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 190-203, jan-mar 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bHgFCrrmnKyKxGBTJNsXLGB/?format=pdf&lang=pt>

MORETTI, Andreyra Cristina; TEIXEIRA, Fabrício Farias; SUSS, Fabiane Maria Bortoloso; LAWDER, Juliana Aparecida de Campos; LIMA, Luciane Silveira Miranda de; BUENO, Roberto Eduardo; MOYSÉS, Samuel Jorge e MOYSÉS, Simone Tetu. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1827-1834, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgjZypv9L8dZrPFWzvbvm/?format=pdf&lang=pt>

NEW HEALTHY Social Environments Framework - soft launch Dec 1 <https://ccnse.ca/node/48020>
National Collaborating Centre for Environmental Health 655 W. 12th Av. Vancouver (C.-B.) V5Z 4R4.

NUTBEAM, Don. Glossário de promoción de la salud. *In*: **OPAS Promoción de la salud**: uma antologia. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington, 1996.

NUTBEAM, Don; HARRIS, Elizabeth; WISE, Marilyn. 2010. **Theory in a nutshell**: a practical guide to health promotion theories. 3th edition. McGraw-Hill Australia Pty.Ltd Level 2, 82 Waterloo Road, North Ryde NSW 2113.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Health for All by the Year 2000**. Plan of action for the implementation of Regional Strategies. Official Document No. 179. Washington, D.C., 1982. Disponível em: <http://hist.library.paho.org/English/OD/4287.pdf>

ROSEN, G. What is the social medicine? A genetic analysis of the concept. **Bull. Hist. Méd.** 21:647-733, 1947.

SILVA, C. M. C. **Educação em Saúde**: uma reflexão histórica de suas práticas. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2007/Dez). [Citado em 06/07/2023].

SILVA, Gabriel Gonçalves Serafim; PEREIRA, Eliane Regina; OLIVEIRA, Jaqueline Olina de; KODATO, Yuji Martins. Momento dedicado à espera e à promoção da saúde. **Psicologia**: ciência e profissão, Uberlândia, v. 33, n. 4, p. 1000-1013, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/8VxQhjspskyb dWjrnHHTL/?format=pdf&lang=pt>

- SYME, S. L. 1992. Social determinants of disease. *In: Public Health and Preventive Medicine*, ed. JM Last, RB Wallace, pp. 953–70. 2008. Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- TAVARES, Maria Fátima L.; ROCHA, Rosa M.; BITTAR, Cléria M. L.; PETERSEN, Cristina B.; ANDRADE, M. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1799-1808, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CqMMMMJDLHbjwFg6tbQgWqQK/?format=pdf&lang=pt>
- TERRIS, Milton. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. **J Public Health Policy** 1992; 3:267-276.
- TERRIS, Milton. **Conceptos de la promoción de la salud**: dualidades de la teoría de la salud pública. OPAS Promoción de la salud: uma antologia. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington, 1996.
- VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):7-14, 1999.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 6ed. Editora Hucitec: Rio de Janeiro, 2018.
- VENDRUSCOLO, Carine; VERDI, Marta. Promoção da Saúde: representações sociais de estudantes dos cursos de graduação na área da saúde. **Saúde&Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 1, núm. 2, 2011, pp. 108-115 Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265319571015.pdf>
- WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In: Tratado de Saúde Coletiva*. Akerman M. Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Júnior M, Editora Hucitec. São Paulo. Edição 2, 2010.
- WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. (1991). What can be done about inequalities in health? **Lancet**, 338:1059–1063.
- WORLD HEALTH ASSEMBLY. **Health for all by the year 2000**, 1979. World Health Organization. Resolution WHA30.43. *In: World Health Assembly*, 30. Geneva: Thirtieth World Health Assembly, 2-19 May 1977 [inter net]. (part I: resolutions and decisions: annexes. World Health Organization). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86036>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter on Health Promotion**. Copenhagen: World Organization Regional Office for Europe, 1986.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion Ottawa**. Charter Adopted at an International Conference on Health Promotion. The move towards a new public health, November 17-21, 1986. Ottawa, Ontario, Canada 21 November 1986 - WHO/HPR/HEP/95.1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Conference on Primary Health Care (1978)**: Alma-Ata, USSR), World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 / jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Minutes of the technical preparatory committee for the international health conference held in Paris from 18 March to 5 April 1946**. Paris: United Nations, World Health Organization Interim Commission, 1946a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946**. New York: United Nations, World Health Organization Interim Commission, 1946b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1946. **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: policy.who.int/cgi-bin/on_isapi.dll?hitsper-heading=on&infobase=basicdoc&redord{C88}&softpage=Document42.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 1947. **Chronicle of the World Health Organization**. Disponível em: whqlibdoc.who.int/hist/chronicles/chronicle_1948.pdf.

YEN, I. H.; SYME, S. L. **Annu. Rev. Public Health**. 1999. 20:287–308. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic Literature.

CAPÍTULO 5

APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA SOCIAL NA INTERAÇÃO COM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA CRIANÇAS EM CEILÂNDIA - DF

Data de aceite: 01/11/2023

Andréia de Amorim

<http://lattes.cnpq.br/7575226399411762>

Bianca Cardoso de Sales

<http://lattes.cnpq.br/7844134389783089>

Isabella Dias da Silva

<http://lattes.cnpq.br/3736105804053906>

José Augusto do Nascimento Cordeiro

<http://lattes.cnpq.br/5299772393017169>

Luan Vitor Nunes Dourado

<http://lattes.cnpq.br/8591219172854042>

Sabrina Oliveira Angelo Rodrigues

Alberto Mesaque Martins

<http://lattes.cnpq.br/4960336011673287>

Olga Maria Ramalho de Albuquerque

<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, estudos (Akerman; Feuerker, 2009; Barata; Dias, 2011) vêm chamando a atenção para a necessidade de mudança nos processos formativos em saúde, tradicionalmente alicerçados no modelo biomédico, na memorização de conteúdos,

na aprendizagem de técnicas e no distanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar dos esforços nas mudanças curriculares e na reorientação da formação dos profissionais de saúde, ainda persiste o distanciamento entre as Instituições de Ensino Superior (IES) e o Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, perdura a dissociação dos universos de formação e de exercício profissional no campo da Saúde Coletiva, inviabilizando os diálogos como se pertencessem a contextos independentes e sem qualquer relação. Como destacam Kind e Coimbra:

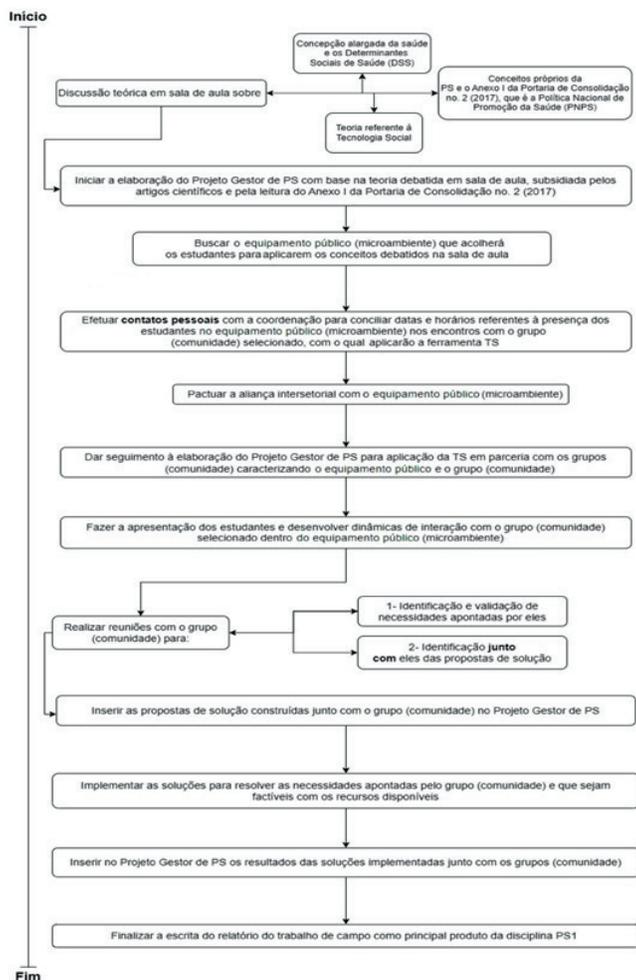
Nossa experiência tem nos mostrado que os alunos e professores podem estar completamente alheios ao cotidiano das práticas nos serviços de saúde pública, encastelados numa forma de produção de conhecimento sem contato com esse cenário específico de atuação. Nesse caso, os trabalhadores lamentam a falta de preparo e desconhecimento dos parceiros da academia e a proximidade com alunos e professores pode ser sentida como um estorvo diante do trabalho necessário (Kind; Coimbra, 2011, p. 75).

É possível observar cenário semelhante no que se refere à inclusão da Promoção da Saúde, no contexto da formação de profissionais de saúde brasileiros. Estudos como o de Arroyo (2009) e de Pinheiro *et al.* (2015) indicam que, no contexto brasileiro, o desenvolvimento de competências para a Promoção da Saúde (PS) ainda é considerado incipiente. Isso ocorre na formação acadêmica e no âmbito da educação permanente. Outros estudos vêm chamando a atenção para a imprecisão conceitual, contribuindo para que, frequentemente, a PS seja tomada nos processos formativos, como sinônimo de Prevenção em Saúde, gerando limitações que se estendem para o trabalho em saúde (Chiesa *et al.*, 2007; Silva *et al.*, 2010).

Nesta perspectiva, o objetivo deste capítulo é apresentar o relato de experiência da construção e aplicação da Tecnologia Social (TS), integrando ações de ensino e produzindo ação no contexto da saúde, em um centro de convivência para crianças, situado na Região Administrativa Ceilândia – Distrito Federal. **As atividades foram realizadas como parte das práticas pedagógicas da disciplina Promoção da Saúde 1, por meio da elaboração e da execução de um Projeto Gestor de Promoção de Saúde.**

O conjunto de atividades desenvolvidas nesta disciplina está vinculado ao Projeto de Extensão registrado no Decanato de Extensão da Universidade de Brasília com o título “Aplicação da Tecnologia Social na interação com a comunidade para a formação de Gestores”. A figura 1 registra a sequência de etapas cumpridas pelos estudantes para execução do Projeto Gestor de Promoção de Saúde.

Figura 1. Fluxograma do percurso dos estudantes para aplicarem a Tecnologia Social nos equipamentos públicos (microambientes)



Fonte: elaboração das autoras.

A disciplina Promoção à Saúde 1

A ação aqui relatada foi realizada por estudantes do curso de graduação em Saúde Coletiva, na Faculdade de Ceilândia (FCE) da Universidade de Brasília (UnB), criado em 2008. O objetivo geral constante no Projeto Pedagógico do Curso (PPC, 2022, p. 38) é:

Formar profissionais com competências para participar ativamente do processo de gestão das políticas de saúde em nível local, regional e nacional; desenhar, implantar e organizar serviços e redes de atenção à saúde; colaborar com as organizações da sociedade civil em uma perspectiva generalista, humanista, crítica e reflexiva, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

São competências e habilidades esperadas do/a Bacharel/a em Saúde Coletiva: “Aprender/saber cooperar e participar da construção de propostas e estratégias de ação voltadas para a promoção da saúde de sujeitos e grupos populacionais”. A disciplina PS 1 figura como um de seus componentes curriculares obrigatórios, situado no eixo denominado “Especificidades do Fazer em Saúde Coletiva”. Esse tópico “ênfatisa aqueles aspectos, conteúdos e abordagens, voltados à qualificação da ação dos estudantes nas questões diretamente implicadas na prática de estruturação, organização e gestão da atenção em saúde e na consolidação do Sistema Único de Saúde (PPC, 2022, p. 41).

O Apêndice F do PPC (2022, p. 219) – “Programas dos componentes curriculares obrigatórios do curso de graduação em saúde coletiva” registra a ementa da disciplina Promoção da Saúde 1

[...] apresenta a base teórica para atuação no território incorporando os conceitos próprios da Promoção da Saúde. Ênfatisa os instrumentos normativos voltados para a PS, em vigor no Brasil, para o planejamento e a execução de ações de extensão em parceria com grupos existentes nos equipamentos sociais existentes em Ceilândia (PPC, 2022, p. 219).

Um dos objetivos específicos constantes no PPC (2022, p. 38) é “promover a gestão intersetorial e a promoção da saúde”. Por essa razão, no início da disciplina, os estudantes **exercem a sua autonomia ao selecionarem um equipamento público (microambiente) com o qual fazem uma aliança intersetorial. No local escolhido, eles selecionam um grupo (comunidade), que pode ser de crianças, adultos ou idosos, conforme está registrado na Figura 1.** Em seguida, combinam com os coordenadores o tempo, os dias e os horários apropriados para os encontros com a comunidade, de modo a evitar transtorno à rotina daquele equipamento público.

A essência subjacente à formulação e à realização do Projeto Gestor de Promoção da Saúde é proporcionar aos **estudantes a oportunidade de praticarem o papel de Gestores/Sanitaristas, mesmo antes de concluírem o curso de Saúde Coletiva. O intuito é criar um ambiente propício para o desenvolvimento de suas habilidades nessa área específica, possibilitando que se envolvam ativamente na prática e na aplicação dos conhecimentos adquiridos e que enfrentem os desafios reais do campo da saúde antes mesmo de se formarem.**

Um conceito basilar para a atuação dos estudantes é o emprego da **Escuta Ativa**, um “ato intencional de atenção plena que sustenta um espaço emocionalmente acolhedor e livre de julgamentos, no qual a pessoa que fala pode escutar melhor a si mesma através de quem a escuta” (Malta; Carmo, 2020, p. 43) (grifos nossos).

O propósito dos estudantes é **operacionalizar aspectos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2017). Ao mesmo tempo, eles materializam os conceitos de PS e vivenciam os campos de atuação para promover saúde na perspectiva da abordagem socioambiental, proposta por Westphal (2010, p. 646), como demonstra a figura 2.**

Figura 2. Concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

Abordagens	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais bem-estar físico/mental dos indivíduos	Estado positivo, bem-estar biopsicossocial/espiritual Realização de aspirações e atendimento às necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas/fisiológicas p/ categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais, estilo de vida inadequados à saúde	Condições de riscos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos, ambientais
Principais estratégias implementadas	Vacinas, exames, terapias, drogas, cirurgia	Mudança de comportamento, adoção de estilos de vida com mais saúde	Coalizões para advocacia e ação política. Promoção de espaços saudáveis. 'Empoderamento' da população. Desenvolvimento de habilidades, atitudes. Reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2010, p. 646).

A articulação da aliança intersetorial com o cenário de prática e a interface com a comunidade servem de base para a **mobilização social**, “**que é um movimento para engajar pessoas cujo objetivo é a participação dessas pessoas para atingirem metas específicas com impacto para a sociedade, mediante esforço autoconfiante**” (grifos nossos). Esse empenho para “convocar vontades” inclui a habilidade de influenciar o pensamento, os sentimentos e as decisões das pessoas com o propósito de alcançar resultados positivos nos trabalhos desenvolvidos “**junto com**” as comunidades (Guy, 1998, p. 5).

Da mesma forma que a Mobilização Social, a **Promoção da Saúde se desenvolve por meio da “troca e da construção de saberes” com a comunidade. A ação implementada pelos estudantes fomenta o protagonismo dos sujeitos** na melhoria da qualidade de vida e saúde. Vista sob este ângulo, **a saúde passa a ser um recurso aplicável à vida diária, um conceito positivo que se baseia nos recursos sociais, pessoais e na capacidade física.** Esse processo envolve não apenas **satisfazer as**

necessidades e as aspirações do sujeito ou do grupo, mas também empreender iniciativas para operar mudanças ao seu redor (ambiente). Nesse sentido, a PS proporciona às pessoas e aos grupos obterem maior controle sobre sua própria saúde para melhorá-la (Kickbush, 1996, p. 16).

Os elementos constitutivos da PNPS (2017) estão sintetizados em seu artigo 2º:

A PNPS traz em sua base o **conceito ampliado de saúde** e o referencial teórico da **promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação** e cooperação intra e **intersectorial**, pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Inerentes à dimensão alargada de saúde constante na PNPS (2017), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) se manifestam nas “experiências do indivíduo em seus primeiros anos de vida, na educação, na situação econômica, no emprego e no trabalho decente, na habitação e no ambiente” (OMS, 2011). Segundo Buss e Filho (2007, p. 78), os **DSS correspondem aos “fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a saúde da população” (grifos nossos).**

Para operarem como Gestores/Sanitaristas no equipamento público (microambiente) onde realizam o trabalho de campo, **a atuação dos estudantes se ancora nos DSS contidos na concepção ampliada de saúde e na vivência de quatro das estratégias de PS: o fortalecimento da ação comunitária; o desenvolvimento de habilidades; a criação de ambientes favoráveis à saúde; e a operacionalização de alguns artigos da PNPS** (Brasil, 2002, p. 17).

A construção de ambientes saudáveis requer a atuação sobre “os aspectos físicos, sociais do ambiente e de seu entorno tais como a comunidade, a casa, a escola, o trabalho e o lazer sobre a saúde das coletividades envolvem os aspectos físico, social, cultural, econômico e político” (Barnett; Casper, 2001, p. 465). **O ambiente é aqui entendido como o espaço para produzir saúde mediante atuação nos locais onde as pessoas vivem, trabalham, aprendem e se divertem** (Brasil, 2002, p. 25).

O ambiente social abrange o contexto social, cultural e econômico no qual as pessoas estão imersas. Isso compreende as relações interpessoais, as interações com outros seres humanos e com as iniciativas que adotamos para aprimorar nossa vida cotidiana. Além de ser um campo de ação da Promoção da Saúde, os “**ambientes e territórios saudáveis**” correspondem a um dos “**objetivos específicos da PNPS**” (2017), que é “**apoiar o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem viver**” (artigo nº 7, inciso V, do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017).

Até este ponto, foram apresentados diferentes conceitos a serem vivenciados no trabalho de campo: a abordagem aos DSS integrados ao conceito de saúde e a aliança intersetorial; a escuta ativa e a mobilização social. Além disso, apresentaram-se as estratégias para promover saúde, com ênfase no ambiente social e na implementação de aspectos da Política Nacional de Promoção da Saúde (2017).

Relato da experiência: Promoção à Saúde nas Mensageiras do Rei na Igreja Batista Primeiro de Maio

Nas primeiras aulas da disciplina Promoção à Saúde 1, fomos informados da necessidade de articularmos uma aliança intersetorial com um equipamento público. Nosso grupo realizou uma tempestade de ideias para explorar as possibilidades de encontrar locais (microambientes) dispostos a nos receber. Anteriormente, uma das estudantes da Faculdade de Ceilândia já tinha participado das atividades desenvolvidas pelas Mensageiras do Rei. Isso facilitou a negociação com a coordenadora, que, além de ceder o espaço, forneceu o material necessário para realizarmos as ações com as crianças. A sede onde funciona o equipamento público Mensageiras do Rei é a Igreja Batista Primeiro de Maio, situada em Ceilândia Sul, cidade onde funciona a Faculdade de Ceilândia.

O objetivo do nosso grupo foi identificar necessidades e propostas de solução **“junto com”** as crianças acolhidas pelas Mensageiras do Rei. Esse Centro de Convivência para crianças com idade entre 3 e 16 anos funciona aos sábados pela manhã e aos domingos, no turno da tarde. Nesses dias, são oferecidas algumas atividades: aulas de karatê, de robótica, de música, brincadeiras, sessões de filmes, passeios, dias de cozinha, dias de piscina.

A nossa proposta inicial era trabalhar com um grupo de meninas com idade até 12 anos. No entanto, depois da primeira reunião, as meninas contaram aos irmãos, que se interessaram em participar conosco e foram incluídos no grupo nas reuniões subseqüentes. O grupo participante contou com 13 crianças, sendo 5 meninos e 8 meninas, com idade entre 06 e 12 anos.

A estratégia utilizada para identificar as necessidades conjuntamente com as crianças (comunidade) iniciou com a nossa apresentação e a explicação do trabalho a ser realizado. No primeiro momento, desenvolvemos uma dinâmica de integração, para encontrar os pontos de convergência entre nós e elas. Para isso, fizemos um círculo; todos devíamos olhar uns para os outros e perceber semelhanças como cor de cabelo, estilo de roupa, altura, faixa etária. Depois disso, cada uma deveria dizer o próprio nome, escolher uma pessoa na sala, falar e escrever no quadro as semelhanças encontradas.

Adotamos a Pesquisa-Ação porque estamos convencidos de que “os membros de um grupo estão em melhores condições de conhecer sua realidade do que as pessoas que não pertencem ao grupo” (Barbier, 2004, p. 53). Essa metodologia

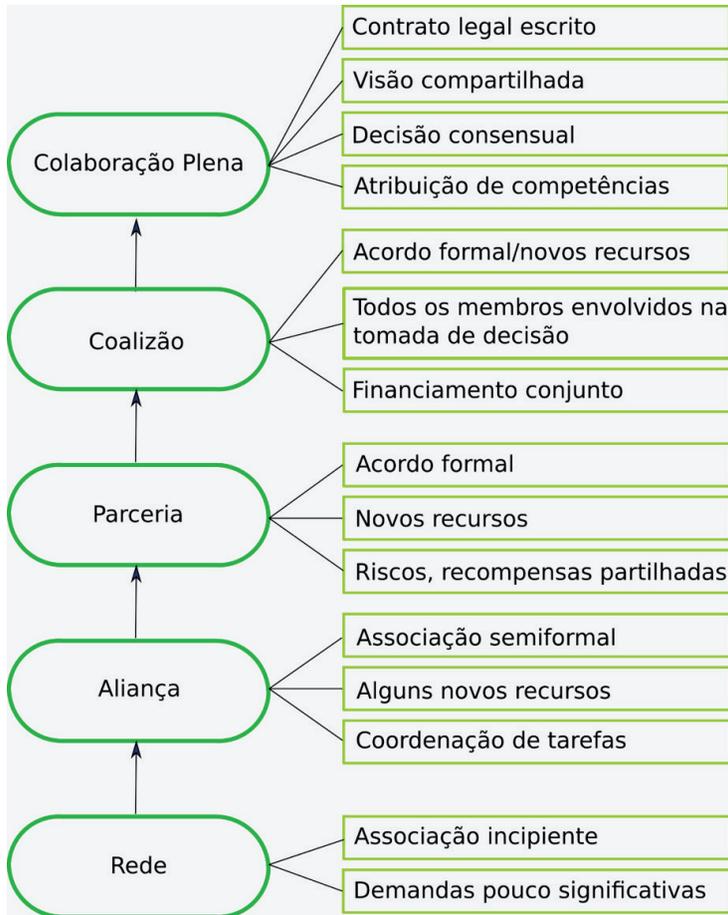
[...] abarca um processo empírico que consiste na **identificação do problema dentro de um contexto social, o levantamento de dados relativos ao problema e a análise e significação dos dados levantados pelos participantes. Além da identificação da necessidade de mudança e o levantamento de possíveis soluções, a Pesquisa-Ação intervém na prática no sentido de provocar a transformação** (Koerich; Backes; Sousa; Erdmann E Albuquerque, 2009, p. 718) (grifos nossos).

A interface entre a Promoção de Saúde, a Tecnologia Social e a Pesquisa-Ação se configura no compartilhamento de saberes e de condutas; na interligação da teoria com a prática, por meio de uma ação para resolver um problema específico no contexto estudado; na produção dinâmica de práticas dialógicas e participativas; no envolvimento criativo e no comprometimento dos componentes no cenário de práticas; na inter-relação entre o processo de investigação e a aprendizagem mútua; no protagonismo dos integrantes da ação e no uso de metodologias participativas alinhadas a atitudes emancipatórias (Dionne, 2007; Medeiros; Silva, 2016; Tavares *et al.*, 2016).

O trabalho desenvolvido “junto com” as crianças (comunidades) e o exercício da autonomia na eleição do equipamento público (microambiente) para articularem a aliança intersetorial correspondem a três “princípios da PNPS”: a **participação social, a autonomia e a intersetorialidade** (artigo nº 4, Incisos II, III e V do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017).

A aliança intersetorial foi caracterizada por Nutbeam, Harris e Wise (2010, p. 55) como uma **“associação informal com equipamentos sociais existentes no território de saúde, marcada pela utilização de novos recursos e guiada pela coordenação de tarefas”** (grifos nossos). Cada um dos Estágios do trabalho intersetorial está especificado na figura 3.

Figura 3. Estágios do trabalho intersectorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbeam; Harris e Wise, 2010, p. 55.

O artigo 4º, inciso IX, aborda os “**princípios da PNPS**”, que correspondem à

[...] **territorialidade**, que diz respeito à atuação que **considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações** intra e **intersectoriais com impacto** na situação, nos condicionantes e **nos determinantes da saúde** neles inseridos, de forma equânime (Brasil, 2017) (grifos nossos).

As atividades propostas para a realização em campo, juntamente com o incentivo para efetivarem alguns artigos da PNPS (2017), contribuem para que as estudantes se familiarizem com o conteúdo do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, mencionado neste capítulo.

RESULTADOS

A identificação de necessidades e a construção coletiva de soluções evidenciou a clareza das crianças em relação às necessidades do ambiente. Elas tinham a percepção sobre as soluções a serem adotadas para operar a mudança, uma vez que deram sugestão para o sábado não ficar chato: fazer mais passeios; comer comidas gostosas; multiplicar as brincadeiras, as atividades divertidas e animadas nos encontros. Para Silva e Werle (2015, p. 5), a “escuta à criança possibilita o diálogo entre elas, apoia o protagonismo infantil e permite que ela assuma o papel de cidadã, de ator na sociedade”.

Na sequência, validamos a lista de necessidades apontadas pelas crianças. Elas nos explicaram que o mais importante era sair da rotina, se divertir em grupo, e cada uma delas sugeriu, pelo menos, uma atividade: fazer festa à fantasia e festa do pijama; ir ao parquinho; andar de bicicleta; fazer piquenique; jogar bola; pingue-pongue; basquete; vôlei; queimada; andar de patinete; ouvir louvor e música; tirar foto; assistir a um filme; brincar de “batatinha frita 1, 2, 3”; fazer uma tarde de lazer; passear no shopping; estudar; cozinhar; desenhar e pintar. Validamos essa lista de sugestões das crianças escrevendo-a no quadro branco e confirmando com elas se tínhamos entendido bem. Então, as crianças selecionaram as prioridades viáveis em conformidade com o tempo e com os recursos de que dispúnhamos.

Algumas atividades, como andar de bicicleta e de patinete, foram descartadas, já que nem todas possuíam esses meios de locomoção. A ida ao *shopping* foi desconsiderada pelas crianças por não termos transporte para levá-las; elas substituíram esse passeio pela ida ao parquinho, visto que o mais importante era sair de dentro da igreja. Outra sugestão excluída foi o estudo, pois as outras crianças disseram que apenas a autora da sugestão iria gostar.

As crianças escolheram seis ações que poderíamos realizar com elas aos sábados nos meses julho e agosto: o piquenique; a sessão de cinema; o jogo de bola; a ida ao parquinho; o dia de arte; e a festa à fantasia. Na etapa subsequente, elas manifestaram o desejo de fazer um lanche coletivo no piquenique ao ar livre. A divisão das tarefas e a contribuição de cada pessoa foi organizada pelas meninas. No dia do piquenique, comemos um lanche gostoso e escutamos músicas do grupo musical “Três palavrinhas”, o favorito das crianças. Depois brincamos de mímica com objetos, ações e verbos escolhidos pelas crianças e escritos em papéis.

Dentre os “**princípios da PNPS**” (2017) se encontra a “**autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias**” (artigo nº 4, Inciso III do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017).

As atividades artísticas foram avaliadas pelas crianças como as mais importantes, por

isso realizamos “o dia da arte”. A preferência delas recaiu sobre a pintura e o desenho. Nós fomos desafiados a fazer essas atividades “**junto com**” elas, enquanto uma das meninas preferiu ler e contar uma história para todos nós. No final, as crianças nos presentearam com uma pulseira confeccionada por elas mesmas.

Com base na **pesquisa-ação, sabíamos que nosso papel como pesquisadores era escutar as necessidades daquele grupo específico. Nós nos apropriamos dessa prática emancipatória, tendo em vista encontrar soluções para promover um ambiente saudável, de escuta, de interação e de participação das crianças.** Ao proceder dessa maneira, promovemos em nós mesmos e nas crianças o “desenvolvimento e a construção de indivíduos críticos, democráticos e autônomos, tendo como base a reflexão sobre a realidade vivenciada” (Louro, 2013, p. 1).

Durante o trabalho no equipamento público Mensageiras do Rei, superamos alguns desafios, dentre os quais, a inclusão dos meninos que quiseram se juntar às meninas. Foi preciso fazer as adaptações necessárias e buscar soluções, pois elas queriam assistir a um filme da Barbie e eles preferiam um filme de aventura. A resolução veio de uma das meninas, que sugeriu fazermos uma votação, o que foi aceito por todos. No dia do filme, nós comemos pipoca, tomamos suco e refrigerante. Nesse sentido, **operacionalizamos um dos “valores fundantes no processo de efetivação da PNPS” (2017), a humanização, entendida como**

[...] elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam as condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde (artigo nº 3, Inciso V do Anexo 1 da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Em alguns momentos, durante o desenvolvimento das atividades no equipamento público Mensageiras do Rei, observamos a interferência da supervisora para direcionar as escolhas das crianças. Então, lembramos a ela a importância da construção coletiva com as crianças para a tomada de decisão. De fato, o *Estatuto da Criança e do Adolescente* garante

[...] o direito à liberdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários; à opinião e expressão; à crença e ao culto religioso; a brincar, praticar esportes e divertir-se; e a participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação (artigo nº 16, Incisos II, III, IV e V da Lei 8.069, 1990) (Brasil, 1990) (grifos nossos).

Outro desafio foi a conciliação dos trabalhos acadêmicos e a adequação ao cronograma das reuniões do equipamento público Mensageiras do Rei. Alguns de nós morávamos longe e adequamos nossos horários para sermos pontuais, mesmo se tínhamos que enfrentar o trânsito pesado, ônibus atrasado e o ritmo lento do metrô.

As adequações e a flexibilidade necessárias à aplicação da Tecnologia social no

contexto local contribuíram para a **vivência de um dos “valores fundantes da PNPS” (2017), que é:**

[...] a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias (artigo nº 3, Inciso I do Anexo 1 da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Compreendemos que, como pesquisadores, não cabia a nós impormos qualquer coisa. **O nosso papel era acolher as necessidades das crianças e, “junto com” elas, encontrar soluções e promover um ambiente saudável, de escuta, de interação e de construção coletiva. Essa escuta ativa acionou em nós a plenitude da presença no encontro com o falante; a habilidade de demonstrar interesse genuíno por sua história; e a garantia para as crianças de seu espaço de fala, sem interrupções** (Malta; Carmo, 2020, p. 43).

A aplicação da Tecnologia Social no cenário de práticas subsidiou o desenvolvimento de habilidades, que é um campo de ação para promover saúde: entendemos a importância da atenção às demandas da comunidade e do atendimento às necessidades apontadas por ela, sem impor nossa vontade; reconhecemos o valor do protagonismo das crianças, mediante o respeito à sua voz, que elas expressaram no centro de convivência Mensageiras do Rei, e ampliamos seu espaço de participação. Ao utilizarmos a Tecnologia Social no trabalho de campo, nós exercermos a cidadania por meio da adoção de um comportamento solidário, da criação de vínculos e da mediação de conflitos.

Ademais, nós nos despojamos da condição de universitários detentores do conhecimento. **Essa atitude teve impacto significativo no cenário de práticas, permitindo-nos a escuta ativa das crianças, não apenas para compreendê-las, mas também para criar um ambiente favorável à saúde em conjunto com elas, favorecendo o desenvolvimento de novas formas de diálogo com as crianças e com a coordenadora das Mensageiras do Rei. Assim fazendo, nós nos apropriamos da teoria discutida na sala de aula, que foi aplicada na prática, mediante a atuação sobre o ambiente social, que é um dos Determinantes Sociais de Saúde** (Tavares *et al.*, 2016).

Esse tipo de vivência adotado no cenário de práticas está alinhado ao inciso VIII do artigo 7º, que é um dos **“objetivos específicos da PNPS” (2017):**

[...] promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde, de acordo com os princípios e valores da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2017), para trabalhadores, gestores e cidadãos (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos nossos).

Na última reunião que fizemos no equipamento público Mensageiras do Rei, perguntamos às crianças se tínhamos contribuído para o atendimento às necessidades apresentadas por elas no primeiro dia. A seguir, transcrevemos algumas de suas avaliações: “Foi muito divertido todos os dias”; “Gostei de tudo que a gente fez”; “Eu queria que vocês continuassem vindo”; “Eu queria ter participado mais dias”. Em seguida, perguntamos aos meninos por que decidiram se juntar ao grupo: “Minha irmã me contou que era legal e eu fiquei curioso e quis vir”; “Eu vim porque eu quis”; “Minha prima falou que tinha comida boa”.

A prática de escutar e dialogar com as crianças foi decisiva para criar um ambiente favorável, para a troca de saberes e para ampliar espaço de participação. Essa abordagem criou um cenário propício, de modo que as crianças puderam assumir um papel protagonista tanto em suas histórias individuais quanto no contexto coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aliança intersetorial com o equipamento público Mensageiras do Rei (microambiente) propiciou a aplicação da Tecnologia Social, mediante a inclusão das crianças (comunidades) na identificação de demandas reais no contexto em que “aprendem e se divertem”. O trabalho de construção coletiva com elas foi uma oportunidade para agir como Gestores/Sanitaristas. Nossa atuação se fundamentou no conceito ampliado da saúde com foco nos DSS e na vivência prática dos conceitos da Promoção da Saúde e de seus campos de ação, bem como na operacionalização de aspectos da PNPS.

Com o uso da Pesquisa-Ação, pudemos estabelecer objetivos alcançáveis e definir o caminho para realizar ações concretas em colaboração com as crianças. Isso gerou aprendizagens para as crianças e para nós, ao percebermos a validade desse método de pesquisa e sua aplicabilidade em diferentes ambientes. Além disso, esse processo nos incentivou a utilizar estratégias para assimilar o conhecimento, para saber aplicá-lo e adaptá-lo ao contexto de práticas e, também, para nos tornarmos protagonistas do nosso processo formativo.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou me forme) e quero trabalhar: que oportunidades o sistema de saúde me oferece na saúde Coletiva? Onde posso atuar e que competências devo desenvolver? *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MINAYO, Maria Cecília de Souza; AKERMAN, Marco; DRUMOND JÚNIOR, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009, p.171-186. (*Saúde em debate*, p. 170).

ARROYO, H. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. **Global Health Promotion**, London, v. 16, n. 2, p. 66-72, 2009. Recuperada em <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1757975909104111?journalCode=pedb>. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>. Acesso em maio de 2023.

BARATA, J. M. L.; DIAS, C.; DIAS, P. S. Resignificando a formação: integração serviço-escola, um diálogo necessário em saúde. In: KIND, L.; BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. (Orgs.). **Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2011.

BARBIER, R. **A Pesquisa-Ação**. Trad. Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2004.

BARNETT, Elizabeth & CASPER, Michele (2001). "A Definition of "Social Environment" ". **Am J Public Health**. 91 (3): 465. doi : 10.2105/ajph.91.3.465a . PMC 1446600. PMID 11249033.

BARROS DE MEDEIROS, Cristina Maria; DA SILVA, Luiza Rosangela (2016). Dimensões Constitutivas de Tecnologias Sociais no Campo da Saúde: uma proposta de construção e apropriação de conhecimento em territórios vulneráveis. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, 15(1), 144–159. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/22248/14635>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2002). **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.

BRASIL. **ECA**. Lei 8.069, 1990. São Paulo: Atlas, 1991.

BRASIL. **Lei 8.069/1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. DOU, Brasília, 16 julho de 1990.

BRAZIL, Protasio Elisa; PENA, Alexandra. **Da escuta à participação infantil**: o olhar da criança e seu potencial transformador do cotidiano. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio. Monografia de especialização. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/32742/32742.PDF>

BUSS, Paulo. M.; FILHO, A. Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>

CHIESA, A. M. *et al.* A formação de profissionais de saúde: a aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 12, nº 2, p. 236-240, 2007. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829/6740>

DIONNE, Hughes. **A Pesquisa-Ação para o desenvolvimento local**. Série Pesquisa (Vol. 16). Brasília: Liber Livro, 2007.

EMBEDDING PROJECT. HEALTHY SOCIAL ENVIRONMENTS FRAMEWORK, soft launch Dec 1 <https://ccnse.ca/node/48020> Centre de collaboration nationale en santé environnementale 655 W. 12th Av. Vancouver (C.-B.) V5Z 4R4. Disponível em: <http://bchealthycommunities.ca/wp-content/uploads/2020/11/SE-Framework-Summary-V1-Dec2020.pdf> <https://www.embeddingproject.org/resources/healthy-social-environments-framework> National Collaborating Centre for Environmental Health.

GUY, Lydia. (1998). **An introduction to community development: activation to evaluation**. Disponível em: <http://www.wcsap.org/introduction-community-development-activation-evaluation>.

HEALTHY SOCIAL ENVIRONMENTS FRAMEWORK, Version 1- Dec 2020 National Collaborating Centre for Environmental Health. Disponível em: <http://bchealthycommunities.ca/wp-content/uploads/2020/11/SE-Framework-Summary-V1-Dec2020.pdf>.

HEALTHY SOCIAL ENVIRONMENTS FRAMEWORK, Version 1- Dec 2020 National Collaborating Centre for Environmental Health Disponível em: <http://bchealthycommunities.ca/wp-content/uploads/2020/11/SE-Framework-Summary-V1-Dec2020.pdf>.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la salud: uma perspectiva mundial. In: OPAS **Promoción de la salud: uma antologia**. *Publ. Cient.* 557, OPAS, Washington, 1996.

KIND, L.; COIMBRA, J. R. Revezamentos entre teoria e prática na reorientação da formação em saúde. In: KIND, L.; BATISTA, C. B.; GONÇALVES, L. (Orgs.). **Universidade e serviços de saúde: interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde**. Belo Horizonte: Editora Puc Minas, 2011.

KOERICH, Magda Santos; BACKES, Dirce Stein; SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz. Pesquisa-Ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(3):717-23. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47234>

LOURO, Daisy Aparecida Ferreira. **Aprender a Escutar as Crianças**. Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Coimbra, 2013. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/12702/1/DAISY_LOURO.pdf

MALTA, Manoela; DIAS, Elaine do Carmo. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto do cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, São Paulo, vol. 9, p. 41-51, jan-dez, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371>

NEW HEALTHY SOCIAL ENVIRONMENTS FRAMEWORK, soft launch Dec 1 Disponível em: <https://ccnse.ca/node/48020> National Collaborating Centre for Environmental Health 655 W. 12th Av. Vancouver (C.-B.) V5Z 4R4.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro, Brasil, 19-21 de outubro de 2011. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf>.

PINHEIRO, D. G. M.; SCABAR, T. G.; MAEDA, S. T.; FRACOLLI, L. A.; PELICIONI, M. C. F.; CHIESA, A. M. (2015). Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde e Sociedade**, 24(1), 180-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9qNV766mGg3jNbDVhfVFLhk/?lang=pt&form at=pdf>

SILVA, Daiana Paz de Oliveira; WERLE, Marta Patrícia Beck. Diálogo e Escuta: A Pedagogia de Paulo Freire para a Educação da Infância. In: **IX Seminário Nacional Diálogos Com Paulo Freire: Utopia, Esperança e Humanização**, 2015, p. 1-8. Disponível em: https://www2.faccat.br/portal/sites/default/files/silva_werle.pdf

SILVA, Kênia L.; SENA, Roseni R.; GRILLO, Maria J. C.; HORTA, Natália C. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 368-376, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127713099022.pdf>

TAVARES, Maria Fátima Lobato *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, nº 6, p. 1799-1808, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CqMMMJDJLHbjwFg6tbQgWqQK/?format=pdf&lang=pt>

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Projeto Político-Pedagógico. Brasília: UnB. Faculdade de Ceilândia: Ceilândia – DF, 2019. Disponível em: http://fce.unb.br/images/documentos/graduacao/saudecoletiva/ppp/ppc_saude_coletiva.pdf.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: **Tratado de Saúde Coletiva**. AKERMAN, M. Campos GWS; CARVALHO, Y. M.; DRUMOND JÚNIOR, M. Editora Hucitec. São Paulo. Edição 2, 2010.

APLICAÇÃO DA TECNOLOGIA SOCIAL COM A COMUNIDADE DA UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE MULHERES CASA FLOR EM TAGUATINGA-DF

Data de aceite: 01/11/2023

Gabriela Soares Costa

<https://lattes.cnpq.br/7863418327047330>

Layane dos Santos Silva

<http://lattes.cnpq.br/5745301472178886>

Rayanne Cristina das Neves

<http://lattes.cnpq.br/7119269687869997>

Sarah Ketlen Mendes da Silva

<http://lattes.cnpq.br/0384018332972376>

Maria Vitória Soares de Assis Pinto

<https://lattes.cnpq.br/5919057490023549>

Alberto Mesaque Martins

<http://lattes.cnpq.br/4960336011673287>

Olga Maria Ramalho de Albuquerque

<http://lattes.cnpq.br/1773184737080514>

INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar a materialização da proposta da disciplina Promoção da Saúde 1 (PS1) com uso da ferramenta Tecnologia Social (TS), aplicada na Unidade de Acolhimento de Mulheres Casa Flor (UNAMCF), em Taguatinga, no Distrito Federal. Para

isso, descreve-se o relato da vivência de um grupo de estudantes que cursaram essa disciplina, mediante a elaboração e a realização de um Projeto Gestor de Promoção de Saúde. Para uma melhor compreensão da proposta pedagógica, sugere-se a **leitura da introdução do capítulo 4, que situa a disciplina PS1 no Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva (UnB, 2022).**

A disciplina Promoção da Saúde 1 é ministrada no segundo semestre de um curso que forma Gestores/Sanitaristas na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB). Segundo a proposta da disciplina, **este é o momento propício para os estudantes agirem como Gestores/Sanitaristas, sem esperar pela conclusão do curso. Para isso, eles aplicam os conceitos e vivenciam os campos de atuação para promover saúde com base na abordagem socioambiental**, preconizada por Westphal (2010, p. 646). Sob esse ângulo de visão, a PNPS (2017) subsidia o ofício do Gestor/Sanitarista, uma vez que contempla, em seu artigo 2º,

[...] o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial [...]” (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017). (grifo das autoras)

Os desdobramentos da adoção de uma perspectiva mais abrangente sobre saúde e do estabelecimento das alianças intersetoriais envolvem a aplicação da abordagem socioambiental, ilustrada na figura 1.

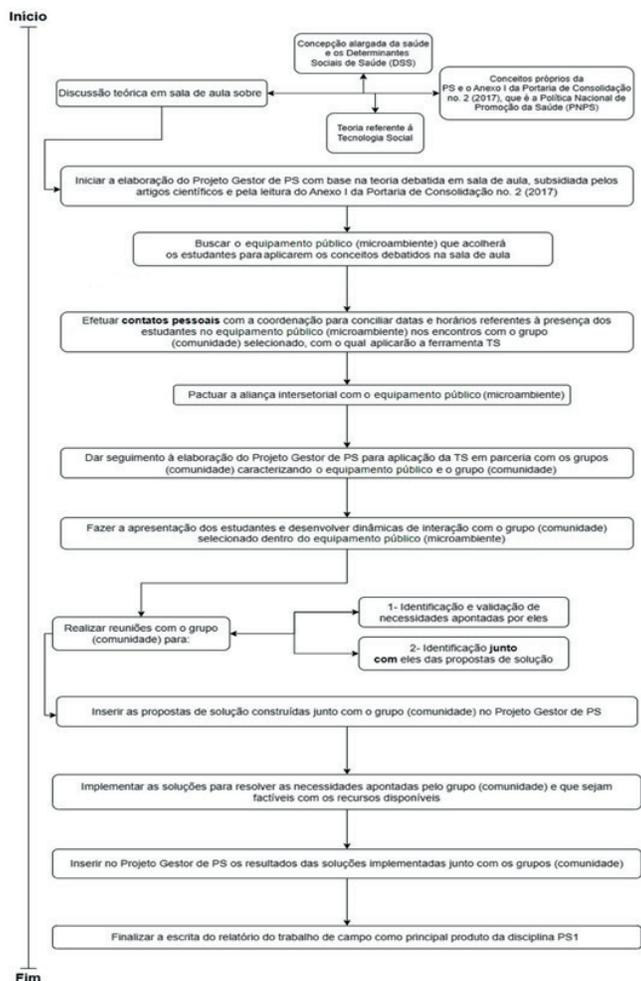
Figura 1. Apresenta as concepções de saúde e diferentes visões da Promoção da Saúde

Abordagens	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais bem-estar físico/mental dos indivíduos	Estado positivo, bem-estar biopsicossocial/espiritual Realização de aspirações e atendimento às necessidades
Determinantes de saúde	Condições biológicas e fisiológicas por categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais, estilo de vida inadequados à saúde	Condições de riscos biológicos, psicológicos, socioeconômicos, educacionais, culturais, políticos, ambientais
Principais estratégias implementadas	Vacinas, exames, terapias, drogas, cirurgia	Mudança de comportamento, adoção de estilos de vida com mais saúde	Coalizões para advocacia e ação política. Promoção de espaços saudáveis. ‘Empoderamento’ da população. Desenvolvimento de habilidades, atitudes. Reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciamento pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2010, p. 646).

Numa perspectiva emancipatória, que é própria da PS, os estudantes escolhem o equipamento público (microambiente) com o qual articulam uma aliança intersetorial e selecionam o segmento etário com o qual desejam trabalhar (crianças, adultos ou idosos) para desenvolverem o Projeto Gestor de Promoção de Saúde. Em seguida, eles pactuam com os responsáveis pela instituição o período de permanência nesse microambiente para implementarem a ação de PS “**junto com**” as pessoas daquele lugar (comunidade). O itinerário percorrido pelos estudantes para realizar este projeto está demonstrado na figura 2.

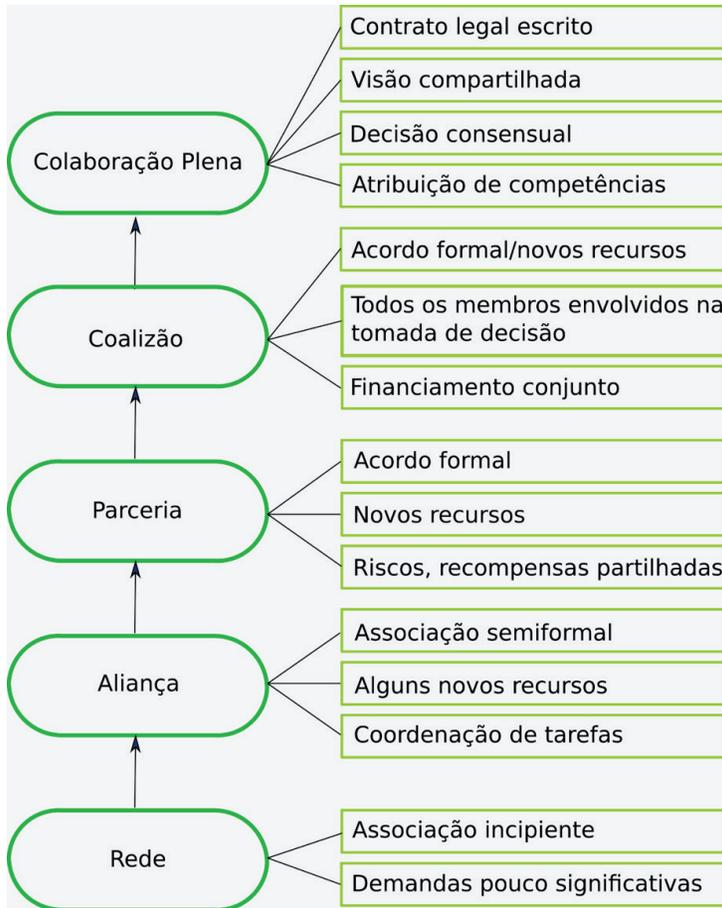
Figura 2. Fluxograma do percurso dos estudantes para aplicarem a Tecnologia Social nas instituições (microambientes)



Fonte: elaboração das autoras.

A figura 3 apresenta os Estágios do trabalho intersetorial de acordo com Nutbean, Harris e Wise (2010, p. 55). Uma dessas etapas, a **aliança intersetorial**, consiste numa **“associação informal com equipamentos sociais existentes no território de saúde, marcada pela utilização de novos recursos e guiada pela coordenação de tarefas”**.

Figura 3. Estágios do trabalho intersetorial



Fonte: elaborado pelas autoras com base em Nutbeam; Harris e Wise, 2010, p. 55.

É preciso destacar que esse exercício das estudantes atuando como Gestoras/ Sanitaristas é fundamentado na abordagem ampliada de saúde e na ação sobre o conjunto de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) que as influenciam. A Lei nº 8.080 (Brasil, 1990) estabelece, em seu artigo 3º, que

A saúde tem como **fatores determinantes** e condicionantes, entre outros, **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**; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (grifos das autoras).

Pautadas pelo conceito de saúde que contempla esses DSS, elas **vivenciam quatro campos de atuação da PS: 1) a criação de ambientes favoráveis à saúde; 2) o desenvolvimento de habilidades e atitudes; 3) o fortalecimento da ação comunitária; e 4) a operacionalização de alguns artigos da PNPS.**

Assim fazendo, as estudantes operacionalizaram dois **“objetivos específicos”** constantes nos incisos VI e VII, do artigo 7 da PNPS (2017). **Elas trabalharam na perspectiva de “valorizar os saberes populares e tradicionais [...]”, com o propósito de**

[...] promover o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017). (Grifo das autoras).

A Promoção da Saúde constitui uma estratégia mediadora entre pessoas e ambiente que combina escolha pessoal com responsabilidade social para construir uma vida com mais saúde (Nutbeam, 1996, p. 385). **Para isso, é importante “identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente”** (Brasil, 2002, p. 19).

No documento denominado Carta del Caribe, originado da Conferencia para la Promoción de la Salud (1993), foram enumeradas **as estratégias ou campos de ação para promover saúde: a formulação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes saudáveis; o desenvolvimento de habilidades e atitudes; o fortalecimento da ação comunitária; e a reorientação de serviços** (Carta del Caribe para la Promoción de la Salud, 1993, p. 3; Brasil, 2002, p. 17).

A percepção da saúde como um conceito positivo abrange o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas para lidar com as dificuldades da vida cotidiana. **A atuação sobre a saúde “ênfatisa os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas”** (Kickbusch, 1996, p. 16). **Nessa perspectiva, as ações para promover a saúde não se limitam à mudança de estilos de vida para atingir a condição de bem-estar. Elas se estendem para além do setor saúde, direcionando-se à construção de alianças intersetoriais para abordar os fatores sociais e ambientais que influenciam a saúde** (Brasil, 2002, p. 20). Uma das **“diretrizes da PNPS” (2017) contempla a**

[...] organização dos processos de gestão e o planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde, de modo transversal e integrado, compondo compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais” (artigo 5º, Inciso VIII do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos das autoras).

No capítulo VII, Seção I da Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 1988), que trata das Disposições Gerais da Administração Pública, em seu artigo 37º estabelece que **“A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência [...]”**. **A efetivação desses**

princípios é uma forte razão para o aprofundamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2017) por parte dos futuros Gestores/Sanitaristas, **que exercerão suas atividades no setor público** (Brasil, 1988).

De acordo com Meirelles (2000, p. 82), o cumprimento do princípio da legalidade estabelece uma distinção, já que **“na administração pública não há liberdade nem vontade pessoal. Enquanto na administração particular é lícito fazer tudo o que a lei não proíbe, na administração pública só é permitido fazer o que a lei autoriza”** (grifos das autoras).

A abordagem socioambiental caracteriza as ações para promover saúde. Sua implementação requer a compreensão da saúde como estado positivo e demanda a identificação das necessidades apontadas pelos sujeitos, para que sejam atendidas com o objetivo de modificar favoravelmente o ambiente (Westphal, 2010, p. 646).

Esse tipo de abordagem acarreta o desenvolvimento de alianças intersetoriais com instituições de acolhimento de crianças, de idosos ou de mulheres em condição de vulnerabilidade. E, além disso, impulsiona a interação com os grupos (comunidades) ali existentes. Assim fazendo, a “ação é conduzida pela comunidade em diálogo crítico” com os profissionais, conforme Westphal (2010, p. 646).

A abordagem socioambiental está alinhada à Declaração da **Conferência de Sundswall, que ressalta a inseparabilidade e a interdependência entre ambientes e saúde (Brasil, 2002 p. 41)**. A Declaração também enfatiza um dos campos de atuação da PS e o papel **das pessoas e dos profissionais para a criação de ambientes favoráveis à saúde**. Esse documento destaca a **relevância da ação sobre o ambiente como parte essencial na gestão das políticas públicas** (Brasil, 2002, p. 41). Segundo Nutbean (1996, p. 384), a relação estreita entre a pessoa e seu entorno constitui a base para a concepção socioecológica à saúde.

O emprego da **Tecnologia Social (TS) concentra sua ação na dinâmica problema-solução por meio de um processo colaborativo, que envolve a comunidade na identificação das necessidades do lugar, facilitado por abordagens participativas e democráticas**. A utilização dessa ferramenta **“junto com” as mulheres da Unidade de Acolhimento de Mulheres Casa Flor contempla a “crença na capacidade do indivíduo e o respeito à sua cultura, à sua capacidade de aprender, participar e gerar conhecimentos”** (Freitas; Segatto, 2014, p. 313).

Até aqui foram expostos os fundamentos teóricos a serem utilizados no microambiente onde as estudantes desenvolveram o Projeto Gestor de Promoção da Saúde e a metodologia para sua aplicação no cenário de práticas, conforme relato apresentado na sequência. Adicionalmente, disponibilizam-se os instrumentos normativos, dentre os quais o Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017, essenciais para embasar a sua tomada de decisão como Gestoras/Sanitaristas.

Relato da Experiência: a Promoção da Saúde na Unidade de Acolhimento de Mulheres Casa Flor

A partir da proposta metodológica da disciplina de Promoção da Saúde 1, nós construímos uma intervenção com o objetivo de identificar as necessidades e propostas de soluções em conjunto com um grupo de mulheres, residentes na Unidade de Acolhimento de Mulheres Casa Flor (UNAMCF). Essa Unidade está vinculada à Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal, que é um dos órgãos de gestão da administração pública do Governo do Distrito Federal.

Esse equipamento público fica localizado em Taguatinga, no Distrito Federal (DF). Seu objetivo é acolher mulheres adultas ou idosas desacompanhadas, que estejam em situação de rua, que se encontrem desabrigadas, seja por abandono, por violência, por migração ou que estejam em trânsito no DF. Ali são recebidas também as mulheres sem residência ou sem condição de se sustentar. Elas permanecem por um período máximo de três meses e, enquanto isso, recebem apoio para voltarem ao mercado de trabalho.

Para alcançar os objetivos do Projeto Gestor de Promoção de Saúde, utilizamos o **método da Pesquisa-Ação:**

[...] um tipo de pesquisa social concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2008, p. 16). (Grifo das autoras)

A compatibilidade da **pesquisa-ação ao trabalho de PS se relaciona à inclusão dos grupos (comunidades) implicados na situação e ao reconhecimento que eles têm algo a “dizer” ou a “fazer”.** Outro resultado da interação com esses atores sociais é a tomada de decisão sobre a **“prioridade dos problemas” [...]** e as soluções a serem adotadas na forma de **ação concreta** (Thiollent, 2008, p. 18).

De fato, Matus (1983, p. 25) considera que **os atores sociais são as pessoas com “capacidade de produzir fatos políticos e constituírem centros de acumulação e desacumulação de poder”.** No nosso estudo, consideramos as mulheres da comunidade e a nós mesmas como atores sociais.

É importante destacar os **pontos de convergência entre a Promoção da Saúde, a Tecnologia Social e a Pesquisa-Ação, que possibilitam uma abordagem mais abrangente e efetiva na melhoria da saúde no bem-estar das comunidades envolvidas:**

- 1. Troca de saberes e aprendizagem colaborativa por meio do intercâmbio do conhecimento popular com o saber técnico-científico, gerando um crescimento conjunto.**
- 2. Atitude de escuta e diálogo entre os vários interlocutores, promovendo uma compreensão mais ampla das necessidades e realidades locais.**

3. Atuação como sujeito ativo na mudança, uma vez que as ações resultam da decisão conjunta com a comunidade, levando em conta seus interesses e necessidades, o que fortalece o engajamento e a participação dos envolvidos nas mudanças.

Para Thiollent (2008, p. 48), é possível observar que a **Pesquisa-ação desempenha uma função política ao reforçar os laços “entre a organização e sua base, por meio de procedimentos participativos, agregando seus membros na elucidação de problemas e de propostas de ação”**.

Outra lei consultada para o desenvolvimento do trabalho na UNAMCF foi a Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Seu artigo 3º estabelece que

[...] serão asseguradas às mulheres as condições para o exercício efetivo dos direitos à vida, à segurança, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, à moradia, ao acesso à justiça, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2006).

As ações para promover saúde foram construídas e desenvolvidas entre julho e agosto de 2022. Realizamos oito encontros, com a participação de doze pessoas - onze mulheres cisgêneros e um homem trans. Ele foi acolhido ali porque tinha saído do sistema prisional e não tinha onde morar, o que caracterizou a sua condição de vulnerabilidade. A idade das componentes variava de 35 a 69 anos de idade. Algumas delas não estiveram presentes em todas as reuniões, mas os nossos focos principais foram as mais assíduas aos encontros e que estavam lá desde o primeiro dia. Isso não impediu a inclusão daquelas que iam chegando para serem acolhidas na instituição. Nesse período, a UNAMCF abrigava um total de trinta e três mulheres.

O conjunto de características apresentado pelas mulheres da UNAMCF proporcionou a concretização de um dos **“temas prioritários da PNPS”** (2017). Em seu artigo 10º, inciso VII, este instrumento normativo estipula a

[...] promoção da cultura da paz e de direitos humanos, que compreende promover, articular e mobilizar ações que estimulem a convivência, a solidariedade, o respeito à vida e **o fortalecimento de vínculos, para o desenvolvimento de tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero, de orientação sexual e identidade de gênero, entre gerações, étnico-raciais, culturais, territoriais, de classe social e relacionada às pessoas com deficiências e necessidades especiais, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais**, articulando a Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas, contribuindo para a redução das violências e para a cultura de paz (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, 2017) (Brasil, 2017). (Grifos das autoras)

Na nossa conversa inicial com os responsáveis da UNAMCF e nos encontros subsequentes, foi possível observar que a instituição utilizava a abordagem comportamental. Sua principal estratégia se caracterizava pela “mudança de comportamento, passando de estilos de vida inadequados à saúde para um estilo de vida saudável”. E o tipo de gerenciamento era feito pelos indivíduos e comunidades de profissionais, conforme está representado na Figura 1 (Westphal, 2010, p. 646).

RESULTADOS

A aliança intersetorial com a UNAMCF foi o microambiente onde implementamos o Projeto Gestor de Promoção da Saúde. No artigo 4º, encontram-se os **“princípios da PNPS”** (2017). Um dos quais, a **intersectorialidade, compõe o** inciso V, que a descreve como o

[...] processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos das autoras).

Logo que chegamos à UNAMCF, a administradora da casa nos acompanhava até os quartos das mulheres para fazermos os convites. Quando éramos questionadas individualmente, informávamos alguns detalhes do que pretendíamos fazer. Depois, começamos a chamá-las uma a uma, até que chegou o momento em que elas nos esperavam por vontade própria para mais um dia de atividades e de conversas.

Percebemos que as mulheres gostavam muito de conversar. Assim, ao longo de nossas visitas, estabelecíamos gradualmente vínculos com elas, resultando em uma aproximação progressiva com o passar do tempo. Quando iniciávamos uma atividade, nunca obrigávamos ninguém a participar; algumas vezes, nós fomos chamá-las em seus quartos. Em outras ocasiões, enquanto estávamos envolvidas em uma atividade, notamos que algumas pessoas, inicialmente relutantes em participar, eventualmente se juntaram ao nosso grupo. Acreditamos que respeitar os seus limites individuais foi importante para essa evolução.

Nas primeiras reuniões com as mulheres residentes na UNAMCF, usamos uma estratégia para identificar suas necessidades. Nós jogamos uma bolinha de papel na direção delas e quem a apanhasse deveria responder falando o seu nome, sua idade e um sonho. O propósito dessa dinâmica era criar um clima de descontração para conhecê-las melhor. Nessa primeira dinâmica, o rol das necessidades apontadas pelas mulheres estava fora de nossas possibilidades de realização: ter casa própria, conseguir um trabalho, fazer mudanças materiais na instituição, se aposentar.

Nós utilizamos a pesquisa-ação, então optamos por buscar objetivos e

soluções alcançáveis com os recursos de que dispúnhamos, visto que “nem todos os problemas têm soluções a curto prazo” (Thiollet, 2008, p. 20).

Por essa razão, na reunião seguinte fizemos outra dinâmica, distribuindo uma folha de papel para cada uma das mulheres colocar três desejos, que estão listados a seguir: fazer atividade física na Unidade de Acolhimento de Mulheres Casa Flor; realizar um dia de beleza; fazer as unhas; promover um dia de pintura e desenho; proporcionar momentos de interação; melhorar a alimentação oferecida na UNAMCF; possuir casa própria; comer peixe e batata frita; ir para o lar de idosos; organizar a documentação no Brasil; aprender crochê; receber doação de roupas e calçados.

As adaptações efetuadas nas dinâmicas empregadas na UNAMCF visavam ao conhecimento daquele cenário de práticas e da história daquelas mulheres. **A escuta sensível gerou em nós a empatia, a aceitação incondicional, sem julgar, sem medir, sem comparar** (Barbier, 2002, p. 94). Agindo assim, construímos uma maior integração entre nós e elas.

Na etapa subsequente, fizemos a leitura em voz alta desses desejos manifestados pelas mulheres e passíveis de serem atendidos ou de fazermos “junto com” elas. À medida que os desejos anotados na lista eram mencionados, fomos percebendo a animação delas. Então, priorizamos aqueles que foram citados mais de uma vez e que despertaram maior entusiasmo nas mulheres: a atividade física na UNAMCF; o dia de pintura e de desenho; os momentos de interação; e o dia da beleza.

O uso dessa estratégia propiciou a **concretização de um dos “objetivos específicos da PNPS” estipulado em seu artigo 7º, inciso II: “a contribuição para adoção de práticas sociais e de saúde centradas na participação [...]”** (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017).

A satisfação do pedido de atividade física na UNAMCF foi feita em um dos encontros, por meio da realização de exercícios de alongamento com as mulheres, com o conhecimento de que dispúnhamos. A solicitação da aula de pintura e desenhos foi suprida por meio de materiais levados por nós, como: lápis, pincel, tinta, quadros e folhas. Em uma das visitas, a atividade de pintura ocorreu de forma livre.

Ao passo que, em outro dia, solicitamos que elas desenhassem algo que lembrasse a sua infância. Ao concluir a pintura, elas mesmas quiseram compartilhar suas histórias de vida, contadas em voz alta para todas as que estavam presentes. Fatos sensíveis foram resgatados do passado: uma delas pintou uma rosa que chorava, explicou que a flor representava a inocência e o choro simbolizava o abuso que ela tinha sofrido na infância. Talvez por essa razão, a UNAMCF considerou importante dar continuidade a essa atividade para apoiar as mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero.

Gerar momentos de interação foi uma das necessidades apontadas pelas mulheres da UNAMCF. A criação desses momentos propiciou a produção de “ambientes favoráveis à saúde”, que é um dos campos de ação para promover saúde. À medida que realizávamos

o conjunto de ações sugeridas por elas, percebemos que aumentava a interação entre nós todas. Além disso, acrescentamos mais uma brincadeira: levamos prendas para um bingo e algumas delas foram premiadas.

A ação de PS realizada durante esse trabalho de campo desencadeou o desenvolvimento de habilidades, que é um dos campos de atuação para promover saúde. Uma das habilidades que aprimoramos foi o uso da criatividade ao buscar uma compreensão mais profunda das mulheres da UNAMCF e atender às necessidades apontadas por elas. Além do mais, adquirimos maior capacidade empática, aprendendo a respeitar as diferenças e as peculiaridades individuais de cada pessoa.

Em função do vínculo estabelecido com as mulheres, notamos que elas valorizavam nossa presença e agradeciam o fato de desenvolvermos as ações “**junto com**” elas. **Nossa atuação se fundamentou na teoria discutida durante as aulas da disciplina PS1, o que nos permitiu aplicar o conhecimento teórico de forma prática e adequada àquele ambiente específico. A teoria adquirida tornou-se significativa e passível de apropriação por meio da experiência vivenciada.**

No trabalho de campo, colocamos em prática nosso conhecimento ancorado no conceito ampliado de saúde. Através da escuta atenta e qualificada, promovemos a troca de saberes, possibilitando a construção coletiva das ações desenvolvidas. Ao mesmo tempo, observamos um aumento significativo na **participação das mulheres em ações socialmente produzidas, que representa outro campo de ação para promover saúde na UNAMCF.** Nossa abordagem valorizou a interação e a colaboração, proporcionando uma experiência enriquecedora para todas as envolvidas. Isso nos proporcionou efetivar o “**eixo operacional da PNPS**” (2017), a

[...] **participação** e controle social, que compreende a ampliação da representação e **da inclusão de sujeitos** na elaboração de políticas públicas e **nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos**” (artigo 9º, inciso IV do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017). (Grifos das autoras)

Ao longo do trabalho, agimos de modo a incluir todas as mulheres, inclusive aquela com deficiência visual. Nos primeiros encontros, ela se mostrava triste e se recusava a participar por causa de suas limitações. Para superar a deficiência visual, pedimos que nos contasse uma de suas memórias e nós fizemos o desenho. Na casa onde cresceu, havia uma laranjeira na qual ela gostava de subir para comer seus frutos. Nós desenhamos a árvore descrevendo para ela o passo a passo, desde o tronco até as laranjas. Depois, ela nos falou sobre seu pai e seu cachorro, que foram muito importantes em sua história de vida. Então, pedimos os detalhes e as características para pôr no desenho e inserimos também a boneca que ela ganhou do pai um dia antes de seu falecimento. Inicialmente, tinha dito para nós que não guardaria os desenhos, pois lhe traziam saudades e a entristeciam. No final, antes de sairmos da visita, nós a vimos dobrar o papel com o desenho e guardá-lo em sua mochila.

Nos últimos dias que ficamos na UNAMCF, uma das mulheres, separada das demais, nos chamou em um canto e relatou o desejo de receber doações de roupas e sapatos. Além de separarmos roupas e calçados em bom estado, nós realizamos um mutirão para arrecadar com pessoas conhecidas e levamos para as mulheres no encontro final. Elas ficaram muito felizes com as doações e até escolheram roupas para as que não estavam presentes naquele dia.

As principais dificuldades que encontramos no decorrer da aplicação da Tecnologia Social no trabalho de campo estão enumeradas a seguir: a demora em conseguir a aceitação de um equipamento público (microambiente) para fazer a aliança intersetorial; a dificuldade de contar com o mesmo grupo de mulheres durante os oito encontros; a superação da diferença de idade e das vivências existentes entre nós e elas; o desafio de incluir a pessoa com deficiência visual; e a baixa autoestima de algumas participantes.

A idade das mulheres variava de 35 a 69 anos de idade; algumas professavam a sua fé; uma delas apresentava deficiência visual. **Esse conjunto de características das mulheres residentes na UNAMCF criou as condições para vivenciarmos um dos “valores fundantes no processo de efetivação da PNPS”, o**

[...] respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde (artigo 3º, inciso IV do Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017). (Grifo das autoras).

Na fase de identificação das necessidades, encaminhamos uma solicitação para uma entidade que forma profissionais do setor de beleza, explicando a demanda das moradoras da UNAMCF, que não foi respondido no decorrer do semestre letivo. Essa impossibilidade de parceria para promover o dia da beleza aguçou a nossa criatividade e levamos material para “fazer as unhas” delas. Do mesmo modo, em relação ao pedido para fazer exercícios físicos, nós fizemos o alongamento usando nossos próprios recursos e conhecimentos.

A culminância da realização do Projeto Gestor de Promoção da Saúde implementado “junto com” as mulheres da UNAMCF se verificou na apresentação na sala de aula ao retornarmos do campo. No semestre subsequente, apresentamos outra vez aos estudantes da disciplina PS1. Isso gerou em nós a compreensão mais profunda da teoria referente à PS e ao uso da ferramenta Tecnologia Social aplicada com a comunidade.

Assim fazendo, vivenciamos o inciso VI, do artigo 5º sobre as **“diretrizes da PNPS”**, que trata do

[...] apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável (Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2 de 2017) (Brasil, 2017) (grifos das autoras).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos de Promoção da Saúde, seus campos de atuação e a Pesquisa-Ação adotadas no Projeto Gestor de Promoção da Saúde subsidiaram a aplicação da ferramenta Tecnologia Social. A utilização dessa ferramenta promoveu a conexão entre a teoria discutida na disciplina PS1 e a prática vivenciada na Unidade Acolhimento das Mulheres Casa Flor. A ferramenta TS favoreceu a articulação da aliança intersetorial e a comunicação entre pesquisadores e atores, mediada pelo diálogo crítico com as moradoras da Casa Flor.

A adoção da TS colaborou para a implementação de soluções concretas decididas e realizadas “junto com” as mulheres, contando com os recursos disponíveis para nós. Para isso, o emprego da Pesquisa-ação favoreceu a adaptação às características do contexto e das necessidades apontadas pelas mulheres. E, além disso, o uso da TS permitiu a aproximação da teoria na prática e o exercício de atuação como Gestoras/Sanitaristas, mediante a materialização de alguns artigos e incisos da PNPS, tais como um valor fundante no processo de sua efetivação, um princípio, duas diretrizes, três objetivos específicos, um eixo operacional e um tema prioritário.

REFERÊNCIAS

BARBIER, R. A. **Pesquisa-Ação**. Brasília: Liber Livro, 2007.

BRASIL. **Lei 11.340/06, de 7 de agosto de 2006**. 8º do art. 226 da Constituição Federal, Brasília - DF, 7.ago.2006. 185º da Independência e 118º da República. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/Secretaria de Desenvolvimento Social do Governo do Distrito Federal](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/Secretaria%20de%20Desenvolvimento%20Social%20do%20Governo%20do%20Distrito%20Federal). Disponível em: <https://www.sedes.df.gov.br/unam/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde (2002). Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: https://bvsvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf

FREITAS, Carlos Cesar Garcia; SEGATTO, Andrea Paula. Ciência, tecnologia e sociedade pelo olhar da Tecnologia Social: um estudo a partir da Teoria Crítica da Tecnologia. **Cad. EBAPE.BR**, v. 12, nº 2, artigo 7, Rio de Janeiro. Abr./Jun. 2014, p. 303-320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/nZRmKWGm5czws4K5zCg6LCp/?format=pdf&lang=pt>

MEDEIROS, Cristina Maria Barros; SILVA, Rosangela Luiza (2016). Dimensões Constitutivas de Tecnologias Sociais no Campo da Saúde: uma proposta de construção e apropriação de conhecimento em territórios vulneráveis. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, 15(1), 144-159. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/22248/14635>.

NUTBEAM, Don; HARRIS Elizabeth; WISE Marilyn. 2010. **Theory in a nutshell**: a practical guide to health promotion theories, 3th edition. McGraw-Hill Australia Pty.Ltd Level 2, 82 Waterloo Road, North Ryde NSW 2113.

NUTBEAM, Don. (1996). Glosario de promoción de la salud. Health Promotion. 1(1),383-402. Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud: uma antología**. Washington, D.C.: c 1996. xii, 404 p. (Publicación Científica; 557). OPAS. Anexo III Carta do Caribe para la Promoción de la Salud, 1993.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la Salud: uma antología**. Washington, D.C.: c 1996. xii, 404 p. (Publicación Científica; 557) Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/45802/caribbeanchartersp.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação** (16 ed.). São Paulo: Cortez, 2008.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Projeto Político-Pedagógico**. Brasília: UnB. Faculdade de Ceilândia: Ceilândia – DF, 2019. Disponível em: http://fce.unb.br/images/documentos/graduacao/saudecoletiva/ppp/ppc_saude_coletiva.pdf

WESTPHAL, Marcia F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*:

Tratado de Saúde Coletiva. AKERMAN, M. Campos GWS; CARVALHO, Y. M.; DRUMOND JÚNIOR, M. Edição 2. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

MOBILIZAÇÃO SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE - CAMINHOS QUE SE CRUZAM¹

Data de aceite: 01/11/2023

Olga Maria Ramalho de Albuquerque

Luiza de Marilac Meireles Barbosa

Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília

O trabalho social precisa de mobilização das forças. Cada um colabora com aquilo que sabe fazer ou com o que tem para oferecer. Deste modo, fortalece-se o tecido que sustenta a ação e cada um sente que é uma célula de transformação do país (Zilda Arns, 2010).

A “Mobilização Social é um movimento para engajar pessoas cujo objetivo é a participação dessas pessoas para atingir metas específicas com impacto para a sociedade mediante esforço autoconfiante” (UNICEF, 2002). Esse empenho para “convocar vontades” inclui a conquista do pensamento, do sentimento e da decisão das pessoas com vistas a alcançar bons resultados para as comunidades (Toro; Werneck, 1996).

Ao congregar esses indivíduos em torno de um objetivo comum, torna-se

imprescindível o estabelecimento de metas específicas ‘**junto com**’ eles. Outro aspecto indispensável à mobilização é o ‘**como**’ se fará isso: se as ações se estruturam em bases paternalistas, geram dependência; se as ações se fundamentam no clientelismo, geram desagregação, como resultado do ruído nas relações interpessoais. **Apenas quando cria as condições para ampliar espaços de participação ativa, com respeito à escuta qualificada dessas pessoas, a mobilização gera autonomia, autoestima, cidadania, corresponsabilidade pelo destino e pela realização das ações.**

A “mobilização comunitária se baseia na ideia que, por natureza, os seres humanos são afetados profundamente em suas crenças, atitudes e comportamentos pelas normas da comunidade em que vivem. Daí a importância de engajar as pessoas da comunidade para operar mudança nas normas do seu meio, como primeiro nível de intervenção” (Guy, 1998).

1. Esse capítulo foi originalmente publicado na referência descrita a seguir: Mobilização social: o encontro, o movimento e a arte em busca da qualidade de vida da comunidade. Brasil. Ministério da Saúde. Educação em Vigilância Sanitária Textos e Contextos: Caderno I. [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: MS, 2020. 110p. : il. ISBN 978-85-334-2794-5.

Da mesma forma que a Mobilização Social, a Promoção da Saúde se desenvolve por meio da “troca e construção de saberes” com a comunidade. Sua participação fomenta o protagonismo na melhoria da qualidade de vida e saúde. Desse modo, a saúde é considerada em seu aspecto positivo de atendimento às necessidades do sujeito e ao desenvolvimento de potencialidades para enfrentar os desafios do cotidiano no **ambiente** onde essas pessoas vivem, moram, estudam, trabalham e se divertem (WHO, 1986). Assim fazendo, o **ambiente** favorece o encontro, aqui entendido, como “junção de pessoas que se movem em vários sentidos ou se dirigem para o mesmo ponto” (Houaiss, 2001, n/p).

São cinco os campos de ação para promover saúde: 1) a elaboração de políticas públicas saudáveis; 2) o fortalecimento da ação comunitária; 3) o desenvolvimento de habilidades; 4) a reorientação dos serviços; 5) a criação de **ambientes** favoráveis à saúde (WHO, 1986).

Entendendo as razões da abordagem ao ambiente como campo de ação da Promoção da Saúde

Em se tratando de doenças crônicas, sabe-se que um número grande de pessoas com baixo risco de adoecer pode dar origem a mais casos de doença do que um número pequeno de pessoas com alto risco de adoecer. Isso acontece, especialmente, nas questões de saúde que estão ligadas às normas de comportamento, como é o caso do tabagismo, do alcoolismo e das doenças não transmissíveis, tais como hipertensão, diabetes, obesidade e síndrome metabólica. Por essa razão, **os programas de saúde pública deveriam priorizar o risco enfrentado pela população como um todo, mesmo sendo um risco menor, em lugar de buscar atingir apenas aquelas pessoas com maior risco de ficar doentes (Rose, 1985).**

Com base nessa reflexão, entende-se a fragilidade de iniciativas para melhorar a saúde por meio de ações voltadas às mudanças no comportamento individual, mediante aquisição de conhecimento. Isso acontece porque atos aparentemente mais simples se originam de hábitos formados no curso da vida e estão ligados a situações que associam esses hábitos ao estilo de vida. E já que a saúde é determinada por fatores sociopolíticos, centrar os esforços em estilo de vida e em comportamentos individuais, além de ser uma forma de simplificação, é também uma maneira de obscurecer amplos determinantes de saúde e de fugir de responsabilidades (Terris, 1996).

Ademais, na prática, os conceitos de “normalidade” e de “comportamentos socialmente desejáveis” influenciam escolhas que aparentemente são do indivíduo, mas na realidade estão fortemente relacionadas aos costumes adotados pela comunidade. Como, por exemplo, as doenças crônicas que estão relacionadas aos hábitos da sua família, de seus pares ou de sua região (Rose, 1985; Chor, 1999). Um estudo desenvolvido em 32 países, com 52 grupos populacionais, estimou a alta correspondência entre o comportamento de cada um desses grupos e de seus “desviantes”. Os resultados

dessa pesquisa evidenciaram que, a partir do consumo médio de álcool de determinado grupo, é possível prever a proporção de consumidores excessivos dessa substância (Rose, 1990).

De acordo com esse raciocínio, não se separam os hábitos e valores da sociedade de seus “desviantes”, já que “um pertence ao outro, goste a sociedade ou não” (Rose, 1990). Esse pensamento contradiz o senso comum, segundo o qual a responsabilidade do “desvio” é apenas do indivíduo, como se o grupo social ao qual ele pertence não tivesse responsabilidade sobre isso (Chor, 1999).

A partir dessa reflexão, entende-se a fragilidade das iniciativas com foco em estilo de vida sem levar em conta a “inter-relação entre indivíduos”, o “caráter não racional das escolhas de comportamento” e a interdependência entre as pessoas e seus **ambientes**. Especialmente aquelas escolhas que estão ligadas ao prazer, como o hábito de fumar, de beber, de comer, ou ao comportamento sexual.

Diante do que foi exposto, entende-se que ações educativas para a mudança de comportamento devem identificar os fatores de risco da população como um todo. **Além disso, é importante considerar os mecanismos gerados e mantidos pela cultura existente na comunidade**, pois esses fatores são indicadores de outros e estão diretamente relacionados à estrutura social (Blane, 1985). Caso contrário, as atividades educativas podem acarretar a culpabilização dos “desviantes” (vítimas). Essa percepção modifica a intervenção em saúde, que passa a privilegiar mudanças nos valores que influenciam e sustentam hábitos prejudiciais, com base em leis, normas e condições sociais que protejam e valorizem a saúde e a vida.

Sabe-se que o conhecimento é importante e necessário, mas não suficiente para mudar comportamento. Por essa razão, alguns estudos sobre obesidade infantil enfocaram no **ambiente**, priorizando a escuta dos estudantes e educadores (Albuquerque *et al.*, 2014; 2016a; 2016b). Outras pesquisas construíram **ambientes** facilitadores de escolhas mais saudáveis (Foster, 2008; Taylor, 2008). Nesses casos, as iniciativas implementadas ou sugeridas pelos próprios estudantes foram: disponibilizar alimentos saudáveis no cardápio; diminuir o teor de gordura na merenda; retirar bebidas açucaradas e lanches não saudáveis da cantina; e reduzir a disponibilidade de alimentos pobres em nutrientes nas lanchonetes das escolas.

Outra contribuição com enfoque no **ambiente** analisou a implementação das práticas corporais e da atividade física nas Escolas da Coordenação Regional de Educação de Samambaia-DF, que aderiram ao Programa Saúde na Escola (PSE). Os resultados evidenciaram que não se verificou o incremento das referidas atividades no período estudado, que era um dos objetivos do PSE. As autoras sugeriram que isso podia estar associado ao **ambiente** que não facilitava essas práticas. Uma dessas razões era a condição desfavorável das quadras, que possivelmente passou a influenciar, adversamente, o comportamento da comunidade escolar em relação à educação física¹ (Silvestre *et al.*, 2016).

Em concordância com essa linha de pensamento, Yen e Syme (1999) admitem que uma forma de enfrentar questões relacionadas à saúde é focalizar no indivíduo que precisa mudar seu comportamento para reduzir o risco de adoecer. A outra forma é voltar-se para o **ambiente** por meio de intervenções dirigidas ao local e à estrutura do **ambiente**. A meta a ser alcançada é sempre a mudança de comportamento, mas o alvo principal não é o estilo de vida das pessoas, mas o **ambiente** no qual elas vivem e que guia o comportamento individual.

De acordo com a proposta desse texto, **as iniciativas com a marca da Mobilização Social e da Promoção da Saúde trabalham com a comunidade e não para a comunidade, além de envolverem o interesse pelo indivíduo e pelo ambiente**. Tal abordagem pede um olhar ‘desarmado’ do promotor de saúde, cujas ações propiciam a arte do encontro entre iguais no **ambiente**, que se torna local de interação. Isso confirma a Promoção da Saúde como estratégia compartilhada entre pessoas e **ambiente** para combinar escolha pessoal e responsabilidade social, tendo em vista um futuro com mais saúde (Nutbean, 1996).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Mobilização Social e a Promoção da Saúde caminham na mesma direção. Suas iniciativas impulsionam a troca de saberes e o reconhecimento do valor das pessoas envolvidas; buscam atender às suas aspirações e as inclui nas decisões; salientam o protagonismo de sujeitos como agentes de mudança de sua própria realidade; e “apoiam o desenvolvimento de espaços de produção social e **ambientes** favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver” (Brasil, 2014). Assim fazendo, valorizam o “planejamento de ações territorializadas, com base no reconhecimento dos contextos locais, para construir espaços de produção social e **ambientes** saudáveis”, o que corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2014).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, O. M. R. e cols. Percepções de estudantes e educadores sobre alimentação adequada e saudável: diálogos com a Promoção da Saúde. **Revista Eixo, Brasília/DF**, v. 5, n. 3, dezembro de 2016. Disponível em: <http://revistaeixo.ifb.edu.br/index.php/RevistaEixo/article/view/398/180>

ALBUQUERQUE, O. M. R. e cols. A construção de ambientes saudáveis na escola: inovações na participação de crianças. **Revista Eletrônica Debates em Educação Científica e Tecnológica**, V. 6, N. 4, p. 3 - 20, dezembro, 2016. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/316091243>.

ALBUQUERQUE, O. M. R. e cols. Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. **Saúde & Sociedade**, v. 23, p. 264-275, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9689>.

BLANE, D. An assessment of the Black Report's 'explanations of health inequalities'. **Sociol of Health and Illness**. v.7:423-445, 1985.

- BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Disponível em: http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf
- CHOR, D. Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cad. Saúde Públ.** V. 15(2):423-425, 1999.
- FOSTER, G. D. e cols. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. **Pediatrics**, v. 121, n. 4, p. 794-802, 2008.
- GUY, L. **An introduction to community development: activation to evaluation**, 1998 (tradução livre). Disponível em: learn.preventconnect.org Acesso em: 11 nov. 2016, p. 3.
- HOUAISS A. **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Instituto Antonio Houaiss. Ed. Objetiva Ltda, 2001.
- NUTBEAN, D. Glosario de promoción de la salud. In: **OPAS Promoción de la salud: una antología**. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington, 1996.
- ROSE, G. Sick individuals and sick populations. **Int J of Epidemiol**, v. 14(1):32-38, 1985.
- ROSE, G. The populations mean predicts the number of deviant individuals. **BMJ** 301 (6759):1031-34, Nov, 1990.
- SILVESTRE, C. C.; ALMEIDA, J. V.; CONCEIÇÃO, M. H.; ALBUQUERQUE, O. M. R. (2016). Análise de promoção das práticas corporais e atividade física pelo Programa Saúde na Escola nas escolas de Samambaia/Distrito Federal **CIAIQ2016**, V. 2 p. 1645-1652. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/1103>
- TAYLOR, R. W. e cols. Two years follow-up of an obesity prevention initiative in children: the APPLE project. **Am J Clin Nutr**, v.88, p.1371-7, 2008.
- TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: **OPAS Promoción de la salud, una antología**. Publ. Cient., 557, OPAS, Washington, 1996.
- THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Social Mobilization Training Programme: a brief guide for National Programme Development** (tradução livre). ICEC and Global Social Mobilization, 2002, p. 11.
- TORO, J. B.; WERNECK, N. M. D. **Um modo de construir a democracia e a participação**. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasil, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter on Health Promotion** (adaptado). Copenhagen: World Organization Regional Office for Europe, 1986.
- YEN, I. H.; SYME, S. L. The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. **Ann. Rev. Public Health**. V. 20:287-308, 1999.

ALBERTO MESAQUE MARTINS: Psicólogo, mestre e doutor em Psicologia. Professor adjunto da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família.

ANDRÉIA DE AMORIM: Estudante do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

BIANCA CARDOSO DE SALES: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

CECILE SORIANO RODRIGUES: Professora aposentada da Universidade de Pernambuco.

CLAIDES ABEGG: Professora aposentada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

EMILY RAQUEL NUNES VIDAL: Analista de Gestão em Saúde da Caixa de assistência dos funcionários do Banco do Brasil, doutoranda do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília.

FELIPE MOREIRA DE ALBUQUERQUE: Engenheiro mecatrônico da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

FRANCISCO GILSON REBOUÇAS PORTO JÚNIOR: Coordenador do Núcleo de Pesquisa e Extensão e Grupo Lattes Observatório de Pesquisas Aplicadas ao Jornalismo e ao ensino, coordenador do Núcleo de Pesquisa, Ensino e Extensão, Informação e Comunicação e Memória da Universidade Federal do Tocantins. Docente do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação ponto focal da Universidade Federal do Tocantins, do Programa de Pós-Graduação em Ciências, Tecnologias e Inclusão da Universidade Federal Fluminense e do Programa de Pós-Graduação em Museologia da Universidade Federal da Bahia.

GABRIELA SOARES COSTA: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

ISABELLA DIAS DA SILVA: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

JOSÉ AUGUSTO DO NASCIMENTO CORDEIRO: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

LAYANE DOS SANTOS SILVA: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

LUAN VITOR NUNES DOURADO: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

LUIZA DE MARILAC MEIRELES BARBOSA: Professora do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

MARIA HOSANA CONCEIÇÃO: Professora do curso de Farmácia da Faculdade de Ceilândia e do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação ponto focal da Universidade de Brasília.

MARIA VITÓRIA SOARES DE ASSIS PINTO: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

MARGARETH ROSE BRAGA MENDES CARNEIRO: Médica da Prefeitura Municipal de Recife.

NEUSI APARECIDA NAVAS BERBEL: Professora aposentada da Universidade Estadual de Londrina.

OLGA MARIA RAMALHO DE ALBUQUERQUE: Professora do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia e do Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação ponto focal da Universidade de Brasília.

RAYANNE CRISTINA DAS NEVES: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

SABRINA OLIVEIRA ANGELO RODRIGUES: Estudante do curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

SARAH KETLEN MENDES DA SILVA: Estudante do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília.

TEREZA VIRGÍNIA SANTOS: Enfermeira do Pronto-Socorro Cardiológico de Pernambuco Prof. Luiz Tavares da Universidade de Pernambuco.

VIRGÍNIA SCALONE DE MELO: Médica da Prefeitura Municipal de Recife.

TECNOLOGIA SOCIAL APLICADA NA INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

para formação de Gestores

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

TECNOLOGIA SOCIAL APLICADA NA INTERAÇÃO COM A COMUNIDADE

para formação de Gestores

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br