

Série Vivências em Educação na Saúde

# Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: Diálogos de Norte a Sul



ORGANIZADORAS:

**Sheila Giardini Murta**  
**Maria Inês Gandolfo Conceição**  
**Cristineide Leandro-França**  
**Ronice Franco de Sá**  
**Larissa de Almeida Nobre-Sandoval**  
**Larissa Polejack**

editora  
  
redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página  
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>  
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa as vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA  
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

[editora.redeunida.org.br](https://editora.redeunida.org.br)



Sheila Giardini Murta  
Maria Inês Gandolfo Conceição  
Cristineide Leandro-França  
Ronice Franco de Sá  
Larissa de Almeida Nobre-Sandoval  
Larissa Polejack  
ORGANIZADORAS

Série Vivências em Educação na Saúde

## Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: Diálogos de Norte a Sul

1ª Edição  
Porto Alegre  
2021



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

**Túlio Batista Franco**

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins.**

Conselho Editorial

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ángel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha. **Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália. **Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália. **Berta Paz Lorido** – Universitat de les Illes Balears, Espanha. **Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América. **Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. **Erica Rosalba Mallmann Duarte** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil. **Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil. **Héider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil. **João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. **Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil. **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil. **Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra. **Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina. **Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil. **Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil. **Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil. **Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. **Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil. **Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil. **Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil. **Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil. **Rossana Staevie Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil. **Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil. **Sueli Terezinha Goi Barrrios** – Ministério da Saúde, Brasil. **Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil. **Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil. **Vera Lucia Kodjaoglanian** – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil. **Vera Maria da Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil.

A **Série Vivências em Educação na Saúde** propõe a educação na saúde como tema, partindo do entendimento que ainda há grande distância entre as diretrizes legais para a educação na saúde e no cotidiano do Sistema Único de Saúde. É um tema cujo debate contemporâneo tem salientado a construção de novas práticas acadêmicas e a internalização de novas posturas profissionais, tendo como objeto as políticas de educação e saúde. As políticas nacionais de educação na saúde vêm tentando induzir processos de mudança na formação dos profissionais da denominada “área da saúde”, no entanto – para além da carga horária e dos conteúdos obrigatórios – o perfil dos egressos de cursos superiores (ou não) é o que deve estar no centro da discussão. Por meio desta série se quer oportunizar espaço de socialização de conhecimento útil à gestão e às instituições formadoras, mostrando experiências potentes em educação na saúde.

A Série tem coordenação editorial de:

**Dr. Alcindo Antônio Ferla** (Brasil), **Dr. Ricardo Burg Ceccim** (Brasil), **Maria Augusta Nicoli** (Itália) e **Cláudia Rodrigues de Freitas** (Brasil).

Publicação realizada por meio de parceria interinstitucional entre a Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP), a Associação Brasileira da Rede Unida e o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT PS & DS - ABRASCO). Artigos selecionados a partir de Chamada pública para submissão de manuscritos nº 006/2019, com a temática “Interfaces entre Promoção da Saúde e Prevenção: Análises Conceituais e Empíricas Centradas em Políticas Públicas”. Os artigos recebidos foram submetidos à avaliação de pares e os artigos aprovados, provenientes de pesquisas teóricas ou empíricas, compõem esta coletânea.

Comissão Executiva Editorial

**Gabriel Calazans Baptista**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

**Lúcia Pouchain**

#### DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M984p Murta, Sheila Giardini (org.) et al.

Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: diálogos de Norte a Sul / Organizações: Sheila Giardini Murta, Maria Inês Gandolfo Conceição, Cristineide Leandro-França, Ronice Franco de Sá, Larissa de Almeida Nobre-Sandoval e Larissa Polejack. – 1. ed. -- Porto Alegre : Rede Unida, 2021.

434 p. (Série Vivências em Educação na Saúde)  
E-book: 5,74 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-65-87180-24-3

DOI: 10.18310/9786587180243

1. Cuidado em Saúde. 2. Prevenção. 3. Promoção da Saúde. 4. Psicologia. 5. Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180019

CDD 610.362

CDU 64.044

#### ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde Pública e cuidados com grupos específicos.
2. Medicina: Serviços preventivos e políticas públicas em saúde.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



# Sumário

## APRESENTAÇÃO.....9

*Sheila Giardini Murta, Maria Inês Gandolfo Conceição, Cristineide Leandro-França, Ronice Franco de Sá, Larissa de Almeida Nobre-Sandoval, Larissa Polejack*

## SEÇÃO A | Diálogos Inter-regionais.....15

### CAPÍTULO 1 | Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Se ‘Movimentando’ para Borrar as Fronteiras Conceituais .....16

*Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Camile Dalla Corte de Araújo, Fernanda Greicy Santos de Oliveira, Leonardo Araújo Vieira, Marília da Silva Alves e Renata Oliveira Maciel dos Santos*

### CAPÍTULO 2 | Prevenção da Violência no Namoro e Políticas Públicas: Diálogos Necessários.....34

*Sidnei Rinaldo Priolo Filho, Jeane Lessinger Borges e Silvia Renata Lordello*

## SEÇÃO B | Diálogos com o Norte.....57

### CAPÍTULO 3 | Reflexões Universitárias sobre Ensinar-Aprender Promoção da Saúde: Diálogos Produzidos Coletivamente por Professores do Amazonas-Pará-Roraima .....58

*Paulo Sérgio da Silva, Raphael Florindo Amorim, Simone Argentino, Sarah Lais Rocha e Elizabeth Teixeira*

### CAPÍTULO 4 | Advancing Health Promotion Education Towards Systems and Policy Change: A Transdisciplinary Case Study.....82

*Paola Ardiles Gamboa, Patricia Mahecha Gutierrez, Angelica Yee, Erika Aguilar e Shawn Smith*

## SEÇÃO C | Diálogos com o Nordeste.....109

### CAPÍTULO 5 | Formação em Promoção da Saúde e Municípios Saudáveis: Historiando, Refletindo e Propondo Novos Caminhos... Uma Atualização Necessária.....110

*Ronice Franco de Sá, Socorro Freire, Rosane Senna Salles e Amanda Soares dos Santos*

### CAPÍTULO 6 | Promoção do Bem-Estar Subjetivo Parental para Prevenção de Prejuízos no Desenvolvimento Infantil em Contextos Sociovulneráveis .....125

*Patrícia Alvarenga, Antonio C. S. Silva, Zelma F. Soares e Catiele Paixão*

### CAPÍTULO 7 | Utilização de Ambiente Virtual de Aprendizagem na Articulação Interprofissional para a Promoção da Saúde .....147

*Níli Maria de Brito Lima Prado, Rosemary da Rocha Fonseca Barroso, Marina Luna Pamponet, Hebert Luan Pereira Campos dos Santos, Rosana Aquino Guimarães Pereira e Maria Guadalupe Medina*

### CAPÍTULO 8 | Gênero, Sexualidade e Assistência Ginecológica: A Percepção de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e Homens Transexuais .....166

*Juliane de Lira Mendes, Patrícia Pereira Tavares de Alcantara, José Geraldo de Alencar Santos Junior, Bruna Stephanie Bernardo da Silva, Camila Almeida Neves de Oliveira e Francisca Evangelista Alves Feitosa*

## SEÇÃO D | Diálogos com o Centro-Oeste .....187

### CAPÍTULO 9 | Promoção da Saúde para uma Vida Melhor: Um Estudo Etnográfico do Programa Academia da Saúde no Estado de Goiás.....188

*Fernanda Ramos Parreira e Marta Rovey de Souza*

### CAPÍTULO 10 | Por uma Utopia Sustentável: Educação Ambiental com Crianças de Educação do Campo no Contexto das Mudanças Climáticas.....219

*Pedro Lusz e Saulo Rodrigues Filho*

### CAPÍTULO 11 | Enquanto Houver Sol: Exemplo do Mapa Corporal Narrado na Promoção da Saúde de Pessoa em Situação de Rua .....248

*Ana Luísa Coelho Moreira, Nathália da Silva Soares Alves, Maria Luíza Macedo e Maria Inês Gandolfo Conceição*

### CAPÍTULO 12 | A Universidade de Brasília Promotora de Saúde no Contexto da Pandemia de COVID-19 .....273

*Larissa Polejack, Cristineide Leandro-França, Laércia Abreu Vasconcelos, Sheila Giardini Murta, Josenaide Engracia dos Santos, Muna Muhammad Odeh, Dione Oliveira Moura, Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil, Bárbara Evelline da Silva Bandeira, Regina Lúcia Sucupira Pedroza, Virgínia Turra, Karen Macedo, Daniela da Silva Rodrigues, Doralice Oliveira Gomes, Flávia Mazitelli de Oliveira, Júlio Cesar Alencar Ramos, Ronay de Lucena Santos, Karen Lorrany Leite Marano, Rafaella Eloy de Novaes, Renato Cabral Rezende, Ioneide de Oliveira Campos, Daniel Goulart, Silvia Renata Lordello, Paulo França, Kleidson Oliveira Beserra, Lucas Lemos da Silva, Marina Figueredo Machado, Joana D’Arc Sampaio de Souza, Eduardo Mourão Vasconcelos, Flávia Reis de Andrade, Mariana Sodário Cruz, José Antonio Iturri, Patrícia Rezende, Priscila Almeida Andrade, Marcelo Tavares, Suely Sales Guimarães, Vanessa Oliveira Tavares, Hércules Souza, Flávio Pereira Cunha, Helenice Assis Vespasiano, Raquel Mendes Celedônio e Silvia Furtado de Barros*

## SEÇÃO E | Diálogos com o Sudeste..... 318

### CAPÍTULO 13 | “Grupo de Homens” como Dispositivo de Promoção da Saúde: Experiências Singulares em Práticas de Cuidado ..... 319

*Moisés da Silva Roberto, Marcos Bagrichevsky, Thiago Drumond Moraes, Maria Bastos Cacciari e Analice Alcantara Meireles*

### CAPÍTULO 14 | Psicologia & Promoção à Saúde: Perspectivas para Atuação do Psicólogo em um Contexto Educacional..... 346

*Juliana Peterle Ronchi, Luziane Zacché Avellar e Lígia Rocha Cavalcante Feitosa*

### CAPÍTULO 15 | Educação em Saúde na Perspectiva de Psicólogas Atuantes no NASF-AB de Municípios Sul-Fluminenses..... 368

*Martina de Paula Eduardo Ravaioli e Lilian Maria Borges*

## SEÇÃO F | Diálogos com o Sul..... 397

### CAPÍTULO 16 | A Rede de Saúde Mental Frente ao Incêndio da Boate Kiss: Interdisciplinaridade e Clínica Ampliada ..... 398

*Letícia Bortolotto Flores, Mônica Sperb Machado, Bruna Fragoso Cousseau, Lucas Lazzarotto Vasconcelos Costa e Caroline Rubin Rossato Pereira*

## SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES..... 418

## APRESENTAÇÃO

É com satisfação que apresentamos aos leitores e às leitoras a obra *Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: Diálogos de Norte a Sul*, fruto de um processo de trabalho colaborativo entre a Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP), a Associação Brasileira da Rede Unida e o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT PS & DS - ABRASCO). Esta obra foi concebida, inicialmente, por meio de interlocuções entre a BRAPEP e a Associação Brasileira da Rede Unida e, posteriormente, entre a BRAPEP e o GT PS & DS. Ao fim, as três entidades se somaram com o propósito de dar visibilidade a produções que articulassem os temas promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde.

Em seu plano inicial, o livro recebeu o título de “Interfaces entre Promoção da Saúde e Prevenção: Análises Conceituais e Empíricas Centradas em Políticas Públicas”. Contudo, os trabalhos recebidos, exceto o capítulo de abertura - *Promoção da saúde e prevenção de doenças: se ‘movimentando’ para borrar as fronteiras conceituais*, de Fabio Fortunato Brasil de Carvalho e coautores -, não se ocupavam da esperada interface, mas sim de fazeres situados em um ou outro campo, isto é, promoção da saúde ou prevenção. Em que pese a riqueza dos estudos e práticas descritos em cada manuscrito recebido, tal lacuna nos pareceu trazer à luz algo relevante, que merecia um olhar analítico e propositivo. Do ponto de vista analítico, isto suscitou um conjunto de indagações acerca das motivações, prontidão e necessidade de se discutir a interface entre estes conceitos e suas implicações práticas. Quão interessados estão nossos pares em discutir esta interface? Qual instrumentalizada está a comunidade acadêmica e profissional para empreender este esforço conceitual? Tal discussão é percebida como relevante, ou isto sequer tem entrado em nossas agendas de trabalho? Se não tem entrado em nossas agendas de trabalho, por quais razões?

Do ponto de vista propositivo, a supracitada lacuna nos levou a duas providências, uma mais imediata e outra, ainda em processo. A primeira, foi a mudança do título do livro, agora renomeado como *Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos*

à Saúde: *Diálogos de Norte a Sul*. O novo título espelha, por um lado, a diversidade regional de vinculações institucionais e espaços em que os trabalhos foram realizados e, por outro lado e mais importante, o desejo das entidades envolvidas – BRAPEP, Rede Unida e GT PS & DS – ABRASCO, de seguir estabelecendo intercâmbios entre pesquisadores de todas as regiões do país e exterior. A segunda providência, associada ao intuito de fortalecimento de redes de pesquisa, é o planejamento de espaços de reflexão para que isto se concretize, seja por ações individualizadas ou integradas entre estas entidades e outras com missões afins.

Em consonância com o enunciado do livro, os 16 capítulos que o compõem foram organizados em seis seções: Diálogos Inter-regionais; Diálogos com o Norte; Diálogos com o Nordeste; Diálogos com o Centro-oeste; Diálogos com o Sudeste e Diálogos com o Sul. É notável, em cada uma destas seções, a robustez e relevância social das práticas e pesquisas, fortemente alicerçadas em metodologias qualitativas, articuladas a diferentes temas transversais e eixos operacionais da promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, bem como a movimentos e políticas diversas. Dentre os movimentos, destacam-se o Movimento por Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis; Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; e o Movimento das Universidades Promotoras de Saúde. Dentre as políticas, incluem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Política Nacional de Assistência Social, Política Nacional de Educação Ambiental e Política Nacional de Humanização.

A primeira seção, Diálogos Inter-regionais, compreende dois capítulos conceituais de autores vinculados a diferentes regiões brasileiras: *Promoção da saúde e prevenção de doenças: se 'movimentando' para borrar as fronteiras conceituais*, de Fabio Fortunato Brasil de Carvalho e colaboradores (Capítulo 1); e *Prevenção da violência no namoro e políticas públicas: diálogos necessários*, de Sidnei Rinaldo Priolo Filho e colaboradores (Capítulo 2). Enquanto o primeiro faz uma necessária revisão crítica acerca da interface entre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, o segundo aplica o conceito de prevenção de agravos à saúde ao problema da violência nas relações afetivo-sexuais e analisa políticas públicas que abarcam, em suas diretrizes, a prevenção ao referido fenômeno.

A segunda seção, Diálogos com o Norte, reúne dois capítulos de autores vinculados à região norte do Brasil e ao Canadá: *Reflexões universitárias sobre ensinar-aprender promoção da saúde: diálogos produzidos coletivamente por professores do Amazonas-Pará-Roraima*, de Paulo Sérgio da Silva e coautores (Capítulo 3); e *Advancing health promotion education towards systems and policy change: a transdisciplinary case study*, de Paola Ardiles Gamboa e coautores (Capítulo 4). O primeiro texto apresenta práticas de ensino-aprendizagem de promoção da saúde em três universidades do norte do Brasil: Universidade Federal de Roraima, Universidade Estadual do Amazonas e Universidade Estadual do Pará. O segundo texto consiste em um estudo de caso que analisa benefícios, impactos e desafios de um programa de imersão comunitária destinado ao ensino de promoção da saúde para múltiplos cursos de graduação da Simon Fraser University (Canadá).

A terceira seção, Diálogos com o Nordeste, é composta por quatro capítulos de autores que estão vinculados a instituições desta região ou discutem experiências ou estudos aí realizados. O Capítulo 5, *Formação em promoção da saúde e municípios saudáveis: historiando, refletindo e propondo novos caminhos ... uma atualização necessária*, de Ronice Franco de Sá e coautoras, discute a formação da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, composta por 24 municípios, em um percurso de quase duas décadas, cujo êxito resultou na difusão da experiência formativa para países da América latina e países africanos de língua oficial portuguesa. O Capítulo 6, *Promoção do bem-estar subjetivo parental para prevenção de prejuízos no desenvolvimento infantil em contextos sociovulneráveis*, de Patrícia Alvarenga e coautores, descreve uma revisão narrativa que analisa o conceito de bem-estar subjetivo; discute a relação entre bem-estar subjetivo, parentalidade e desenvolvimento infantil; e problematiza seu uso em programas parentais para prevenção de agravos à saúde de crianças em situação de vulnerabilidade. O Capítulo 7, *Utilização de ambiente virtual de aprendizagem na articulação interprofissional para a promoção da saúde*, de Nilia Maria de Brito Lima Prado e coautores, apresenta um estudo de caso que examina a implementação de um curso de extensão na modalidade de educação a distância sobre Gestão de Ações Intersetoriais para Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. E o Capítulo 8, *Gênero, sexualidade e assistência ginecológica: a percepção*

de lésbicas, mulheres bissexuais e homens transexuais, de Juliane de Lira Mendes e colaboradores, consiste em um estudo descritivo que investigou, por meio de entrevistas, as vivências no cuidado ginecológico de mulheres cisgêneros lésbicas, bissexuais e homens transexuais nos serviços de saúde brasileiros.

A quarta seção, Diálogos com o Centro-oeste, inclui quatro capítulos, cujas experiências ou pesquisas foram implementadas nesta região. O Capítulo 9, *Promoção da saúde para uma vida melhor: um estudo etnográfico do Programa Academia da Saúde no Estado de Goiás*, de Fernanda Ramos Parreira et al., avalia o Programa Academia da Saúde em quatro municípios goianos, especificamente no que tange à participação social e mobilização comunitária. O Capítulo 10, *Por uma utopia sustentável: educação ambiental com crianças de educação do campo no contexto das mudanças climáticas*, de Pedro Lusz et al., apresenta uma pesquisa ação participativa focada no desenvolvimento da percepção ambiental de crianças de escolas de educação do campo do Distrito Federal. O Capítulo 11, *Enquanto houver Sol: exemplo do mapa corporal narrado na promoção da saúde de pessoa em situação de rua*, de Ana Luísa Coelho Moreira e coautoras, descreve o mapa corporal como ferramenta de pesquisa e intervenção para promoção da saúde com populações vulnerabilizadas, a partir de sua aplicação a um caso de uma mulher em situação de rua. E o Capítulo 12, *A Universidade de Brasília promotora de saúde no contexto da pandemia de COVID-19*, de Larissa Polejack e colaboradores, consiste no relato de experiência de ações para promoção da saúde mental na Universidade de Brasília, no contexto da pandemia de COVID-19, sob a liderança da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária, conduzidas pelo Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Universidade de Brasília para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19.

A quinta seção, Diálogos com o Sudeste, agrega três capítulos. O Capítulo 13, *“Grupo de Homens” como dispositivo de promoção da saúde: experiências singulares em práticas de cuidado*, de Moisés da Silva Roberto e colaboradores, discute um estudo descritivo-analítico, ancorado em técnicas etnográficas, acerca de vivências e ações desenvolvidas junto a um Grupo de Homens conduzido em uma Unidade Básica de Saúde do Espírito Santo. O Capítulo 14, *Psicologia & promoção à saúde: perspectivas para atuação do psicólogo em um contexto educacional*, de Juliana Peterle Ronchi e coautoras, tece reflexões acerca da atuação

de psicólogos para promoção da saúde em ambientes educacionais, tomando como alvo de análise práticas promotoras da saúde conduzidas no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. E o Capítulo 15, *Educação em saúde na perspectiva de psicólogas atuantes no NASF-AB de municípios sul-fluminenses*, de Martina de Paula Eduardo Ravaioli et al., apresenta um estudo que examinou concepções de profissionais de psicologia atuantes no Sistema Único de Saúde / Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca das características, desafios e potencialidades das estratégias de educação em saúde no cotidiano dos serviços de atenção primária à saúde.

Por fim, a sexta seção, Diálogos com o Sul, encerra o livro por meio do Capítulo 16, *A rede de saúde mental frente ao incêndio da boate Kiss: interdisciplinaridade e clínica ampliada*, de Letícia Bortolotto Flores e coautores. Neste texto, os autores expõem um estudo qualitativo, de natureza exploratória, realizado com psicólogos integrantes dos serviços que desenvolviam as políticas de saúde mental na cidade de Santa Maria/RS e atuavam nos dispositivos constituídos para o cuidado dos envolvidos no incêndio da boate Kiss.

Desejamos, com isto, não apenas identificar onde estão nossos pares no espaço geográfico, mas sobretudo incrementar a estratégia de tessitura de redes de pesquisa e prática, algo caro para as três entidades que gestaram este livro. Para nós, é imprescindível o fortalecimento de redes de pesquisadores, gestores, profissionais e interessados no campo da promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, sobretudo neste momento em que fomos atropelados pela pandemia da COVID-19 e perdemos grande parte das referências que nos traziam conforto e pertencimento. Como anunciamos no início desta apresentação, buscávamos, a princípio, interfaces entre promover saúde e prevenir agravos. Não recebemos textos que desvelassem as conexões, as pontes, os pontos de integração. No entanto, a vida real nos mostrou interfaces durante a pandemia. Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos nunca estiveram tão entrelaçadas. Isso reforça a nossa expectativa de, ainda, querer investir não na pesquisa de um ou outro campo, mas no ponto onde esses campos se interligam, se conectam, dialogam.

No período de elaboração e organização do livro saímos de um mundo conhecido onde as pessoas se tocavam, se encontravam e conviviam para um mundo de distanciamentos, vida virtual e medo. Não foi, o próprio ano de 2020,

um ano onde a interface entre promover saúde e prevenir agravos foi o foco central na vida da humanidade, de maneira explícita e assumida (pelo menos para quem permaneceu vivo e para quem não negou a realidade)? Ainda insistimos na relevância e pertinência de buscar convergências, especificidades e divergências entre esses campos. Nesta direção, o mapeamento regional aqui apresentado pontua potencialidades e possibilidades e nos dá a certeza do dever cumprido.

Como profissionais, professoras, pesquisadoras da área de saúde e de ciências sociais e humanas temos o desejo de conhecer como atuar no campo das inter-relações, das interfaces e do não-lugar (mundo virtual sem território definido). O mundo em transição precisa estar aberto a novos olhares, a saltos teóricos, conceituais, disciplinares e setoriais. Talvez, assim, possamos encontrar o elo entre os campos que pretendíamos apresentar neste livro. Porque, na verdade, tanto há uma separação de campos quanto uma aproximação tão grande que gera um certo *borramento* conceitual entre esses mesmos campos. Como separar? Como unir? Como demarcar territórios? Como distinguir? Como encontrar as interfaces necessárias entre promoção da saúde e prevenção de agravos em tempos de COVID-19? Convidamos às leitoras e leitores à construção coletiva de respostas.

*Sheila Giardini Murta*  
*Maria Inês Gandolfo Conceição*  
*Cristineide Leandro-França*  
*Ronice Franco de Sá*  
*Larissa de Almeida Nobre-Sandoval*  
*Larissa Polejack*





## Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Se ‘Movimentando’ para Borrar as Fronteiras Conceituais

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho  
Camile Dalla Corte de Araújo  
Fernanda Greicy Santos de Oliveira  
Leonardo Araújo Vieira  
Marília da Silva Alves  
Renata Oliveira Maciel dos Santos

### Aquecimento

As Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) são formalmente reconhecidas como ação de Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2006 com a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006). Em 2014, tal status foi ratificado com a publicação de uma nova versão (Brasil, 2014). Igualmente, como prevenção (e controle) de diversas condições de saúde, em especial as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), há diversas evidências científicas que mostram a importância das PCAF (Lacombe, Armstrong, Wright, & Foster, 2019; Organização Panamericana da Saúde – OPAS, 2018; *U.S. Department of Health and Human Services*, 2018).

Diante das múltiplas faces das PCAF dentro do campo da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, surgem reflexões e questionamentos sobre sua implementação na saúde pública, assim como em relação a suas características e potencialidades, além dos limites conceituais apresentados por esses termos. A partir daí, a proposta deste capítulo é ‘exercitar’ as PCAF como uma importante ação de saúde e apresentar suas possibilidades na aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças no cotidiano do SUS.

Tal ‘exercício’ foi realizado com a Produção de Cuidado (Carvalho, Guerra, & Loch, 2020) e classicamente a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças aparecem em compreensões por vezes complementares, quase sinônimos ou em uma união que as transforma em um único termo e, em outras, como opostas, segmentadas e, até mesmo, contraditórias (Carvalho, 2019<sup>a</sup>), tornado pertinente tal aproximação.

Este texto é um ensaio teórico-reflexivo baseado no diálogo entre tese de doutoramento do primeiro autor (Carvalho, 2019<sup>a</sup>) e relatos de experiência dos demais autores, profissionais que atuam na gestão ou ofertam as PCAF no SUS. Os autores atuam na gestão do SUS, federal e municipal, e na oferta das PCAF na Atenção Básica e na Especializada em municípios brasileiros dos estados do CE, ES, RJ, SC e SE. Assim, o presente capítulo consiste em produção colaborativa entre atores sociais que atuam na pesquisa, gestão e nos serviços de saúde. Portanto, buscamos expressar neste texto diversidades regional, institucional e de expertises que devem ser amplamente destacadas e valorizadas em tempos de rebaixamento geral de percepção da realidade e descompromisso com a ciência, saúde, educação e ambiente que assola o país (Rocha, 2019).

Para Buss, Hartz, Pinto e Rocha (2020), os profissionais de saúde, dentre outros atores sociais, têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida, contudo não há receitas prontas, como em outras questões no campo da saúde. Para eles, a Promoção da Saúde pode ser uma forma de mediação entre a população e o poder público por meio da capacitação para o exercício da cidadania e do controle social.

Com o ‘movimento’, ‘imobilidade’, ‘exercício’, por meio das PCAF, o objetivo do texto é aproximar Promoção da Saúde e Prevenção de doenças, principalmente nos programas públicos no SUS, mas não só, evidenciando que conceitos podem não dar conta da realidade fluída, incerta e imprevisível das práticas de saúde no cotidiano. Defendemos que, na prática do dia a dia, as fronteiras conceituais são borradas mesmo havendo o reconhecimento que as distinções entre elas podem aparecer e, de fato, isso ocorre muitas vezes nas práticas em saúde (Carvalho, 2019<sup>a</sup>). Mas, nossa aposta é que na interseção há muito a se ganhar no processo de cuidado.

## A 'imobilidade' dos conceitos

Inicialmente, para dialogar com as análises conceituais e empíricas sobre as interfaces entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças nas políticas públicas é essencial trazer seus conceitos-chave. Ao denominar como 'imobilidade', apontamos que os conceitos e sua definição podem não restringir ou impedir que existam diversos sentidos (Carvalho, 2016):

- Promoção da Saúde: conjunto de estratégias e formas de produzir saúde individual e coletiva ao buscar, de forma intrasetorial, atuar na Rede de Atenção à Saúde e, de forma intersetorial, articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2014).
- Prevenção de Doenças: medidas que enfatizam o controle de riscos associados a algumas enfermidades na tentativa de evitar o surgimento de doenças reduzindo a incidência e prevalência nas populações. Em geral, a estratégia utilizada é a educação em saúde tradicional por meio da transmissão de informações com o objetivo de adoção de hábitos saudáveis e mudanças de comportamentos (Silva, Sena, Lima, Martins & Santos, 2013; Staliano & Araújo, 2011).

É relevante afirmar que há confusão entre os termos com marcante imprecisão conceitual, nela prevalece a perspectiva biologicista e o caráter preventivo na Promoção da Saúde (Netto & Silva, 2018). Segundo as autoras, tal imprecisão e a confusão conceitual no conteúdo das práticas ditas de Promoção da Saúde também ocorrem no processo formativo, assim ela seria um grande guarda-chuva que abarca qualquer tema relacionado à saúde (Carvalho, Cohen, & Akerman, 2017). Ou possui apenas uma visão restrita que a relaciona à biopolítica atrelada aos riscos à saúde (Lopes, 2019). E, ainda, em uma simbiose com a Prevenção de Doenças que as tornam um termo/conceito, mesmo quando elas são compreendidas como opostas, se afastando da compreensão que enfatiza as possíveis interseções apresentadas no presente texto.

Em complemento, trazemos os outros dois conceitos-chave do texto:

- Práticas Corporais: expressões individuais ou coletivas do movimento corporal que fazem parte das manifestações da cultura corporal de determinado grupo que carregam significados que as pessoas lhe atribuem, e devem contemplar as vivências lúdicas e de organização cultural (Brasil, 2013);

- Atividade Física: movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso (Brasil, 2013).

Neste texto, iremos abordar esses dois últimos conceitos em conjunto: PCAF, por crer que tanto o gasto energético, quanto o significado que as pessoas atribuem fazem parte do mesmo fenômeno, o movimento corporal, e assim ocorrem simultaneamente e são importantes para a saúde. Defendemos que compreender os sentidos e significados atribuídos às PCAF pelos sujeitos deve ter a mesma importância que mensurar e quantificar seus benefícios em aspectos biológicos para a saúde (Carvalho & Carvalho, 2018), buscando não mais compartimentalizar o fenômeno do movimento corporal quando relacionada à saúde. Assim como também iremos nos referir como Professor/Profissional de Educação Física (PEF) por crer que os papéis que os dois termos abarcam são complementares, ainda que conheçamos o debate envolvido na área, mas que fogem às especificidades e objetivos do presente texto.

Defendemos uma visão ampliada das PCAF e nela não há espaço para compreensões que não abarquem sua complexidade, assim reconhecemos a importância do PEF em sua oferta, mas não restrita apenas a atuação deste. Estamos falando das PCAF como direito, como forma de deslocamento, lazer, diversão, no cotidiano, o que não necessariamente requer sistematização e instruções, porém reconhecendo a importância quando isso ocorre.

Conceitos apresentados e sucinta explanação de alguns pontos que julgamos importantes para que o leitor e a leitora compreendam nossas opções, vamos 'andar' por caminhos que possibilitem a objetivada aproximação por meio das experiências de trabalhadores e trabalhadoras do SUS que atuam na promoção das PCAF em diferentes municípios brasileiros.

## Foi dada a largada: apresentando as experiências municipais

Por meio de programas públicos e de iniciativas municipais de PCAF no SUS, por julgarmos o acesso como essencial para pensar tais práticas, é que 'exercitaremos' a aproximação entre e com a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Um estudo realizado em Pelotas/RS exemplifica o importante papel dos programas públicos na oferta de PCAF, ao investigar a relação entre o

aconselhamento e a mudança de comportamento em usuários de unidades básicas de saúde. O estudo encontrou influência positiva sobre os estágios de mudança de comportamento, a partir do aconselhamento, reiterando a importância de qualificar/ melhorar essa prática nas unidades de saúde (Gomes Papini, Nakamura, Teixeira, & Kokubun 2019; Hafele & Siqueira, 2016).

A mudança de comportamento quando construída de forma participativa, favorece a autonomia e protagonismo das pessoas, afastando-se das críticas que as relacionam à culpabilização pela sua condição individual de saúde (Carvalho, 2019<sup>a</sup>; Carvalho et al., 2017), sendo uma das formas de aproximar Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Vitória – ES tem um dos mais antigos programas de PCAF no SUS do Brasil, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde. Este programa foi reconhecido pelo Ministério da Saúde como pioneiro e fonte de inspiração para a criação do Programa Academia da Saúde (Brasil, 2019<sup>a</sup>). O Academia da Saúde é o programa em âmbito nacional de PCAF no SUS, entre outras atividades desenvolvidas.

Atualmente, o SOE tem o objetivo de contribuir para a Promoção da Saúde, prevenção e enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis e melhoria da qualidade de vida da população, estimulando o aumento da prática de atividade física no lazer e redução dos níveis de inatividade física. Deste modo, o SOE busca ampliar a qualificação dos espaços públicos de lazer.

O serviço é constituído por uma rede de PEFs, que atuam desde 1990 em equipamentos específicos para as ações do programa denominados Módulos do SOE, instalados na orla, praças, parques públicos da cidade. Além destes, no intuito de promover o fortalecimento na rede municipal de saúde de Vitória – ES, os profissionais do SOE também foram inseridos em 2004 nas equipes das Unidades de Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e a partir de 2013, nas equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

No município de Mauriti – CE, foi com o NASF-AB e a inclusão de PEF na equipe que os serviços ofertados passaram a contemplar um atendimento mais integral e com um caráter interdisciplinar. Buscou-se conhecer o processo de estruturação dos serviços de saúde e, com isso, houve a superação de um modelo no qual o profissional atuava apenas no polo do Programa Academia da Saúde e

realizava sua função isolada de outros profissionais de saúde, que encontravam-se ‘aprisionados’ na cultura de somente realizar atendimento ambulatorial e visitas domiciliares. O avanço se deu através da compreensão ampliada do processo saúde-doença, quebrando paradigmas por meio das consultas compartilhadas e com a participação efetiva em projetos terapêuticos singulares.

Em Nova Erechim – SC, as PCAF se deram também após a inserção da PEF na unidade básica de saúde do município. No processo de trabalho inicial, a equipe realizou um diagnóstico sobre o perfil demográfico, cultura, vínculo com a equipe de saúde, atividades ofertadas pelo poder público, etc. Como consequência deste diagnóstico, a implantação de grupos de PCAF no polo do Programa Academia da Saúde e nas comunidades do interior do município ampliou o acesso dos munícipes a tais práticas.

Em Aracaju – SE, a vivência com as PCAF deu-se na Saúde Mental, em uma intervenção na Rede de Atenção Psicossocial: uma oficina denominada Bora Lá, construída de maneira multiprofissional, é realizada semanalmente com usuários de um CAPS III. Dentre os participantes estão aqueles que só frequentam esta Oficina, alguns moradores da Residência Terapêutica (RT) que passaram por internações psiquiátricas de longa permanência e outros usuários que não costumam caminhar e conhecer outros territórios da cidade.

As experiências apresentadas irão permear o exercício de aproximação da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças no próximo tópico, nos ajudando a construir o argumento de que é possível superar a imobilidade dos conceitos.

Destaca-se, ainda, o marcante papel que o NASF-AB proporcionou no tocante às PCAF. Contudo, isto pode ser se perder devido à política do Ministério da Saúde em curso de não mais repassar recursos de incentivo para esse tipo de equipe, em uma suposta proposta de maior liberdade para o gestor municipal optar por compor as equipes multiprofissionais (Brasil, 2019<sup>b</sup>; 2020), o que precisaremos acompanhar atentamente.

## **As Práticas Corporais e Atividades Físicas na aproximação da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças**

Mas e as PCAF nesse contexto? Como elas podem borrar as fronteiras conceituais e ompar-las em ‘movimento’? Para buscar respostas a tais questões,

faz-se necessário aprofundar compreensões das práticas em saúde com distintos e complementares enfoques e até mesmo questionar e problematizar a estabilidade e imobilidade dos conceitos a partir da necessidade de que a Saúde Coletiva aborde o desafio das complexidades dos problemas de saúde, em especial num momento e contexto de retrocesso das políticas sociais e com rejeição à ciência, mediante a ação multidisciplinar de pesquisadores, gestores e população com a integração de cultura, saberes e conhecimentos científicos (Carvalho, 2019c).

A Promoção da Saúde pode ser entendida como uma estratégia na qual os sujeitos são todos partícipes do processo de produção do cuidado (Brasil, 2014). Seus princípios, como equidade, autonomia, participação social e intersectorialidade (Brasil, 2014; Carvalho et al., 2017), também podem e, em nossa concepção, devem ser pensadas para a Prevenção de Doenças.

De forma geral, na literatura nacional, é comum encontrar defesas da Promoção da Saúde relacionadas às mudanças nas condições de vida (Durand & Heideman, 2019; Pinto & Silva, 2019). Contudo, elas são processuais e podem significar pequenas conquistas para as pessoas, um exemplo é a nova forma de compreender e encarar o contexto cotidiano no qual a pessoa vive, mesmo com suas adversidades e complexidades, a partir do aumento da autonomia e empoderamento (Carvalho, 2019<sup>a</sup>). Dessa forma, tais mudanças, na perspectiva macro, caso sejam consideradas como condição para a Promoção da Saúde, podem ser um limitante para as ações cotidianas nos serviços de saúde e outros equipamentos sociais dos territórios.

Especificamente sobre as PCAF, para contribuir e aproximar Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, defende-se buscar a superação da compreensão restrita que compreende as recomendações globais (*World Health Organization* – WHO, 2010), que estabelecem ser necessário alcançar uma determinada duração e intensidade das PCAF, como única possibilidade de obtenção de benefícios para a saúde, em geral, desconsiderando os de outras ordens ligadas à fruição e usufruto. Neste contexto, as evidências atuais afirmam haver benefícios para a saúde independente da duração e intensidade (Clarke, Colley, Janssen, & Tremblay, 2019; U.S. Department of Health and Human Services, 2018; Warburton & Bredin, 2016, 2017). Assim, necessariamente precisam ser avaliados e considerados as condições de saúde e determinantes sociais específicos envolvidos em cada contexto. Desta forma, será possível buscar estabelecer novos horizontes que possibilitem incorporar uma compreensão mais ampliada e que

extrapole os benefícios biológicos, o que não diminui a importância destes na relação entre as PCAF e saúde (Carvalho, 2019b).

No exemplo de Nova Erechim – SC, dada a opção de contemplar diferentes comunidades do município, as PCAF são ofertadas uma vez por semana em algumas delas e, inicialmente, havia a preocupação sobre o impacto na saúde considerando que o número de sessões é um elemento importante para a obtenção de benefícios para a saúde. No entanto, têm sido observadas mudanças positivas na saúde geral dos participantes, como melhora da ansiedade, autoestima, autonomia e considerável melhora nas queixas de dores articulares inicialmente referidas. Além disso, notou-se maior disposição para realizar outras atividades, como caminhada e alongamento.

Reconhecemos como desejáveis as melhorias em componentes da aptidão física e nas características antropométricas e fisiológicas de quem realiza as PCAF, mas não como fins únicos ou mais relevantes, sendo necessário associá-los, de alguma forma, com as vivências e aprendizagens das pessoas, suas preferências, contribuindo assim para o lazer, convivência e a socialização entre os praticantes.

Cabe ressaltar que promover aprendizagens requer apresentar todos os elementos constituintes da prática, como história, técnicas, passos, postura, frequência, formas e benefícios para que o sujeito compreenda seu significado e importância e assim possa incluí-las em seu cotidiano, o que contribui para o desenvolvimento da autonomia (Brasil, 2019<sup>a</sup>). Essa concepção é essencial na aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças já que uma visão restrita das PCAF, com enfoque exclusivo nos seus benefícios biológicos para a saúde, as deixaria mais próxima de uma visão restrita da Promoção da Saúde na qual seu principal objetivo seria ‘apenas’ prevenir sinais e sintomas de doenças.

Tal efeito foi marcante na experiência de Aracaju – SE, que tem suas ações realizadas em parques públicos, com caminhadas, atividades de relaxamento, alongamento e contemplação da natureza. Isto promove a integração e socialização entre usuários, profissionais e passantes. Ações em museus também são desenvolvidas buscando aliar as PCAF com outros componentes como o conhecimento de momentos históricos, dentre outras possibilidades.

Em grande parte das oficinas Bora Lá, um roteiro de atividades era proposto pelo profissional responsável naquele dia, mas não se cristalizavam ações em

decisões hierárquicas. Caso surgisse um desejo individual ou coletivo de caminhar para ver o rio, brincar de ciranda ou cantar, os usuários eram ouvidos. Deste modo, a atenção ao que emergia no espaço ditava a sequência das ações naquele dia.

Essa oficina apresenta um importante ponto a ser ressaltado: a valorização do protagonismo do usuário. As decisões e a exploração do território são feitas a partir da implicação do participante e do trabalhador. Opções de locais a serem visitados, a música durante a ciranda, os conhecimentos durante a visita no museu, sentimentos e experiências que são expressos a partir do próprio corpo. Os acontecimentos que emergem a partir dos encontros são muitas vezes mediados pelos profissionais para que os usuários percebam sua própria autonomia, sua voz e seus movimentos.

Assim, apesar da posição hierarquizada na relação profissionais e usuários, justificada por saberes específicos, a produção de saúde se torna complexa uma vez que assim como os participantes, os profissionais também são implicados por forças e tensionamentos imanentes nos encontros (Damico & Bilibio, 2019). A oficina não tem o objetivo único e restrito de levar os usuários para outros espaços, mas a partir do encontro entre os envolvidos, em territórios distintos, produzir aumento da potência de ambos a partir da sua própria implicação.

Os desejos que movem os participantes nestes momentos são diversos e são expressos e ampliados a partir do encontro com o outro e com o território. Se abre um espaço para as PCAF (não só na saúde mental), que tem no lazer e ludicidade opções de prática, e proporciona o direito de cidadão e de liberdade defendidos pela Reforma Psiquiátrica (Varela & Oliveira, 2018).

Tem sido muito corriqueiro a divulgação do discurso da vida ativa, que busca informar sobre os benefícios das PCAF para a saúde. Contudo, para nós há a clareza de que tal discurso é necessário, mas não suficiente. Não basta apenas informar e, com isso, crer que as pessoas estariam conscientes da importância das PCAF para a saúde e aptas para ompart-las, desconsiderando as complexidades e iniquidades relacionadas, ou seja, é necessário dosar a aposta nas PCAF (como solução para diferentes condições de saúde).

Pesquisas revelam que a informação é parte do processo, porém não o todo. Por exemplo, em torno de 64% de mulheres não participantes de programas de PCAF foram aconselhadas por profissionais de saúde, 73% consideravam-na importante para a saúde e, ainda, aproximadamente 47% já tinha ouvido falar

sobre a existência do programa de PCAF oferecido na unidade de saúde próximo de sua residência (Brasil, 2015; Gomes et al., 2019). Estes dados mostram que não era por falta de informação que essas pessoas não as realizavam.

É necessário não perder de vista que existem barreiras para a realização das PCAF, desde as relacionadas às experiências pessoais, até aquelas relacionadas ao ambiente e contexto nos quais as pessoas vivem. Vieira e Silva (2019) trazem algumas delas, que variam de acordo com o ciclo de vida: o clima inadequado, a falta de companhia, as limitações físicas, o ambiente insuficientemente seguro, a falta de interesse, o cansaço físico, o medo de se lesionar.

As PCAF são relacionadas desde supostamente a uma perspectiva evolutiva e histórica na qual estaríamos programados para a “preguiça”, já que economizar energia mediante comportamento sedentário em tempos de escassez de comida era essencial para a sobrevivência (Cheval, Boisgontier, & Sarrazin, 2019) até uma série de fatores sociais, econômicos e ambientais, além das motivações individuais e da possibilidade de acesso.

Em uma das experiências municipais compartilhadas, por exemplo, foi retratada uma limitação relacionada aos recursos humanos, com a necessidade / possibilidade de atuação na forma nos grupos de educação em saúde e atendimentos compartilhados, pois a carga horária e o número de unidades de saúde a serem atendidas não permite uma rotina, minimamente semanal, que possibilite a fidelização de um grupo de PCAF. Sendo assim, é realizado um trabalho de instrução geral de atividades que possam ser desenvolvidas pelos usuários do SUS em suas residências ou no local de trabalho.

A aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, por meio das PCAF, passa pela formação em saúde. Neste texto, trataremos da formação em Educação Física, a qual carece da necessária articulação com os princípios e diretrizes do SUS, o que para Dessbesell e Caballero (2016) ainda tem um longo percurso a ser feito.

No SUS, a atuação do PEF cursa com e a partir, de forma simultânea, de um conjunto de movimentos histórico-sociais e técnico-científicos e que em alguns momentos convergem, em outros, colidem. De um lado, para a consolidação na área da saúde, há a reprodução da subordinação aos pressupostos biomédicos a partir de abordagens curativista e prescritivas (Dessbesell & Caballero, 2016). De outro,

busca-se superar tais pressupostos desde a aproximação com a Clínica Ampliada (Mendes & Carvalho, 2015) até a sua humanização (Maciel, Saraiva, Martins & Vieira Júnior 2018). Destaca-se ainda a relevância de os profissionais no SUS visualizarem a exigência de saberes em Educação como ver as práticas de saúde também como pedagógicas, apropriação dos saberes em ciências humanas e práticas culturais, discussões da educação em saúde (Dessbesell & Caballero, 2016).

Em Vitória – ES, no SOE, as ações de integração ensino-serviço com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), nas áreas de Educação Física, Nutrição, Fisioterapia e outros, são tratadas como prioridades do Serviço, desde a graduação, pós-graduação, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), dentre outros.

Em Aracaju – SE, a experiência se deu na Rede de Atenção Psicossocial como parte das atividades acadêmicas e práticas da Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Em Nova Erechim – SC e em Mauriti – CE também se destacam a formação das PEFs em Residências em Saúde da Família e em Saúde Coletiva, evidenciando a importância dessa questão para as PCAF na aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Destaca-se ainda, nas experiências municipais, o planejamento conjunto das PCAF e outras atividades com os demais profissionais das equipes NASF AB e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como o diagnóstico do território realizado com o apoio de outros atores, em especial os agentes comunitários de saúde (ACS). Buscou-se, assim, conhecer as preferências e condições de saúde dos possíveis beneficiários dos programas e ações.

Assim, é possível desenhar ações que se relacionam com as práticas culturais da comunidade, fortalecendo saberes populares e propiciando articulações intersetoriais. Isto amplia o acesso da população às PCAF por meio da oferta de grupos nas comunidades, o estímulo destas práticas como forma de lazer, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, além do estímulo do fortalecimento da autonomia das comunidades, bem como o estreitamento do vínculo entre os munícipes.

A presença do PEF, em geral, leva a questionamentos por outros profissionais sobre a realização de atividades compreendidas, a priori, com a especificidade da Educação Física, como alongamentos ou exercícios de respiração com os usuários. Defendemos que sim, podem ser realizados, mas é importante

também ofertar outras atividades que não necessariamente atendem a essa (esperada) relação específica com a Educação Física e as PCAF, em um formato mais tradicional, tais como jogos de integração, diversidade de movimentos corporais a partir de músicas da ciranda e do desejo dos usuários.

Ceccim e Bilibio (2007) afirmam que a Educação Física se caracteriza pela produção de saúde mediada por recursos profissionais próprios da interação corporal que possibilita uma autonomia encarnada, ou seja, um autorreconhecimento por meio do contato com outros corpos, explorando suas possibilidades. Caminhar, subir e descer escadas em um museu, caminhar até o lago contemplando a natureza, brincar em balanços disponíveis no parque, todas essas atividades requerem gasto calórico, mas não são seu único objetivo.

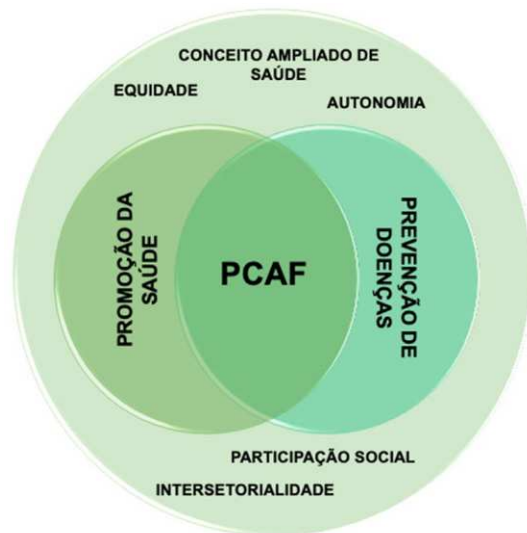
As contribuições das PCAF para a aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças foram abordadas neste tópico com relatos e acontecimentos das e nas experiências municipais, o que busca evidenciar que tal possibilidade já ocorre nas ações cotidianas no SUS.

### **Movimentos finais: Promoção da Saúde E / OU Prevenção de Doenças?**

Os trechos das experiências municipais compartilhados no texto mostram que as PCAF possuem grande potencial para aproximar Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. Por exemplo, tanto a Oficina relacionada à Saúde Mental, quanto a consolidação de um programa de PCAF na esfera municipal ou a percepção de melhoras na ansiedade e autoestima do público em geral que participa das atividades evidenciam a aproximação objetivada neste texto.

Os facilitadores para esse processo se consolidam desde a inclusão do tema na formação dos PEF e de outras profissões da saúde, no planejamento da equipe, considerando a PCAF como uma opção de cuidado e até mesmo no aumento da oferta em distintos cenários e territórios do município. Princípios do SUS e da Promoção da Saúde, como a equidade, integralidade e o conceito ampliado de saúde são encontrados nestas ações e defendemos que também devem permear a Prevenção de Doenças, caracterizando as possíveis interseções entre os conceitos. Na Figura 1, conforme abordado no texto, tem-se a aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças por meio das PCAF.

Figura 1. Aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças por meio das Práticas Corporais e Atividades Físicas.



Fonte: Elaboração própria.

Ao seguir pensando essa aproximação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças também com eixos de convergência, um macro e outro micropolítico. O primeiro eixo refere-se aos princípios do SUS e da Promoção da Saúde, tais quais os supracitados, como fatores globais de aproximação com a Prevenção de Doenças, pois, estão presentes nas ações de cuidado, apesar de não se apresentarem necessariamente de forma concomitante.

Por sua vez, o segundo eixo de convergência refere-se às estratégias e abordagens escolhidas em relação ao processo saúde-doença das pessoas. Estratégias como as PCAF que englobam ações não só para prevenção de condições clínicas, mas também para o aumento da autonomia dos sujeitos, conjuntamente Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde. Além disso, as PCAF podem agir também sobre a prevenção de riscos que resultariam em condições clínicas. Por exemplo, a abordagem das quedas em idosos por meio das PCAF, algo que limita a autonomia das pessoas nesse ciclo de vida. Ao evitar esta limitação também pode ser compreendida como Promoção da Saúde, ao mesmo tempo que se previne quedas e lesões subsequentes.

Em pesquisa com entrevistas a especialistas em Promoção da Saúde e por questionário eletrônico com trabalhadores/as e gestores/as da Atenção Básica, ficou

evidenciado um borramento conceitual importante já que muitos compreendiam que uma determinada ação de saúde era Promoção da Saúde porque prevenia doenças. Isto aponta para o fato de não haver uma fronteira conceitual clara e inequívoca entre os conceitos, principalmente na realidade prática dos serviços de saúde, diferentemente da perspectiva conceitual na qual é relativamente simples compreender os limites de uma e de outra (Carvalho, 2019<sup>a</sup>).

Em algumas situações a Promoção da Saúde é caracterizada por trazer benefícios biológicos e assim interferir diretamente na saúde, ou seja, há o reconhecimento de que benefícios para a saúde, biológicos ou mentais, são extremamente desejáveis (Carvalho, 2019<sup>a</sup>). É de se destacar que, em algumas concepções da Promoção da Saúde, há uma crítica consolidada de que quando só os benefícios biológicos são objetivados, ela não poderia ser caracterizada como Promoção da Saúde ou estariam relacionados à vertente conservadora (Carvalho, 2019<sup>a</sup>) e até mesmo seria um marcador diferencial que permitiria compreender as ações com tal objetivo como Prevenção de Doenças.

Defende-se que reduzir riscos, danos e morbimortalidade e prevenir doenças é importante e necessário. Nesse sentido, as PCAF possuem importante potencial para a Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. A forma como a referida redução é alcançada é que deve passar sobre escrutínio para trazer elementos, os princípios e diretrizes da Promoção da Saúde, de forma a caracterizá-la (Carvalho, 2019<sup>a</sup>).

Pensemos as PCAF a partir da clássica e hegemônica proposta de intervenção voltada para a prevenção de DCNT, a partir da construção de um processo de cuidado no qual a coparticipação da pessoa é estimulada a partir da sua realidade concreta, possibilidades, desejos, respeito às limitações, etc, será materializado o que defendemos no presente texto. Assim, questões relacionadas às motivações pessoais, disponibilidade de tempo, segurança urbana e existência de programas públicos de PCAF no território são algumas questões centrais para a produção de modos de vida saudável, na qual as PCAF poderiam ser propostas como ações de cuidado em saúde da população, aproximando Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças.

Algumas complexidades relacionadas às PCAF foram abordadas, sem a intenção de esgotá-las e sem a ideia de que medidas simplistas bastariam, mas destacando ser necessária uma visão ampliada das PCAF. Na qual, não é permitida a responsabilização individual exclusiva das pessoas por sua condição

de saúde, no caso do que foi discutido neste capítulo, por não realizar as PCAF, o que é muito comum. Isso contribuirá para desconstruir o lugar predominante das pessoas nas práticas de saúde, geralmente reduzidas a corpos adoecidos ou com risco de adoecer (Mendes, Carvalho, & Brandão, 2016).

Considerar tais complexidades contribui para desestabilizar e mobilizar ideias pré-concebidas e fortemente arraigadas que as entendem como Promoção da Saúde OU Prevenção de Doenças e, com isso, possibilitam compreendê-las no exercício de aproximação proposto, no qual as fronteiras conceituais são borradas.

Algumas interpretações das distinções entre Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças são tão estanques que, ao tomar partido pela primeira, permitiriam afirmar que prevenir doenças é quase indesejável. É relevante salientar que pode ser necessário que em alguns momentos um ou outro prevaleça e que não é simples e trivial classificar programas e ações como Promoção da Saúde, a avaliação de uma ação ou política, no tocante a este tema, é processual e depende do contexto (Carvalho, 2019<sup>a</sup>). A problematização de conceitos e ações que trazem em si a descrição Promoção da Saúde OU Prevenção de Doenças é, de fato, um avanço para sua relação com as PCAF, pois, é sinal de que o pensamento não se mantém cristalizado em uma versão conservadora e biomédica.

Ousamos, então, propor não um conceito, que poderá tender à imobilidade, conforme denominamos anteriormente, mas uma compreensão possível da Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças como: estratégias e formas de produzir saúde e evitar o surgimento de doenças e agravos, por meio da construção compartilhada de hábitos individuais, ações comunitárias e coletivas, políticas, programas e ações que objetivam melhorias nas condições de saúde, tanto na Rede de Atenção à Saúde quanto em outros setores como a Educação, Esporte e Lazer, Assistência Social, entre outros, com ampliação da autonomia, equidade, participação e controle social.

Concluimos que as PCAF podem ser ações de Promoção da Saúde E Prevenção de Doenças, sem compartimentalizá-las, já que no cotidiano das práticas de saúde e no contexto do SUS, conforme afirmou-se anteriormente, há fluidez, incerteza e imprevisibilidade. As fronteiras conceituais são borradas em uma interseção possível, que ampliará as possibilidades no processo de cuidado, pois, ao incorporar a busca pela equidade, autonomia, participação social e

intersectorialidade nas ações, reafirmamos a compreensão que aproxima Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.

## Referências

- Brasil (2006). Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). *Glossário temático: promoção da saúde* 1. Ed., 2. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brasil (2014). Portaria GM/MS Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. *Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2015). *Diagnóstico Nacional do Esporte – Diesporte*. Brasília: Ministério do Esporte.
- Brasil (2019<sup>a</sup>). *Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Brasil (2019b). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017*. Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.
- Brasil (2020). *Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- Buss, P., Hartz, Z., Pinto, L. F., & Rocha, C. M. F. (2020). Promoção da saúde e qualidade de vida: Uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciências & Saúde Coletiva*, 25(2). Retrieved from <http://www.cienciasaudecoletiva.com.br/artigos/promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida-uma-perspectiva-historica-ao-longo-dos-ultimos-40-anos-19802020/17595?id=17595&id=17595>
- Carvalho, F. F. B. (2019<sup>a</sup>). *A Promoção da Saúde e a superação do instituído: caminhos para a aproximação com o Cuidado*. (Unpublished Thesis Dissertation). Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro.
- Carvalho, F. F. B. (2019b). Recomendações de atividade física para a saúde (pública): reflexões em busca de novos horizontes. *ABCS Health Science*, 44(2). <https://doi.org/10.7322/abcshs.v44i2.1199>
- Carvalho, M. S. (2019c). Desafios da ciência frente à complexidade dos problemas de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 35(8). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00139319>
- Carvalho, F. F. B., & Carvalho, Y. M. (2018) Outros lugares e modos de “ocupação” da Educação Física na Saúde Coletiva/Saúde Pública. *Pensar a Prática*, 21(4). <https://doi.org/10.5216/rpp.v21i4.51336>
- Carvalho, F. F. B., Cohen, S. C., & Akerman, M. (2017). Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar ‘dogmas’. *Saúde em Debate*, 41(spe3), 265-276. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s320>.
- Carvalho, F. F. B., Guerra, P. H., & Loch, M. R. (2020) Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde. *Motrivivência*, 32(63). <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2020e71546>



- Carvalho, F. F. B. (2016). Práticas corporais e atividades físicas na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. *Movimento*, 22(2). <https://doi.org/10.22456/1982-8918.58174>
- Ceccim, R. B., & Bilibio, L. F. (2007) Singularidades da Educação Física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. In A. B. Fraga & F. Wachs (Eds.), *Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção* (pp. 47-62). Porto Alegre: UFRGS.
- Cheval, B., Boisgontier M. P., & Sarrazin. P. (2019) *Nous sommes programmés pour la paresse. Raoul Follereau, Fondation reconnue d'utilité publique*. Retrieved from <https://www.la-croix.com/Debats/Forum-et-debats/Nous-sommes-programmes-paresse-2019-08-12-1201040658>
- Clarke, J., Colley, R., Janssen, I., & Tremblay, M. S. (2019) Accelerometer-measured moderate-to-vigorous physical activity of Canadian adults, 2007 to 2017. *Health Report*, 30, 3-10. <https://doi.org/10.25318/82-003-x201900800001-eng>
- Damico, J. G. S., & Bilibio, L. F. (2019). Experimentação e Encontro Intercessor: produzindo pistas para a Educação Física na Saúde Mental. In M. Bagrichevsky (Ed.), *Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas* (2ª ed., pp. 59-95). Blumenau: Instituto Federal Catarinense.
- Dessbesell, G., & Caballero, R. M. S. (2016). Educação física, currículo e formação para o campo da saúde: alguns movimentos possíveis. In F. Wachs, U. R. Almeida, F. F. Brandão, (Eds.), *Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos Culturais* (pp. 113-130). Porto Alegre: Rede Unida.
- Durand, M. K., & Heideman, I. T.S. B. (2019). Determinantes Sociais de uma comunidade quilombola e a interface com a Promoção da Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007703451>
- Gomes, G. A. O., Papini, C. B., Nakamura, P. M., Teixeira, I. P., & Kokubun, E. (2019). Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 41, 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.04.007>
- Háfele, V., & Siqueira, F. (2016). Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 21(6), 581-592. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n6p581-592>
- Lacombe, J., Armstrong, M. E. G., Wright, F. L., & Foster, C. (2019). The impact of physical activity and an additional behavioural risk factor on cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, 900. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7030-8>
- Lopes, A. M. P. (2019). Promoção da saúde no processo de democratização brasileiro: biopolíticas e constituição de sujeitos da saúde. *Fractal*, 31(3). <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v31i3/5509>
- Maciel, M. G., Saraiva, L. A. S., Martins, J. C. O., & Vieira Júnior, P. R. (2018) A humanização da atividade física em um programa governamental: um olhar necessário. *Interface*, 22(67), 1235-1245. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0238>
- Mendes, V. M., Carvalho, Y. M., & Brandão, F. F. F. (2016). Nós, com os outros e o SUS: uma perspectiva micropolítica do cuidado para além da atenção básica. In F. Wachs, U. R. Almeida, F. F. Brandão (Eds.), *Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais*. Porto Alegre: Rede Unida.
- Mendes, V. M., & Carvalho, Y. M. (2015). Sem começo e sem fim... com as práticas corporais e a Clínica Ampliada. *Interface*, 19(54). <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0718>
- Netto, L., & Silva, K. L. (2018). Prática reflexiva e o desenvolvimento de competências para a promoção da saúde na formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017034303383>
- Organização Pan-americana da Saúde – OPAS / WHO. (2018). Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas. Washington, DC: OPAS/OMS. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34941>
- Pinto, M. B., & Silva, K. L. (2019, julho). Promoção da Saúde no Território: Discursos e Representações sobre uma Comunidade. Congresso Ibero-Americano de Investigação Qualitativa. V. 2: Atas – Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud. Retrieved from <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2255/2177>
- Rocha, R. L. (2019). Editorial: Lugar de resistência. *Radis*, 206. Retrieved from <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opinioao/editorial/lugar-de-resistencia>
- Silva, K. L., Sena, R. R., Lima, K. M. S. V., Martins, B. R., & Santos, J. B. O. (2013). Promoção da saúde e intersetorialidade em um município da região metropolitana de Belo Horizonte/MG. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 16(2), 165- 172. Retrieved from <https://periodicos.uff.br/index.php/aps/article/view/15120>
- Staliano, P., & Araújo, T. C. C. F. (2011). Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: Um Estudo com Agentes Comunitários de Saúde. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 43-51. Retrieved from <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/download/80/138>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2018). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report (PAGAC). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved from [https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG\\_Advisory\\_Committee\\_Report.pdf](https://health.gov/sites/default/files/2019-09/PAG_Advisory_Committee_Report.pdf)
- Varela, S. H., & Oliveira, B. N. (2018). Alongamento? Dinâmica? Chama o Professor de Educação Física! Rediscutindo o fazer da categoria em um CAPS. *Licere*, 21(1). <https://doi.org/10.35699/1981-3171.2018.1780>
- Vieira, V., & da Silva, J. V. (2019). Barreiras à prática de atividades físicas no lazer de brasileiros: revisão sistematizada. *Pensar a Prática*, 22. <https://doi.org/10.5216/rpp.v22.54448>
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2016). Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Canadian Journal of Cardiology*, 32, 495-504. [10.1016/j.cjca.2016.01.024](https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.01.024)
- Warburton, D. E. R., & Bredin, S. S. D. (2017). Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Current Opinion in Cardiology*, 32(5), 541-56. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000437>
- World Health Organization (WHO). (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: WHO, 2010. Retrieved from [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf?sequence=1)

## Prevenção da Violência no Namoro e Políticas Públicas: Diálogos Necessários

Sidnei Rinaldo Priolo Filho  
Jeane Lessinger Borges  
Sílvia Renata Lordello

As relações amorosas entre os adolescentes têm sido alvo de pesquisas e atuação da Psicologia. Em especial, mudanças não compreendidas, ou não captadas, nas pesquisas têm feito com que intervenções e atuações dos psicólogos tenham menor eficiência em seus propósitos (De Koker, Mathews, Zuch, Bastien, & Mason-Jones, 2014; Garthe, Sullivan, & McDaniel, 2017; Rubio-Garay, López-González, Carrasco, & Amor, 2017). As formas de avaliação da prevalência, estratégias de prevenção e intervenção, bem como formas de promoção da saúde são discussões em aberto na Psicologia (Rubio-Garay et al., 2017). Assim, uma maior aproximação com estudos sobre efetividade e eficácia de intervenções primárias podem se tornar úteis à atuação profissional do psicólogo, a fim de direcionar recursos humanos e financeiros para intervenções baseadas em evidências. Este capítulo irá focar em estudos sobre intervenções voltadas para a prevenção da violência no namoro na adolescência e jovens adultos, e sua potencial inclusão em políticas públicas, na sua inserção e articulação com o cenário macrossistêmico. Ressalta-se que a concepção de namoro adotada não se refere somente ao namoro como relacionamento estável entre dois indivíduos, mas considera todas as relações amorosas entre indivíduos que não coabitam (Teten, Ball, Valle, Noonan, & Rosenbluth, 2009).

A violência no namoro tem sido caracterizada como uma variedade de comportamentos abusivos entre pré-adolescentes, adolescentes e adultos jovens (12 a 18 anos), em um contexto de relações românticas ou de namoro, atuais ou passadas (Mulford & Blachman-Demner, 2013). Envolve abuso físico, ameaças, abuso sexual e abuso verbal e emocional (Wolfe, Scott, Reitzel-Jaffe, & Wekerle,

2001). Na literatura internacional, estudo de meta-análise ( $n=101$  pesquisas) indicou que um em cada cinco adolescentes reportou ter sofrido violência física e um em cada dez adolescentes sofreu abuso sexual nas suas relações de namoro (Wincentak, Connolly, & Card, 2017).

No Brasil, estudo realizado em 10 capitais brasileiras, com adolescentes na faixa etária entre 14 a 19 anos ( $n=3.205$ ), indicou que 86,9% dos adolescentes relataram já ter sido vítimas e 86,8% de já ter perpetrado algum tipo de agressão em um relacionamento amoroso. Em 76,6% dos casos, foi observada a bidirecionalidade da violência no namoro (Oliveira, Assis, Njaine, & Pires, 2014). No Recife/PE, estudo indicou que ( $n=302$ ) 19,9% dos adolescentes perpetraram algum ato de violência física, 82,8% de violência psicológica e 18,9% perpetraram coocorrência de violência física e psicológica em seus relacionamentos amorosos no último ano quando da coleta de dados (Barreira, Lima, & Avanci, 2013). Na região metropolitana de Porto Alegre/RS, Borges e Dell'Aglio (2019) encontraram uma prevalência de cerca de 76% ( $n = 525$ ) de adolescentes considerados perpetradores de algum tipo de violência nas relações afetivo-sexuais, na faixa etária entre 14 e 19 anos. No interior do estado de São Paulo, Priolo Filho (2017) observou taxas de vitimização de 57,9% para a violência psicológica, 54,5% para a violência física e 15,8% para a violência sexual em adolescentes que participaram de um programa de intervenção. Nesse sentido, tais dados revelam que situações abusivas fazem parte do cenário atual dos relacionamentos íntimos de adolescentes e jovens, se caracterizando em uma problemática preocupante e indicando a necessidade de políticas públicas voltadas para a prevenção e intervenção precoce. A pertinência do estudo deste tema na etapa da adolescência se deve quer pela maior vulnerabilidade que adolescentes têm em se envolver em relações abusivas, quer pelo risco de manutenção destes padrões de violência na vida adulta. Ainda, menciona-se que a violência no namoro está associada a efeitos negativos para a saúde e desenvolvimento dos jovens envolvidos, seja como vítima ou como perpetrador (Caridade, 2013).

A violência no namoro pode ainda se configurar nas relações amorosas que ocorrem no contexto virtual/online. O uso das tecnologias é um eixo central nas interações sociais dos jovens (Flash & Deslandes, 2017; Gámez-Guadix, Almendros, Borrajo, & Calvete, 2015). Estudo realizado com 2.002 adolescentes brasileiros (Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, 2013) indicou que 75,8%

dos adolescentes de 15 a 17 anos fazem uso de internet. Estudos teóricos (Lordello, Souza, & Coelho, 2019; Manoel, Lordello, Souza, & Pessoa, 2020) afirmam que as interações *online* figuram, atualmente, entre as principais atividades na adolescência, incluindo as práticas e comportamentos sexuais. Contudo, a mídia digital pode ser um contexto e uma ferramenta para relacionamentos amorosos não saudáveis e abusivos entre adolescentes (Reed, Tolman, & Ward, 2017).

Recentemente, os termos *cyber dating violence* ou *cyberstalking* vêm sendo adotados para se referir aos comportamentos de violência, assédio, monitoramento, invasão e intimidação praticados por meio das tecnologias (Flach & Deslandes, 2017; Marcum, Higgins, & Ricketts, 2014; Pereira & Matos, 2015). O uso da mídia digital é utilizado para monitorar, difamar, humilhar, assediar, pressionar ou coagir um parceiro íntimo (Flach & Deslandes, 2017; Reed et al., 2017), em um curto espaço de tempo para uma ampla audiência, assim como tendo acesso à vítima em tempo real (Zweig, Dank, Yahner, & Lachman, 2013). *Cyber stalkers* podem enviar e-mails repetitivos ou mensagens instantâneas hostis ou com ameaças; podem também invadir o e-mail ou a página social e postar mensagens para outras pessoas (Marcum et al., 2014). O envio de mensagens e fotos com conteúdo sexualizado ou erótico por meio de mídia eletrônica (por exemplo: *nudes*), conhecido como *sexting* representa uma comunicação íntima e legítima em um relacionamento afetivo-sexual nos tempos atuais, e deve ser considerado um fenômeno cultural (Symons, Ponnet, Walrave, & Heirman, 2018). O *sexting* por si só não se configura uma violência. Assim, os comportamentos de risco não devem ser avaliados *a priori* e sim, vinculados às ações de quem o pratica. Um fator de risco ao qual o *sexting* pode se associar é a exposição não autorizada pelo parceiro e compartilhada com terceiros. Por exemplo, o *sexting* aumentou em 2.5 vezes a chance de ser vítima de *online sexual victimization* (Gámez-Guadix et al., 2015).

A pornografia de vingança ("*Revenge porn*") também é mencionada como uma violência na intimidade, por se tratar de exposição intencional de imagens com vistas a constranger as vítimas. Trata-se do envio de material de cunho sexual (fotos, vídeos, montagens de cenas íntimas), privado, sem autorização da pessoa. Esses comportamentos configuram um tipo de violência de gênero, uma vez que cerca de 70% das vítimas de divulgação de imagens são mulheres e as violências presentes no namoro, invisibilizadas e naturalizadas, como o envio de

fotos íntimas por pressão e ameaça do parceiro. Esta forma de violência tem como objetivo de causar constrangimento, humilhação ou é uma forma de vingança, frente ao término de um relacionamento (JusBrasil, 2020; Rodríguez, 2018). Há também o *slut-shaming*, que é um tipo de *bullying* de caráter sexual direcionado à mulher, depreciando-a em função do gênero. Pode estar associada à exposição de imagens, quando culpabiliza a mulher pelas cenas sexuais enviadas, colocando toda a responsabilidade na vítima e isentando o perpetrador (Lordello et al., 2019). Embora haja escassez de pesquisas com a realidade brasileira, o tema vem ganhando expressividade nas demandas clínicas, o que tem impulsionado projetos de pesquisa recentes, que trarão maiores revelações sobre os impactos das tecnologias e intervenções nesse campo.

Os programas de prevenção contribuem para flexibilizar crenças e atitudes que legitimam a violência, como também pretendem ofertar espaços para o fortalecimento de fatores de proteção, incluindo aprendizagem de novas estratégias de resolução de conflitos sem o uso da violência. Um dos programas mais conhecidos no cenário internacional para prevenção no namoro é denominado de "*Safe Dates*", desenvolvido pela professora Vangie Foshee (Universidade da Carolina do Norte, EUA). Este programa tem como objetivo a prevenção primária e secundária da violência no namoro, por meio de amostras randomizadas e uso de grupo controle (Foshee et al., 2005). Ao longo dos encontros do programa são abordados temas como normas da violência no namoro, normas de gênero, habilidades de resolução de conflito, início da perpetração e vitimização, crenças sobre necessidade de buscar ajuda e consciência dos serviços comunitários disponíveis aos adolescentes (Foshee et al., 2005). Houve diminuição da perpetração da violência psicológica, física e sexual, quando comparada ao grupo controle (Foshee et al., 2005).

Gómez e Rey-Anaconda (2014), ao revisarem sistematicamente a literatura, destacam que os programas de prevenção englobam diversos temas envoltos à violência no namoro, sendo recomendado rigor metodológico, com o uso de delineamento experimental, com grupo de intervenção e controle, avaliação com instrumentos de medidas pré e pós-intervenção. Na revisão feita pelos autores, os programas de prevenção tiveram duração entre cinco e 24 encontros, direcionados a adolescentes e jovens universitários. Vários estudos internacionais apontam

para a efetividade dos programas de prevenção (Fernández-González, Calvete, & Sánchez-Álvarez, 2020; Rue, Polanin, Espelage, & Pigott, 2017) e de intervenção (Rey-Anacona, Martínez-Gómez, Castro-Rodríguez, & Lozano-Jácome, 2020) da violência nos relacionamentos íntimos em adolescentes e jovens.

Desta forma, o presente capítulo busca discutir sobre estratégias de prevenção à violência no namoro que vem sendo realizadas no contexto brasileiro. Para tanto, serão discutidos os seguintes pontos: a escola como espaço de promoção da saúde e prevenção da violência, dificuldades de transposição de resultados considerando as diferenças culturais entre os países, descrição das intervenções nacionais e sugestões para elaboração e aplicação de políticas públicas sobre a violência no namoro em uma perspectiva não-punitivista.

### **A escola como espaço de promoção da saúde e prevenção da violência**

A escola tem sido identificada como um espaço de atuação da psicologia e da saúde tanto para promoção de saúde, quanto para prevenção da violência. Na área da violência no namoro e dos relacionamentos amorosos, sua escolha se deve, principalmente pela facilidade de acesso aos participantes e trabalhos em grupos (Antle, Sullivan, Dryden, Karam, & Barbee, 2011; Ball et al., 2012; Guidi, Magnatta, & Meringolo, 2012; Teten et al., 2009). Apesar da possibilidade de acesso a essa população, discussões têm sido feitas sobre a ausência de investigações aprofundadas sobre os adolescentes que evadem das escolas e como poderiam ser reinseridos no meio acadêmico (Antle et al., 2011).

A adolescência tem se constituído no principal foco das pesquisas sobre prevenção em virtude de as primeiras relações afetivo-sexuais surgirem nesse momento da vida. O desenvolvimento psicossocial materializa o desejo em relacionamentos concretos e a sexualidade encontra expressão multifacetada (Cerqueira-Santos, Neto, & Koller, 2014). A violência no namoro entre adolescentes pode ser um fator preditivo para ocorrência de violência em relacionamentos maritais ou outros relacionamentos amorosos. Considera-se que as experiências na adolescência sejam ensaísticas e não definitivas, o que se torna um argumento defensável para a promoção de diálogo e prevenção de violência (Barreira et al., 2013; Carreiro, 2010; Oliveira & Sani, 2009).

O espaço da escola envolve a possibilidade de participação não só dos adolescentes, mas também da comunidade e dos profissionais da escola. Essa possibilidade de atuação em conjunto tem chamado a atenção dos pesquisadores e profissionais, por indicar caminhos mais abrangentes e ecológicos para mudanças duradouras (Ball et al., 2012; Guidi et al., 2012). A visão de integração entre os profissionais da Psicologia, os adolescentes e a comunidade é fundamental por dois motivos. O primeiro, por permitir a comunidade uma voz ativa sobre as suas próprias necessidades e intenções. Esse ponto é muitas vezes negligenciado nas intervenções psicológicas, sendo utilizados modelos *fit-for-all*, ou seja, modelos únicos que não seguem as relações que ocorrem no mundo real, tendo, portanto, menores chances de atingir seus objetivos (Crooks, Jaffe, Dunlop, Kerry, & Exner-Cortens, 2019). O segundo, por garantir uma participação efetiva e ativa dos indivíduos, não sendo uma visão superior dos pesquisadores da realidade ou como detentores da melhor forma de resolução das dificuldades daquele grupo (Oliveira et al., 2014). A participação ativa dos adolescentes e da comunidade em apontar as suas necessidades nas relações amorosas tem sido fundamental para que programas de intervenção sejam compreensivos e consigam atingir seus objetivos preventivos. Como apontado por Crooks et al. (2019), a escolha da intervenção na escola deve ocorrer por essa se mostrar a mais útil para a comunidade com a qual se está trabalhando, não por ser capaz de se adaptar a um modelo previamente estabelecido.

Promover saúde e prevenir a violência estão entre as metas das Organizações das Nações Unidas para 2030 (Kjaerulf et al., 2016). Essa visão global sobre a promoção da educação e da saúde deve ser reforçada nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Em especial, pela necessidade dos esforços de prevenção da violência partir de iniciativas com poucas evidências científicas, como é o caso do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) (Silva & Gimenez-Paschoal, 2010), ou baseada em trabalhos pontuais relacionados a projetos de pesquisas das universidades (Murta, Santos, Martins, & De Oliveira, 2013). A escola, em uma visão mais global, deixa de ser apenas um espaço de socialização e educação, para se tornar um centro de integração entre os conhecimentos acadêmicos, científicos e de saúde. Rue et al. (2017) apontam que uma interação clara entre os pesquisadores, o governo e a comunidade deve ser criada para que o conhecimento científico seja utilizado de maneira adequada, com voz ativa da comunidade sobre suas necessidades e apoio governamental, tanto financeiro,

quanto pela estrutura de uma rede de apoio legal e de saúde em situações de violência no namoro. Com isso, a interação entre os atores dessas áreas facilitaria o avanço dos conhecimentos específicos para proteção das crianças e adolescentes.

A maior parte das intervenções nacionais e internacionais sobre violência no namoro está concentrada no ambiente escolar. Isso demonstra que as possibilidades da escola como contexto de intervenção são semelhantes em diversos países. Apesar de diferentes estruturas curriculares, com alguns países com abordagens mais diretas e relacionadas a comportamentos amorosos e sexuais (Weaver, Smith, & Kippax, 2005), a diversidade entre as formas de organização das escolas é notável. Ademais, essa diversidade também é cultural e social, considerando que aspectos amorosos têm grande diferença entre grupos distintos. Um dos aspectos primordiais das pesquisas é compreender como se dão esses relacionamentos amorosos na adolescência, mas também como são as percepções e vivências desses adolescentes em um mundo cada vez mais conectado tecnologicamente e como interações sociais virtuais presentes. As pesquisas têm se atentado para a violência sexual no contexto tecnológico (Henry & Powell, 2018), mas também para formas de violência psicológica difíceis de serem detectadas por profissionais e pais (Stonard, Bowen, Walker, & Price, 2017).

Os programas que ocorrem nas escolas têm apostados em três vias de atuação: conhecimento, crenças e mudanças comportamentais (Crooks et al., 2019; Rubio-Garay et al., 2017; Rue et al., 2017). Contudo, apesar de muitas pesquisas terem apresentado mudanças no conhecimento sobre a violência e das crenças dos participantes (Foshee et al., 2011; Murta, dos Santos et al., 2013; Rue et al., 2017; Wolfe et al., 2003), mudanças comportamentais têm sido mais difíceis de serem alcançadas. Um fato que atrapalha a avaliação das mudanças comportamentais é a inexistência de acompanhamentos duradouros após as intervenções. Ou seja, há uma possibilidade de que as intervenções não sejam eficazes para mudanças comportamentais, porém também é possível que os participantes não foram acompanhados durante tempo suficiente para se engajarem em resoluções de conflito em relacionamentos amorosos pós-intervenção. Pesquisas nacionais demonstram manutenção de mudanças positivas de crenças (Murta et al., 2013a) e da diminuição dos comportamentos de perpetração da violência sexual (Priolo-Filho, 2017), congruentes com meta-análises realizadas nos Estados Unidos (Rue

et al., 2017). Esses dados indicam um caminho promissor para as atividades de intervenção em território nacional, mas também indicam a necessidade da criação de um corpo de pesquisas mais abrangente, em especial, considerando as diferenças de classe e culturais de nosso país.

Dois campos de atuação na prevenção podem ter efeito positivo, mas ainda não foram testados na realidade brasileira: a intervenção das testemunhas em eventos de violência (*bystander intervention*) e o uso da tecnologia através de intervenções online. Experiências com a intervenção das testemunhas em episódios de violência ainda são escassas, porém promissoras. O trabalho de Coker et al. (2016) apresenta uma intervenção em diversos campus de universidades norte-americanas com a adoção de medidas de abordagem das testemunhas que demonstraram uma diminuição dos episódios violentos sofridos e de violência sexual. Contudo, a adoção dessa intervenção só foi possível com uma mudança na legislação indicando que a violência sexual nas universidades deve ser combatida. Ou seja, uma integração entre necessidades da sociedade, mudanças governamentais e pesquisa científica indicam diminuição da violência.

### **As dificuldades de transposição de resultados considerando as diferenças culturais entre os países**

A maior parte das pesquisas publicadas e encontradas em revisões sistemáticas encontra-se nos Estados Unidos (de Koker et al., 2014; Rubio-Garay et al., 2017). Isso se deve a alguns fatores. O primeiro é que essas revisões, em geral, buscam somente artigos em inglês, o que diminui a probabilidade de visualização de trabalhos que não sejam publicadas em países de língua inglesa. A barreira da linguagem dificulta o acesso de pesquisadores brasileiros a artigos internacionais e vice-versa. Estratégias para divulgação das pesquisas nacionais nos meios acadêmicos e públicos poderiam ser adotadas, como a publicação dos artigos em revistas que atuem nos dois idiomas, de forma a facilitar o acesso a esse conhecimento produzido no Brasil.

Outro aspecto interessante a ser discutido quanto as pesquisas internacionais reside nas amostragens realizadas nas mesmas. Pesquisas realizadas na região metropolitana de Toronto (Wolfe et al., 2003), na zona rural da Carolina do Norte (Foshee et al., 2011), possuem pouca ou nenhuma similaridade com o Brasil. No primeiro caso, pelo alto nível de desenvolvimento humano e

multiculturalismo característico da região e no segundo pelas características da população, majoritariamente branca e católica. A comparação desses resultados, bem como suas possíveis aplicações para a realidade brasileira são controversas. Esses aspectos reforçam a importância da atuação de psicólogos brasileiros e da urgência no desenvolvimento de estratégias adequadas à cultura.

### Descrição das intervenções brasileiras e seus pontos fortes e fracos

No Brasil, recentemente, estudos têm dado visibilidade aos programas de prevenção à violência no namoro (Borges, Wendt, & Dell'Aglio, 2018; Murta et al., 2016; Murta et al., 2020; Priolo Filho, 2017; Santos & Murta, 2016; Santos & Murta, 2019). Tais intervenções têm priorizado o modelo de prevenção universal para jovens e adolescentes, abordando a temática dos relacionamentos abusivos, sendo estas intervenções, em sua maioria, realizadas no contexto escolar.

Murta et al. (2013b), ao revisarem sistematicamente a literatura ( $n=15$  estudos) sobre programas de prevenção primária, indicaram que os programas multicomponentes têm maior eficácia sobre os programas meramente informativos. Assim, os programas multicomponentes incluem, não apenas a discussão das diferentes formas de violência no namoro, como também a aceitação cultural da violência de gênero, habilidades de resolução de conflitos, autoeficácia e crítica sobre a influência do grupo de pares nas normas de namoro e na legitimação de agressões por parte do gênero masculino (Murta et al., 2013a; Santos & Murta, 2016). Em um estudo com 29 adolescentes de 13-17 anos (nove sessões), no Distrito Federal/Brasília, os principais temas abordados em um programa de intervenção para prevenção da violência no namoro foram: paixões que valem ou não valem à pena, tomada de decisões, resolução de problemas, gênero e direitos sexuais reprodutivos, autorregulação das emoções, incluindo manejo da raiva e de ciúmes (Murta et al., 2015). Em outro estudo, com 45 adolescentes (nove sessões), divididos em grupo experimental e grupo controle, foi verificado que o programa de prevenção proposto por Murta et al. (2016) se mostrou eficaz, uma vez que houve redução de crenças estereotipadas do gênero masculino, aumento de estratégias de resolução de conflitos não violentas e de habilidades interpessoais no grupo experimental. Recentemente, Murta et al. (2020) descreveram o processo de construção de um programa *online* voltado à prevenção

da violência no namoro e melhorar a qualidade dos relacionamentos amorosos entre jovens, denominado de “SOS Namoro”. Esse programa é composto por quatro sessões online, seguido de um *follow-up* de três meses. Sugere-se que novos estudos possam investigar a eficácia e efetividade do programa.

Priolo Filho (2017) realizou estudo sobre a avaliação de uma intervenção para prevenção à violência no namoro. Participaram da intervenção 94 alunos do ensino médio de uma escola pública do interior de São Paulo, divididos aleatoriamente em grupo controle e experimental. A intervenção foi baseada em um delineamento experimental, com coletas de dados pré e pós-teste para ambos os grupos e com duração de 10 encontros. Foram abordados temas referentes à sexualidade, violência na intimidade, regulação emocional, resolução de conflitos, assim como uso de álcool e drogas. O estudo indicou que os adolescentes do grupo experimental tiveram diminuição da violência sexual praticada no pós-teste, se comparados ao do grupo controle. Essa mudança foi observada ao longo de um ano de acompanhamento, indicando estabilidade dessa mudança comportamental. Contudo, essa intervenção não observou mudanças significativas nas crenças e em outros comportamentos violentos dos adolescentes.

Borges et al. (2018) realizaram uma intervenção grupal no contexto escolar voltada à prevenção da violência no namoro, junto a uma escola pública de Porto Alegre/RS. Foram realizados três encontros, no formato de Grupos Focais (Barbour, 2009), com duração de duas horas cada. Além disso, foram utilizados diferentes materiais de estímulos, incluindo o uso de vídeos e de histórias em quadrinhos. Foi discutida a história do Leo e da Bia, do livro “Diferenciando baladas de ciladas: Um guia para o empoderamento de adolescentes em relacionamentos íntimos” (Murta et al., 2011). Do mesmo livro, foi utilizado o material psicoeducativo referente às estratégias de resolução de problemas e tomada de decisão. Foram abordados ainda os temas de configurações amorosas na adolescência, estereótipos de gênero, relações de poder, ciúmes e resolução de problemas sem uso da violência. O estudo teve um caráter mais exploratório e descritivo de uma ação psicoeducativa, do que uma pesquisa de efetividade de intervenção.

Dentre os pontos fortes observados nos estudos brasileiros revisados está que, em sua maioria, tais pesquisas utilizam delineamentos quase-experimentais e experimentais, indicando a efetividade e eficácia das intervenções propostas (Murta

et al., 2016; Murta et al., 2013a; Priolo Filho, 2017). De modo geral, as intervenções são caracterizadas como multicomponentes e voltadas para a prevenção universal. A duração variou entre três a dez encontros. O público-alvo tende a ser adolescentes de 13 a 19 anos, em grupos mistos (meninas e meninos). Dois estudos apontam que questões de sexualidade e sinais de violência possam ter grupos heterogêneos (só meninos, só meninas) quando são tratadas essas questões. Inicia-se de forma mista e, nestes encontros especificamente, os adolescentes são separados, pois tal estratégia tende a favorecer a revelação de situações abusivas nos relacionamentos íntimos, por um lado, e maior liberdade para se debater questões sobre sexualidade, por outro lado (Borges et al., 2018; Priolo Filho, 2017). Entre as limitações, observa-se a falta de estudos longitudinais, de estudos que investiguem a efetividade destas intervenções com populações específicas (minorias sexuais), com díades de namorados e que contemplem situações de violência no namoro no âmbito digital (*cyber dating violence*). Outra limitação encontrada é que as intervenções são focadas exclusivamente para os adolescentes. Caridade (2013) alerta os pesquisadores da área que as intervenções devem envolver diversos agentes, não só jovens, mas pais, professores, funcionários das escolas, grupo de pares e comunidade em geral. Santos e Murta (2016) ressaltam a necessidade de acrescentar a influência do grupo de pares nas intervenções primárias.

Além disso, foram identificadas barreiras à implementação destes programas, incluindo a presença de fatores contextuais que interferem no andamento das intervenções no contexto escolar (desmarcar e reagendar os encontros, terminar a intervenção precocemente, dificuldades selecionar os participantes, por exemplo) (Santos & Murta, 2019). Da mesma forma, Borges e Dell'Aglio (2017) apontam para a dificuldade no recrutamento dos adolescentes, frente à exigência do termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos pais, sugerindo a reflexão para a adoção do termo de consentimento passivo dos pais.

### **Sugestões para elaboração e aplicação de políticas públicas sobre a violência no namoro em uma perspectiva não-punitivista**

Os programas de prevenção descritos no contexto brasileiro e internacional inspiram um diálogo necessário entre namoro, Psicologia e políticas públicas. Assumindo que a política pública deva ser um projeto sensível às necessidades dos potenciais

usuários do serviço e que necessariamente deva contemplar princípios de participação social, a prevenção à violência no namoro é um conteúdo oportuno às políticas setoriais da educação, da saúde e da assistência social. De acordo com Pessoa e Koller (2017), a efetividade de uma política pública está diretamente relacionada à geração de autonomia e emancipação. Alvarenga e Garcia (2015), ao avaliarem o percurso de elaboração de uma política pública, reconhecem que é tarefa árdua para aqueles que militam na área, uma vez que sempre é fruto de um momento político e concentra tensões de entendimentos em torno do que se defende. A implementação de uma política pública é outro desafio, que exigirá muito esforço de mudança e leva tempo para a compreensão e difusão do que é preconizado, levando a constantes revisões e ajustes.

A política pública deve partir de princípios e valores de cidadania e manter espaços de decisão democrática, nos quais foi originada. Segundo Behring (2016), a política social é um meio para que os direitos humanos e sociais se materializem, mas que precisam ser contextualizados na história, na totalidade, na relação entre economia e política. A autora adverte que a política social e os direitos não são em si emancipatórios, mas representam campos de correlação de forças entre as classes e seus segmentos, envolvendo processos de formação da consciência e de disputa de concepção, de cobertura material e pela alocação do fundo público.

Em um país como o Brasil, com tantas desigualdades, as políticas se tornam mediadoras para a emancipação humana. Elas atuam na priorização das lutas por objetivos concretos, como saúde e educação pública e gratuita e acesso a direitos previstos. Diante disso, o diálogo que pode ser estabelecido entre namoro e política pública passa pelas pesquisas que fornecem subsídios para despertar a consciência social, de forma a tornar visível o fenômeno da violência no namoro e que tenha lugar nas políticas setoriais. Se pensarmos onde esse diálogo seria possível, em virtude de uma construção já iniciada podemos citar alguns exemplos e analisá-los brevemente, como a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Brasil, 2011), a Política Nacional da Atenção Básica (Brasil, 2012), Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010b) e a Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004) e as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010a).

Todas as políticas nacionais mencionadas se baseiam em pilares, considerados eixos estruturantes e que são os motes para a inserção dos conteúdos que são

produzidos nas pesquisas e que podem subsidiar esse diálogo. Por exemplo, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulheres (Brasil, 2011) apresenta como eixos a prevenção, o enfrentamento e combate, a assistência e o acesso e garantia de direitos. Observe o cenário oportuno para que a temática da violência no namoro seja incorporada às iniciativas do eixo prevenção, que preconiza concentrar ações educativas que problematizem os padrões sexistas e do eixo assistência, cuja meta é o fortalecimento e a capacitação dos agentes públicos. Conforme nos aponta Caridade (2013) o envolvimento de outros atores, além do adolescente e do jovem traz benefícios a uma visão sistêmica do fenômeno e as políticas já sinalizam isso em seus eixos estruturantes.

Há outras políticas, mais abrangentes, nas quais a violência no namoro pode ser um conteúdo muito adequado, principalmente em termos de formação dos agentes que atuarão na comunidade e acompanharão os desdobramentos das relações afetivo-sexuais em seus territórios e realidades locais. Pode-se citar, como exemplo, a Política Nacional da Atenção Básica, PNAB (Brasil, 2012), cuja identidade é estar próxima da vida das pessoas e que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária. Essa política é desenvolvida no mais alto grau de descentralização e capilaridade e deve ser considerada a porta de entrada para a Rede de Saúde, estimulando a participação dos usuários, sua autonomia e sua capacidade de construção do cuidado individual e coletivo. A PNAB apresenta uma proposta de cuidado integral, que requer diferentes formações profissionais e visão interdisciplinar que permita construir um campo comum de competências que beneficie toda a equipe. O processo de trabalho se desloca da ênfase no procedimento para a ênfase no usuário. É um terreno muito propício para a compreensão das famílias, das dinâmicas que as caracterizam e para a observação de aspectos preditores da violência no namoro, como por exemplo, a violência intrafamiliar.

Outra política mais ampla que dialoga com as intervenções em prevenção à violência no namoro é a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006 e redefinida em 2014 pelo Ministério da Saúde. De acordo com Dias et al. (2018), em seu estudo com 18 executores da política, a PNPS atua para a diminuição das iniquidades sociais, evidenciadas nas desigualdades em saúde na vida individual e coletiva. A base da PNPS é o fortalecimento da ação comunitária necessária ao exercício da autonomia e a valorização do conhecimento popular e da participação social. Com essas especificidades, intervenções psicossociais que

se baseiem em avaliação de necessidades de populações e públicos específicos são desejáveis para a consolidação de seus pressupostos.

Um acréscimo a esse panorama é a potente Política Nacional de Assistência Social (Brasil, 2004). Segundo Pessoa e Koller (2017), a inserção definitiva dos psicólogos para atuarem no segmento das políticas evidenciou um abismo entre as matrizes curriculares dos cursos de graduação e a atuação preconizada nos documentos oficiais. O cenário clama por uma articulação entre pesquisa científica acadêmica e formação de psicólogos com visão psicossocial necessária à atuação na política. Após superar, em sua história, a visão assistencialista e verticalizada, a política de assistência social passou por transformação paradigmática na qual o enfoque passou a ser no usuário do serviço e suas necessidades, voltando-se para o encorajamento das potencialidades e da autonomia e superação das vulnerabilidades que podem ser impeditivas para o desenvolvimento. Após a configuração do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as frentes de Proteção Básica e Proteção Especial permitem atuação intersetorial em todos os níveis. A proteção básica prevê o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e a proteção especial, atua no nível de média e alta complexidade, trabalhando com grupos que já sofreram a violação de seus direitos. Tanto as ações dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), quanto os Centros Especializados de Assistência Social (CREAS) comungam de princípios intersetoriais, territorializados e se dedicam a uma atuação de natureza psicossocial. Pessoa e Koller (2017) ressaltam o compromisso dos profissionais executores dessa política com a função social de seu trabalho no combate às diferentes formas de exploração, assujeitamento e coisificação do ser humano. Dados alarmantes como os que evidenciam a naturalização da violência no namoro precisam constar nos documentos que norteiam a atuação dos profissionais, bem como avaliações de eficácia e efetividade de intervenções e divulgação de práticas baseadas em evidências e experiências exitosas no campo da prevenção à violência. O SUAS nos convoca a essa construção que carece de consistência teórico-metodológica para combater a exclusão social e a privação de direitos. As intervenções já testadas sobre prevenção à violência nos relacionamentos encontram, nesse fazer político da assistência social, muitas oportunidades de contribuição para um campo marcado por processos intergeracionais de exclusão.

Analisando as políticas voltadas ao público adolescente e jovem, que concentra os esforços da maior parte dos pesquisadores da violência no namoro, podemos afirmar que suas origens estão na Constituição de 1988 e posteriormente,



na lei 8069/90, conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Embora normas e documentos orientadores tenham sido elaborados, somente em 2010 foram lançadas as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde (Brasil, 2010a), que embasavam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, mas essa última não chegou a ser promulgada. As diretrizes, que ainda vigoram no momento atual, enfatizam a expressão “adolescências e juventudes” como forma de contemplar a grande diversidade de experiências e significados específicos vivenciados e destacam três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual situam as desigualdades sociais, como classe, gênero e etnia; os dispositivos institucionais, que envolvem o sistema de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho; e a dimensão biográfica, que se refere às peculiaridades presentes no percurso individual. As diretrizes detalham sete temas estruturantes, propondo aspectos conceituais e metodológicos a serem considerados em cada um deles. Os temas referem-se à participação juvenil; equidade de gêneros; direitos sexuais e direitos reprodutivos; projeto de vida; cultura de paz; ética e cidadania; igualdade racial e étnica. A inserção da temática da violência no namoro é oportuna para ser tratada de forma transversal em todos os temas. É importante que as pesquisas possam subsidiar as atualizações das políticas em um diálogo propositivo para a inclusão nos documentos que as orientam e principalmente, no campo da execução das políticas.

No caso das diretrizes nacionais, há indicadores práticos de como o serviço de saúde pode acolher o adolescente e sugere a adoção de três eixos como forma de viabilizar a atenção integral: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva e a atenção integral ao uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens. O eixo da atenção integral à saúde sexual e reprodutiva representa uma oportunidade ímpar para a inclusão da violência no namoro com uma proposta preventiva e esclarecedora.

As políticas setoriais de Educação e Saúde foram, em 2007, instituídas por meio do Decreto nº 6.286 (Brasil, 2007) que oficializou o Programa Saúde na Escola (PSE). O principal objetivo é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Nesse campo de integração de políticas setoriais, é possível vislumbrar a relação direta entre os programas de prevenção universal e

o espaço escolar, contexto comprovadamente propício para prover engajamento dos adolescentes, na posição emancipatória frente ao tema.

Com relação à forma como as políticas se estruturam, ainda não há menção a programas de prevenção à violência no namoro em suas formulações, mas a visão não punitivista permeia o texto dos documentos. Isso porque os argumentos apresentados defendem uma visão de adolescências plurais, que devem ser compreendidas à luz do cenário sócio-histórico. Com isso, a responsabilização é presente, no sentido de convocação do adolescente e do jovem à consciência de seus atos e controle de seus processos de decisão, mas de forma a não subestimar suas competências e potencialidades. Ao contrário de uma visão punitivista, com alta reatividade às ações que podem difundir a ideia de irresponsabilidade e inconsequência do adolescente e do jovem, as diretrizes se esforçam para combater os estereótipos já tão presentes na cultura. Os materiais norteadores buscam ressaltar as qualidades cognitivas e criativas desse período, estimulando a multiplicação de pares, metodologia assumida em boa parte dos materiais, que torna exequível uma proposta na qual o jovem disponibilize seu conhecimento e experiência para mobilizar saberes que o coloca numa posição protagônica no processo.

As políticas públicas envolvendo adolescências e juventudes no Brasil se mostram bem embasadas, com uma visão conceitual progressista e com aspectos promissores quanto à visão profilática necessária aos serviços de saúde que se proponham a trabalhar com este público. Entretanto uma crítica é inevitável: o campo da adolescência e juventude no país nunca foi vista como prioridade. As políticas que vigoram na atualidade são produções de anos atrás e de governos anteriores, sem que insumos fossem investidos em elaboração de uma política consistente e em recursos para sua execução. Alvarenga e Garcia (2015) afirmam que uma política consiste em oferecer as diretrizes, os princípios, o modelo, o arcabouço teórico, político, técnico e administrativo para implementação, o que requer um olhar atento sobre todo o processo.

Não há como negar que as ações afirmativas derivadas do Estatuto da Criança e do Adolescente foram oportunidades promissoras geradas no cenário das políticas públicas. A doutrina de proteção integral favoreceu iniciativas, programas e intervenções que considerassem crianças e jovens como sujeitos de direitos e em situação peculiar de desenvolvimento. Entretanto, o novo cenário mundial aponta para metas mais desafiadoras: os compromissos assumidos na Agenda 2030 dos

Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). As metas estabelecidas pelas Nações Unidas que dizem respeito a esse público representam, segundo Malta (2019), uma oportunidade histórica para melhorar os direitos e bem estar dessa população: 1 (Erradicação da Pobreza), 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), 3 (Saúde), 4 (Educação), 5 (Igualdade de Gênero), 6 (Água Potável e Saneamento), 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico), 11 (Cidades e Comunidades Sustentáveis) e 16 (Paz e Justiça). Reconhece-se que as políticas mencionadas anteriormente, permitiram que a última década apresentasse indicadores de melhoria da saúde e o alcance das metas do milênio na redução da mortalidade, no enfrentamento ao trabalho infantil e na ampliação da educação. Mas tais indicadores em expansão retrocederam em função da crise econômica/política, as medidas de austeridade fiscal, os cortes nos programas de proteção social (Malta, 2019). Numa agenda de compromissos cuja principal meta é a promoção de sociedades pacíficas e inclusivas, a importância da difusão das intervenções de promoção da paz e prevenção à violência dos relacionamentos passa a ser pauta recomendada e oportuna. O país precisa investir nesse projeto e a articulação com a academia faz-se necessária, desmistificando, por meio dos argumentos científicos e baseados em evidências, algumas pautas que têm ressaltado a visão punitivista, como o debate sobre maioridade penal, campanhas sobre gravidez não intencional baseada em abstinência sexual e outros temas que desqualificam as conquistas da visão garantista.

## Considerações finais

A violência no namoro é um problema de saúde pública que deve ser encarado considerando uma interação entre a sociedade, o governo e os pesquisadores em busca de soluções efetivas e que promovam a proteção de crianças e adolescentes. Apesar dessa indicação expressiva de atuação por diversos autores nacionais e internacionais (Crooks et al., 2019; Murta et al., 2013b; Wolfe et al., 2003), temos um longo caminho a percorrer na realidade brasileira.

Programas de prevenção à violência no namoro necessitam ser implementados precocemente, uma vez que a faixa etária entre 15 a 16 anos se configura como sendo a de maior risco para o início da perpetração física por parte de adolescentes e a de 14 a 18 anos para perpetração sexual (Shorey et al., 2017). A literatura tem apontado diretrizes para os programas de prevenção à violência no

namoro (Foshee et al., 2005; Murta et al., 2015; Murta et al., 2016). Dessa forma, sugere-se que tais programas possam permitir espaços de diálogos junto aos adolescentes sobre questões relacionadas à sexualidade, relações de poder e gênero, influência do grupo de pares, reconhecimento dos sinais de violência, formas de enfrentamento de conflitos, regulação emocional, capacidade de resolução de problemas e de comunicação (Kelley, Edwards, Dardis, & Gidycz, 2015; Murta et al., 2011; Santos & Murta, 2019). Compreende-se que é importante não apenas sensibilizar os jovens para que percebam com maior criticidade os diversos tipos de violências, mas também dar-lhes ferramentas para um manejo mais adequado das emoções e dos conflitos com seus parceiros. O objetivo fundamental dos projetos de prevenção é prevenir que jovens se tornem perpetradores da violência conjugal adulta (Minayo, Assis, & Njaine, 2011) e diminuir a aceitação da violência como forma naturalizada nas relações afetivo-sexuais (Kelley et al., 2015).

Como desafio, observa-se a necessidade de ampliar o foco dos programas de prevenção, incluindo demais formas de violência no namoro, como, por exemplo, *cyber dating violence*, *sexting*, pornografia de vingança e *stalking* (Borges & Dell'Aglio, 2020; Fernández-González et al., 2020). Além disso, sugere-se refletir sobre programas específicos para grupos de maior risco (prevenção seletiva), incluindo vítimas de maus-tratos na infância (Borges & Dell'Aglio, 2019) e específicos para mulheres, buscando compreender diferenças de gênero nos padrões de vitimização e perpetração (Shorey et al., 2016). Por fim, a inclusão de familiares nos programas de prevenção à violência no namoro também tem sido proposta por pesquisadores da área e com resultados que apontam maior efetividade das intervenções (Foshee et al., 2015).

Psicólogos, profissionais da saúde e educação devem atentar para essa forma de violência em suas atuações, bem como buscar elaborar mecanismos preventivos para a mesma que identifiquem e reconheçam a realidade dos jovens brasileiros. Modelos baseados em ideias relacionadas à abstinência sexual ou amorosa parecem ter pequenos efeitos apenas no início da adolescência (Smith et al., 2018), etapa em que muitos adolescentes ainda não se engajaram nesses comportamentos. Ou seja, há uma necessidade urgente de identificar, compreender e atuar de maneira preventiva para a ocorrência da violência em relacionamentos amorosos com adolescentes, mas também para evitar suas consequências negativas no futuro e a manutenção desses comportamentos na vida adulta.

Mesmo diante de um cenário pouco promissor, com a grave crise política e econômica que justifica o pouco investimento nas políticas públicas, a pesquisa é fundamental para prover as evidências. A ciência, apesar de toda a ameaça que sofre, ainda é a única possibilidade de refutação de argumentos falaciosos apoiados em escolhas ideológicas que pouco colaboram para a superação das desigualdades. Esse fazer político de nossa atuação é identitário e representa nosso compromisso ético, que mesmo em condições adversas, se reafirma como luta incansável.

## Referências

- Alvarenga, M. S., & Garcia, M. L. T. (2015). O processo de elaboração da Política Nacional de Assistência Social de 2004. *Textos & Contextos - Enfermagem*, 14(1), 202-214.
- Antle, B. F., Sullivan, D. J., Dryden, A., Karam, E. A., & Barbee, A. P. (2011). Healthy relationship education for dating violence prevention among high-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 173-179. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.031>
- Ball, B., Tharp, A. T., Noonan, R. K., Valle, L. A., Hamburger, M. E., & Rosenbluth, B. (2012). Expect Respect Support Groups: Preliminary Evaluation of a Dating Violence Prevention Program for At-Risk Youth. *Violence Against Women*, 18(7), 746-762. <https://doi.org/10.1177/1077801212455188>
- Barreira, A. K., Lima, M. L. C., & Avanci, J. Q. (2013). Coocorrência de violência física e psicológica entre adolescentes do Recife, Brasil: Prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 233-243. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100024>
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Coleção Pesquisa Qualitativa, Uwe Flick. Porto Alegre: Artmed.
- Behring, E. R. (2016). A condição da política social e a agenda da esquerda no Brasil. *SER Social*, 18(38), 13-29. [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v18i38.14265](https://doi.org/10.26512/ser_social.v18i38.14265)
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2020). Concepções teórico-metodológicas na investigação do fenômeno do stalking na adolescência. *Revista SPAGESP*, 21(1), 51-65.
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2019). Esquemas iniciais desadaptativos como mediadores entre os maus tratos na infância e a violência no namoro na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, e0501.
- Borges, J. L., & Dell'Aglio, D. D. (2017). Desafios éticos na pesquisa com adolescentes: implicações da exigência do consentimento parental. *Revista da SPAGESP*, 18(2), 43-57.
- Borges, J. L., Wendt, B., & Dell'Aglio, D. D. (2018). Prevenção à violência no namoro: Relato de uma intervenção multicomponente no contexto escolar. In L. F. Habigzang, P. I. C. Gomide & G. M. da Rocha (Eds.), *Psicologia Forense: Temas e práticas* (pp. 167-187). Curitiba/PR: Juruá.
- Brasil (2007). Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)
- Brasil (2010a). Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2010b). Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1990). Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)
- Brasil (2011). Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.
- Brasil (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). Política Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Caridade, S. (2013). Violência nas relações íntimas juvenis (VRIJ): Estratégias de identificação e intervenção. In A. Sani & S. Caridade (Eds.), *Violência, agressão e vitimação: Práticas para a intervenção* (pp. 59-81). Coimbra: Almedina.
- Carreiro, T. C. (2010). Adolescências e experimentações possíveis. In M. Marra & L. F. Costa (Eds.), *Temas da clínica do adolescente e da família* (pp. 15-24). São Paulo: Ágora
- Cerqueira-Santos, E., Neto, O. C. M., & Koller, S. H. (2014). Adolescentes e adolescências. In L. F. Habigzang, E. Diniz, & S. H. Koller (Eds.), *Trabalhando com adolescentes: teoria e intervenção psicológica* (pp.17-29). Porto Alegre: Artmed.
- Coker, A. L., Bush, H. M., Fisher, B. S., Swan, S. C., Williams, C. M., Clear, E. R., & Degue, S. (2016). Multi-College Bystander Intervention Evaluation for Violence Prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 295-302. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.08.034>
- Crooks, C. V., Jaffe, P., Dunlop, C., Kerry, A., & Exner-Cortens, D. (2019). Preventing Gender-Based Violence Among Adolescents and Young Adults: Lessons From 25 Years of Program Development and Evaluation. *Violence Against Women*, 25(1), 29-55. <https://doi.org/10.1177/1077801218815778>
- De Koker, P., Mathews, C., Zuch, M., Bastien, S., & Mason-Jones, A. J. (2014). A systematic review of interventions for preventing adolescent intimate partner violence. *Journal of Adolescent Health*, 54(1), 3-13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.08.008>
- Dias, M. S. A., Oliveira, I. P., Silva, L. M. S., Vasconcelos, M. I. O., Machado, M. F. A. S., Forte, F. D. S., & Silva, L. C. C. (2018). Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(1), 103-114. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015>
- Fernández-González, L., Calvete, E., & Sánchez-Álvarez, N. (2020). Efficacy of a brief intervention based on the Incremental Theory of Personality in the prevention of adolescent dating violence: A randomized controlled trial. *Psychosocial Intervention*, 29(1), 9-18. <https://doi.org/10.5093/pi2019a14>
- Flach, R. M. D., & Deslandes, S. F. (2017). Abuso digital nos relacionamentos afetivo-sexuais: Uma análise bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00138516>
- Foshee, V. A., Bauman, K. E., Ennet, S. T., Suchindran, C., Benefield, T. S., & Linder, G. F. (2005). Assessing the effects of the dating violence prevention program "Safe Dates" using random coefficient regression modeling. *Prevent Science*, 6, 245-258.
- Foshee, V. A., Benefield, T., Dixon, K. S., Chang, L., Senkomago, V., Ennett, S. T., ..., Bowling, J. M. (2015). The effects of moms and teens for Safe Dates: A dating abuse prevention program for adolescents exposed to domestic violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(5), 995-1010. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0272-6>

- Foshee, V. A., McNaughton Reyes, H. L., Ennett, S. T., Suchindran, C., Mathias, J. P., Karriker-Jaffe, K. J., ... Benefield, T. S. (2011). Risk and protective factors distinguishing profiles of adolescent peer and dating violence perpetration. *Journal of Adolescent Health, 48*(4), 344–350. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.07.030>
- Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) (2013). O uso da internet por adolescentes. Retrieved from [https://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_uso\\_internet\\_adolescentes.pdf](https://www.unicef.org/brazil/pt/br_uso_internet_adolescentes.pdf)
- Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Borrajo, E., & Calvete, E. (2015). Prevalence and associations of sexting and online sexual victimization among Spanish adults. *Sexuality Research and Social Policy, 12*, 145–154. <https://doi.org/10.1007/s13178-015-0186-9>
- Garthe, R. C., Sullivan, T. N., & McDaniel, M. A. (2017). A meta-analytic review of peer risk factors and adolescent dating violence. *Psychology of Violence, 7*(1), 45–57. <https://doi.org/10.1037/vio0000040>
- Gómez, J. A. M., & Rey-Anacona, C. A. (2014). Prevención de violencia en el noviazgo: Una revisión de programas publicados entre 1990 y 2012. *Pensamiento Psicológico, 12*(1), 117–132. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI12-1.pvnr>
- Guidi, E., Magnatta, G., & Meringolo, P. (2012). Teen dating violence: The need for early prevention. *Interdisciplinary Journal of Family Studies, XVII*(1), 181–196
- Henry, N., & Powell, A. (2018). Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma, Violence, and Abuse, 19*(2), 195–208. <https://doi.org/10.1177/1524838016650189>
- JusBrasil (2020). O que é Revenge Porn? Retrieved from 24/02/2020, de <https://suellenpassosgarcia.jusbrasil.com.br/noticias/813833235/o-que-e-revenge-porn?ref=feed>
- Kelley, E. L., Edwards, K. M., Dardis, C. M., & Gidycz, C. A. (2015). Motives for physical dating violence among college students: A gendered analysis. *Psychology of Violence, 5*(1), 56–65. <https://doi.org/10.1037/a0036171>
- Kjaerulf, F., Lee, B., Cohen, L., Donnelly, P., Turner, S., Davis, R., ... Gilligan, J. (2016). The 2030 agenda for sustainable development: a golden opportunity for global violence prevention. *International Journal of Public Health, 61*(8), 863–864. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0887-8>
- Lordello, S. R., Souza, L., & Coelho, L. de A. M. (2019). Adolescentes e redes sociais: violência de gênero, sexting e cyberbullying no filme *Ferrugem*. *Nova Perspectiva Sistêmica, 28*(65), 68–81. <https://doi.org/10.38034/nps.v28i65.538>
- Malta, D. C. (2019). Crianças e Adolescentes, políticas de austeridade e os compromissos da Agenda 2030. *Ciência & Saúde Coletiva, 24*(2), 348. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.32412018>
- Manoel, D. F., Lordello, S. R., Souza, L., & Pessoa, A. S. G. (2020). Sexting e adolescência: a emergência de novos temas para a psicologia do desenvolvimento. *Revista da SPAGESP, 21*(1), 37–50.
- Marcum, C. D., Higgins, G. E., & Ricketts, M. L. (2014). Juveniles and cyber stalking in the United States: An analysis of theoretical predictors of patterns of online perpetration. *International Journal of Cyber Criminology, 8*(1), 47–56.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., & Njaine, K. (2011). Amor e violência: Um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Mulford, C. E., & Blachman-Demner, D. R. (2013). Teen dating violence: Building a research program through collaborative insights. *Violence Against Women, 19*(6), 756–770. <https://doi.org/10.1177/1077801213494705>
- Murta, S. G., Miranda, A. A., V., Bezerra, K. L. T., Veras, L. G., Santos, K. B., Cangussú, E. D. A., & Moore, R. A. (2015). Programa de prevenção à violência no namoro e promoção de empoderamento em adolescentes. In S. G. Murta, J. S. N. F. Bucher-Maluschke & G. R. S. Diniz (Eds.), *Violência no namoro: Estudos, prevenção e psicoterapia* (pp. 203–226). Curitiba: Appris
- Murta, S. G., Moore, R. A., Miranda, A. A. V., Cangussú, E. D. A., Santos, K. B., Bezerra, K. L. T., & Veras, L. G. (2016). Efeitos de um programa de prevenção à violência no namoro. *Psico-USF, 21*(2), 381–393. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210214>
- Murta, S. G., Parada, P. O., Meneses, S. S., Medeiros, J. V. V., Albino, A., Rodrigues, M. C., ..., Vries, H. (2020). Dating SOS: A systematic and theory-based development of a web-based tailored intervention to prevent dating violence among Brazilian youth. *BMC Public Health, 20*. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08487-x>
- Murta, S. G., dos Santos, B. R. P., Nobre, L. A., de Araújo, I. F., Miranda, A. A. V., Rodrigues, Í. de O., & Franco, C. T. P. (2013a). Prevenção à violência no namoro e promoção de habilidades de vida em adolescentes. *Psicologia USP, 24*(2), 263–288. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000200005>
- Murta, S. G., Santos, B. R. P., Nobre, L. A., Oliveira, S. A., Diniz, G. R. S., Rodrigues, I. O., ..., Del Prette, Z. A. (2011). Diferenciando baladas de ciladas: Um guia para o empoderamento de adolescentes em relacionamentos íntimos. Brasília: Letras Livres.
- Murta, S. G., Santos, B. R. P. dos, Martins, C. P. S., & De Oliveira, B. (2013b). Prevenção primária à violência no namoro: uma revisão de literatura. *Contextos Clínicos, 6*(2), 117–131. <https://doi.org/10.4013/ctc.2013.62.05>
- Oliveira, Q. B. M., de Assis, S. G., Njaine, K., & Pires, T. O. (2014). Namoro na adolescência no Brasil: Circularidade da violência psicológica nos diferentes contextos relacionais. *Ciencia e Saude Coletiva, 19*(3), 707–718. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.19052013>
- Oliveira Q. B. M., & Sani, A. I. (2009). A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 6*, 162–170.
- Pereira, F., & Matos, M. (2015). Cyberstalking entre adolescentes: uma nova forma de assédio e perseguição? *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(1), 57–69. <https://doi.org/10.15309/15psd160207>
- Pessoa, A. S. G., & Koller, S. H. (2017). Política de Assistência Social e Formação Inicial em Psicologia: Articulações para o Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências. In E. M. Rosa, & L. Z. Avellar (Eds.), *Psicologia, Justiça e Direitos Humanos* (pp. 155–171). Curitiba: Juruá.
- Priolo-Filho, S. R. (2017). Avaliação de uma intervenção para violência no namoro. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP: UFSCAR.
- Reed, L. A., Tolman, R. M., & Ward, L. M. (2017). Gender matters: Experiences and consequences of digital dating abuse victimization in adolescent dating relationships. *Journal of Adolescence, 59*, 79–89. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.05.015>
- Rey-Anacona, C. A., Martínez-Gómez, J. A., Castro-Rodríguez, P. A., & Lozano-Jácome, L. F. (2020). Evaluation of a treatment program for dating violence. *Acta Colombiana de Psicología, 23*(1), 78–91. <https://doi.org/10.14718/ACP.2019.23.1.5>
- Rodríguez, L. S. (2018). Pornografia de vingança: Vulnerabilidades femininas e poder punitivo. (Unpublished master's thesis). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS.
- Rubio-Garay, F., López-González, M. A., Carrasco, M. Á., & Amor, P. J. (2017). The prevalence of dating violence: A systematic review. *Prevalencia de la violencia en el noviazgo: una revisión sistemática. Papeles Del Psicólogo, 38*(2), 135–147. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2831>
- Rue, L. D. La, Polanin, J. R., Espelage, D. L., & Pigott, T. D. (2017). A meta-analysis of school-based interventions aimed to prevent or reduce violence in teen dating relationships. *87*(1), 7–34.

<https://doi.org/10.3102/0034654316632061>

- Santos, K. B., & Murta, S. G. (2019). Peers as agents of dating violence prevention: feasibility analysis of an intervention. *Temas em Psicologia*, 27(3), 631-646. <https://doi.org/10.9788/TP2019.3-03>
- Santos, K. B., & Murta, S. G. (2016). Influência dos pares e educação por pares na prevenção à violência no namoro. *Psicologia: Ciência & Profissão*, 36(4), 787-800. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000272014>
- Shorey, R. C., Cohen, J. R., Lu, Y., Fite, P., Stuart, G. L., & Temple, J. R. (2017). Age of onset for physical and sexual teen dating violence perpetration: A longitudinal investigation. *Preventive Medicine*, 105, 275-279. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.10.008>
- Shorey, R. C., Strauss, C. V., Haynes, E., Cornelius, T. L., & Stuart, G. L. (2016). The impact of gender differences controversy on female-specific physical dating violence prevention programming. *Journal of Family Violence*, 31(8), 1025-1028. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9857-4>
- Silva, A., & Gimeniz-Paschoal, S. (2010). Pesquisas sobre o programa educacional de resistência às drogas e à violência (Proerd). *Revista LEVS*, 0(6).
- Smith, T. E., Panisch, L. S., Malespin, T., Pereira, M. G., Smith, T. E., Panisch, L. S., ... Pereira, M. G. (2018). Evaluating effectiveness of abstinence education. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(5), 360-367. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1340860>
- Stonard, K. E., Bowen, E., Walker, K., & Price, S. A. (2017). "They'll always find a way to get to you": technology use in adolescent romantic relationships and its role in dating Violence and Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 32. <https://doi.org/10.1177/0886260515590787>
- Symons, K., Ponnet, K., Walrave, M., & Heirman, W. (2018). Sexting scripts in adolescent relationships: Is sexting becoming the norm? *New Media & Society*, 20(10), 3836-3857. <https://doi.org/10.1177/1461444818761869>
- Teten, A. L., Ball, B., Valle, L. A., Noonan, R., & Rosenbluth, B. (2009). Considerations for the definition, measurement, consequences, and prevention of dating violence victimization among adolescent girls. *Journal of Women's Health*, 18(7), 923-927. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1515>
- Weaver, H., Smith, G., & Kippax, S. (2005). School-based sex education policies and indicators of sexual health among young people: A comparison of the Netherlands, France, Australia and the United States. *Sex Education*, 5(2), 171-188. <https://doi.org/10.1080/14681810500038889>
- Wincentak, K., Connolly, J., & Card, N. (2017). Teen dating violence: A meta-analytic review of prevalence rates. *Psychology of Violence*, 7(2), 224-241. <https://doi.org/10.1037/a0040194>
- Wolfe, D. A., Scott, K., Reitzel-Jaffe, D., & Wekerle, C. (2001). Development and validation of the conflict in adolescent dating relationships inventory. *Psychological Assessment*, 13, 277-293. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.277>
- Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straatman, A. L., Grasley, C., & Reitzel-Jaffe, D. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: A controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 279-291. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.279>
- Zweig, J.M., Dank, M., Yahner, J., & Lachman, P. (2013). The rate of cyber dating abuse among teens and how it relates to other forms of teen dating violence. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9922-8>

## SEÇÃO B

### Diálogos com o Norte

## Reflexões Universitárias sobre Ensinar- Aprender Promoção da Saúde: Diálogos Produzidos Coletivamente por Professores do Amazonas-Pará-Roraima

Paulo Sérgio da Silva  
Raphael Florindo Amorim  
Simone Argentino  
Sarah Lais Rocha  
Elizabeth Teixeira

De saída, é oportuno contextualizar que este capítulo apresenta reflexões vivenciadas por professores universitários que cotidianamente são desafiados a pensar a universidade como um espaço indutor de promoção da saúde. Substancialmente, o que se atesta neste ensaio de cunho reflexivo é um diálogo sobre as ações de ensino-aprendizagem no campo da saúde coletiva na região norte e extremo norte do Brasil.

A opção em registrar o espaço universitário como lugar disparador de práticas promotoras em saúde nos estados do Amazonas, Pará e Roraima, invariavelmente coloca gestores educacionais, professores e estudantes da área da saúde em domínios pedagógicos desafiadores, como: dialogar sobre as modelagens de ensinar e aprender a promoção da saúde e prevenção de agravos nos espaços que dão forma ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, as formulações argumentativas retratam uma proposta dialógica sobre as ações de ensinar-aprender o tema promoção da saúde em contextos universitários distintos, que no plano coletivo convergem para um elemento comum: apreensão de saberes e desenvolvimento de práticas em saúde que vão ao encontro das necessidades das pessoas, famílias e comunidades em situações de saúde e seus desvios.

Cabe sublinhar nos termos acadêmicos que as Universidades caracterizadas como Promotoras da Saúde (UPS) apresentam o potencial de reforçar as discussões sobre saúde em vários domínios do saber. Podem ampliar a credibilidade de pesquisas inovadoras na área da saúde coletiva em contraste intersetorial com a educação, além de fornecer suporte para mudanças no foco das pesquisas, direcionando-as para ações ampliadas, interdisciplinares, voltadas para a busca de soluções de impacto sobre a qualidade de vida e o combate às desigualdades sociais (Mello, Moysés, & Moysés, 2010).

Em outras palavras, o desenvolvimento da saúde, sustentabilidade, equidade e solidariedade representam alguns dos pilares das UPSs, objetivados pela criação de ambientes saudáveis de trabalho e aprendizado para aqueles que compartilham o território existencial da universidade. Além disso, cabe ao espaço formador aumentar os aspectos de ensino-pesquisa na promoção da saúde e apoiar o seu desenvolvimento junto à comunidade (*World Health Organization*, 1998).

Tendo isso em vista, o interesse reflexivo se dobra nas ações ensinantes desenvolvidas por professores das Instituições de Ensino Superior (IESs) capazes de integrar a promoção da saúde no exercício da cidadania, autonomia, criatividade, trabalho em equipe e inovação tecnológica. Nesta aventura científica, há que considerar as abordagens em cenários potenciais para promoção da saúde como ideais a serem perseguidos, bem como o desenvolvimento de ações interventivas de cuidado que sejam capazes de aproximar protagonistas da academia ao mundo real do trabalho.

É preciso considerar a formação dos profissionais da saúde nos espaços universitários mediante emergentes modos que minimizem no estudante da graduação a herança de valorizar apenas a racionalidade científica, ou seja, o que se apresenta claramente como sinal e sintoma de uma doença (Figueiredo, Tonini, Santos, Handem, & Lopes, 2012). A busca é por um olhar que seja capaz de inter-relacionar sociedade, família e cultura; em detrimento de um modelo exclusivamente assistencialista, fragmentado em especialidades, com ênfase nos diagnósticos médicos (Machado, Colomé, & Beck, 2011).

Romper com modelos verticalizados e inflexíveis pressupõe a reformulação da prática de ensinar e aprender o ofício de ser profissional da área da saúde. Isso convida estudantes e professores a correrem riscos coletivamente em caminhos pedagógicos que sejam capazes de estimular a criação de ambientes saudáveis,

ações de capacitação comunitária, pensar e agir na reorientação de práticas nos serviços de saúde de acordo com as diretrizes e princípios doutrinários do SUS.

Para isso, faz-se necessário, então, que os educadores assumam posturas criativas de construção do conhecimento, tendo como referência as necessidades dos usuários, que são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas; lutem por um desenho orientado pelas complexidades locais e pela responsabilização dos profissionais e serviços, pelo cuidado e pela cura, singular em cada caso ou realidade (Ceccim & Ferla, 2008).

A tentativa é de fugir, em uma rota científica acessória, dos discursos estritamente biomédicos concebidos para formação superior em saúde. Alimentados por práticas pedagógicas operantes em três universidades distintas no contexto amazônico, o que habita como desejo, é a proteção do ser humano em seus variados ciclos vitais e da sustentabilidade do ecossistema, considerando como termo de ordem a promoção da saúde e os seus determinantes sociais.

A promoção da saúde é norteada pelos pressupostos contidos nos documentos de conferências internacionais sobre saúde, entre eles, destacam-se: Alma Ata (*World Health Organization*, 1978), Ottawa (*World Health Organization*, 1986), Adelaide (*World Health Organization*, 1988) e Jakarta (*World Health Organization*, 1997). Suas bases conceituais e políticas reafirmam a importância da promoção à saúde e apontam sua influência nos aspectos sociais, na saúde dos indivíduos e da população. Importa registrar que a educação em saúde integra parcela do entendimento de promoção à saúde, abrangendo em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006; WHO, 1986).

Para complementar, a promoção da saúde constitui uma abordagem socioecológica centrada em intervenções integradas para responder às questões coletivas no atual mundo globalizado. Neste contexto, urge a necessidade da formação de profissionais de saúde com os conhecimentos e competências necessárias para traduzirem teoria e evidência em políticas e ações de saúde resolutivas no desenvolvimento da promoção da saúde (Tempesk & Borba, 2009).

Especificamente no SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de intervir nos determinantes do processo saúde-

adoecimento. Ações sobre violência, desemprego, subemprego, saneamento básico, habitação, acesso à educação, fome, urbanização, qualidade do ar e da água deteriorados, representam estratégias adequadas que potencializam formas de intervenção em saúde (Brasil, 2010).

É oportuno reiterar que a promoção da saúde, implica no desenvolvimento de ações amplas e integrais direcionadas a indivíduos, grupos de sujeitos, comunidades e seu entorno; orientadas por concepções de um ser social e pela valorização do saber popular, do processo saúde-doença relacionado à historicidade social, à cultura e às condições de vida das comunidades e grupos em situação de vulnerabilidade.

A título de ilustração, aqui são colocados em relevo os grupamentos sociais particulares da região amazônica, como imigrantes, ribeirinhos e as populações indígenas, que habitualmente cruzam a prática pedagógica dos professores, seja quando ensinam na sala de aula os conteúdos de uma matriz curricular, quando se encontram com estudantes advindos do interior dos estados, ou mesmo, quando estão nos serviços e se deparam com estes usuários em busca de saúde.

Isso atesta que o ensinar-saber-fazer na área da saúde coletiva, considerando o objeto promoção da saúde requer uma linguagem existencial, antropológica, social, orgânica, cultural e histórica dos corpos assistidos. A busca é por respostas as questões que advêm dos grupos sociais cuidados e que vivem o processo de saúde e também de adoecimento de forma singular. Nesse sentido, é necessário considerar a promoção da saúde como um processo democrático, participativo, dialógico, integrativo e transformador de estilos de vida.

Nesse contexto, acredita-se que o ideal para o ensino da promoção da saúde toque o desenvolvimento de estratégias pedagógicas no interior de módulos ou disciplinas capazes de potencializar a valorização da vida. Para isso, é preciso o estabelecimento de conexões entre os componentes curriculares para condução de um aprendizado produtivo e esforços dos professores e estudantes para alcançarem coletivamente os objetivos de aprendizagem planejados.

Nessa corrente, as evidências científicas apontam que os planos de ensino nos cursos da saúde apresentam a promoção da saúde inserida em diferentes momentos curriculares. Esse componente curricular está presente nas disciplinas/módulos e nos estágios supervisionados, o que pode indicar o

crescente compromisso das IESs com os movimentos de mudança propiciados pelas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde (Casanova, Moraes, & Ruiz-Moreno, 2010).

Aqui, cabe um momento de pausa para afirmar: as DCNs na perspectiva da formação superior dos profissionais de saúde recomendam o ensino da promoção da saúde no sentido de adequar os currículos as necessidades do SUS. Os cenários de prática profissional para o ensino da saúde devem ser considerados no plano formativo de competências, onde podem ser destacados: unidades básicas de saúde, instituição de longa permanência para idosos, escolas, associações de moradores, entre outros dispositivos sociais (Costa, Silva, Lima, & Ribeiro, 2018).

Especificamente no contexto amazônico, as formulações científicas sobre as práticas de integração ensino-serviço como estratégia organizadora dos processos formativos atestam a produção significativa de saberes profissionais em saúde, a partir de estratégias criadas para o fortalecimento do SUS e de discussões que versam sobre promoção da saúde em contextos culturais poliétnicos e interétnicos (Schweickardt et al., 2016).

Para o desenvolvimento de competências profissionais na área da saúde, a formação superior requer estratégias de ensino que possam ir ao encontro da complexidade do que está sendo considerado de forma reflexiva no domínio da promoção da saúde. Desse modo, para a formação de um profissional reflexivo, capaz de prestar uma assistência de qualidade com foco na promoção da saúde requer experiências e aprendizados *in loco* e uma conexão sólida entre ensino, serviço e a comunidade.

Propostas exitosas sobre a Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC) nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde enfatizam o uso das metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade e o trabalho em equipe, de modo a contemplar a participação dos estudantes em um amplo levantamento das condições de saúde, com base na construção de um diagnóstico participativo da situação de saúde, que integra aspectos sociais, culturais, econômicos, ambientais, físicos e políticos do território (Faria, Quaresma, Patiño, & Lamego, 2018).

Nessa modalidade formativa o professor é um facilitador e problematizador das situações que deve ocorrer em um clima propício à interação com mobilização

harmônica ao processo de pensamento crítico e construtivo. A metodologia de ensino aprendizagem deve considerar o ensinar e o aprender, em parceria entre os pares, condição essencial para o enfrentamento dos conhecimentos, habilidades e atitudes fundamentais à formação do profissional da saúde (Argentino, Domingues, & Real, 2019).

Outro ponto a ser destacado: de IESC para Integração Ensino-Trabalho-Cidadania (IETC) operam-se novas ampliações significativas, trocar a palavra serviço por trabalho tem por base a concepção que não se produz cuidados apenas em serviços de saúde. A abrangência de atuação é ampliada para qualquer espaço de produção direta ou indireta da vida, onde haja espaço para atuação dos profissionais de saúde. A substituição de comunidade por cidadania, também opera uma ampliação – além da participação popular, começa a se contemplar o controle social, especialmente no contexto do SUS (Tanji, Dantas da Silva, Albuquerque, Viana, & Santos, 2010).

Baseado nessas acepções, as abordagens conceituais formativas encaminham para reflexões sobre o ensinar-aprender a promoção da saúde numa conexão direta com elementos da realidade. Os aspectos relacionados à prática pedagógica desenvolvida por professores nos multivariados espaços da vida (re)montam um protagonismo estudantil com dimensões cidadãs, perante as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas que buscam cuidado.

Com a certeza de que todas as explicações não foram superadas o desafio que se apresenta é de colocar em relevo científicas reflexões sobre o *modus operandi* de ensinar-aprender a promoção da saúde. Para isso, recorreram-se as estratégias desenvolvidas por professores de universidades públicas da região norte e extremo norte do Brasil.

Para este ensaio reflexivo não há orientação metodológica definida. As formulações científicas estão ancoradas na ação do pensamento voltadas para as ações de ensinar e aprender a promoção da saúde, investigar o próprio pensar, examinar a natureza das atividades e estabelecer os princípios que a fundamentam. Fica assim caracterizada a consciência crítica, isto é, a consciência na medida em que examina sua própria constituição, seus próprios questionamentos (Japiassú & Marcondes, 2006).

Posiciona-se aqui o papel dos ensaístas-professores como aqueles que são capazes de transgredir a forma tradicional de pensar a realidade ao apresentar



fragmentos de reflexões, iniciais e parciais, sem a necessidade de teorizar um sistema completo de pensamento. Baseado nisso, o ensaio se aproxima das manifestações rápidas da consciência, do intuitivo como característica relevante para a formação do conhecimento sem dissociação dos elementos práticos da natureza do objeto refletido (Meneghetti, 2011).

Com essa ideia elementar, far-se-á diálogos mútuos sobre o ensinar-aprender a promoção da saúde considerando contextos universitários singulares das regiões do Amazonas, Roraima e Pará. Em uma relação que se movimenta no interior da sala de aula para se projetar nos espaços da vida, ou seja, apesar de ser a universidade o lugar comum das experimentações pedagógicas, há, nela, partes específicas que acompanham o processo de ensino-aprendizagem nas comunidades.

Dado que o interesse deste ensaio está centrado nas reflexões sobre ensinar-aprender promoção da saúde, emerge a seguinte questão: quais são os diálogos possíveis sobre ensino-aprendizagem da promoção da saúde desenvolvidas por professores de universidades públicas dos estados do Amazonas, Pará e Roraima?

Para responder a esta indagação, não há enredo *a priori* e considera-se que as ações ensinantes podem convergir e divergir, em maior ou menor intensidade, de acordo com os contextos institucionais, referenciais teóricos, pedagógicos e metodológicos do coletivo envolvido neste plano comum. Rumo às reflexões optou-se por organizar as práticas de ensinar-aprender a promoção da saúde em três pilares dialógicos, de acordo com a representação dos estados amazônicos envolvidos neste ensaio.

### **Primeiro pilar dialógico representado pelo estado do Amazonas: A “Estratégia Edital” como ação ensinante a favor da educação em saúde e dispositivo da promoção da saúde**

As reflexões presentes neste pilar dialógico estão circunscritas em um contexto de formação em uma das metrópoles da Amazônia, Manaus, e há quase uma década espaços ensinantes são considerados com enfoque para educação em saúde. Acreditando que cada caminho se faz no caminhar, e que este poderá suscitar a caminhada de outros atores, os diálogos formulados têm como objetivo socializar uma ação ensinante, a “Estratégia Edital”, a favor da educação em saúde como dispositivo para a promoção da saúde, realizada no contexto do ensino de

graduação, destacando o caminho percorrido na aplicação da mesma.

A experiência se deu durante o desenvolvimento da disciplina “Educação em Saúde” do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Amazonas – UEA, entre 2018 e 2019. Sintetizam-se as características da ação, a “Estratégia Edital” adotada, e passos do processo. Discute-se a experiência enquanto meio de favorecer o protagonismo dos estudantes de enfermagem em uma ação que parte da realidade e a ela pretende retornar.

Na ação ensinante é adotado como estratégia de avaliação da disciplina a construção e apresentação (oral e escrita), de um projeto de educação em saúde, que deve articular de forma integrada, os conteúdos desenvolvidos em todas as aulas teóricas e vincular a uma realidade de promoção da saúde conhecida do estudante.

No primeiro dia de aula da disciplina, professora e estudantes se conhecem, é socializado o plano de ensino e se discutem as estratégias de avaliação. Como Trabalho de Conclusão da Disciplina (TCD), é solicitado um projeto de educação em saúde. Para nortear a construção do projeto, é apresentado para os estudantes um Edital de uma Organização Não Governamental “fictícia”, que financia projetos na área da Saúde Coletiva.

O Edital foi elaborado pela autora-professora destes diálogos reflexivos, com base nos modelos utilizados na instituição para as chamadas de projetos de extensão. A opção pelo modelo do projeto de extensão é porque se deseja que os estudantes submetam propostas enquanto intervenções na lógica de um empreendimento educativo. Durante a leitura coletiva do Edital, se explica aos estudantes que a chamada é “fictícia”, mas que deve ser seguida como se fosse real; é explicado que foi criada para dar sentido e rumo ao trabalho a ser elaborado, e todos estão, a partir daquele momento, convocados a submeter suas propostas.

No que diz respeito ao Edital: o documento, disponibilizado por e-mail aos estudantes, indica, dentre outros aspectos: objetivos e prioridades, cronograma de inscrição, avaliação e divulgação dos resultados, processo de tramitação e critérios para apresentação. Cada equipe de estudantes, divididos em até três participantes, deverá vincular o projeto a sua realidade, ou seja, uma atividade prática advinda de uma das disciplinas do semestre com foco na promoção da saúde.

Um dos aspectos a destacar é que o Edital prevê duas modalidades de

apresentação das propostas: uma oral e outra escrita. Entre uma e outra há um intervalo, pois se entende que durante as apresentações orais, as equipes irão receber sugestões de aprimoramento e/ou redimensionamento de suas propostas, o que poderá então ser incorporado na produção final. A perspectiva participativa e colaborativa é aqui destacada, o que em muito satisfaz a todos, isso inclui professores e estudantes.

Sobre o projeto educativo para promoção da saúde: junto ao Edital, segue um formulário para ser preenchido com o projeto educativo, que terá um dos membros da equipe como coordenador e os demais como executores, podendo ter convidados e bolsistas (para estes solicita-se que coloquem nomes fictícios). Todas as diretrizes de financiamento estão descritas no Edital, com as respectivas rubricas que podem ser utilizadas e o valor máximo desenhado para cada proposta.

O projeto deverá ter título, justificativa, referencial teórico, referencial metodológico; deve especificar, dentre outros aspectos: onde será realizado, público-alvo; métodos e técnicas (tecnologias sócio-educativas) utilizadas, eixos temáticos, e principalmente ser um dispositivo para promoção da saúde. Depois do planejamento teórico-metodológico, as equipes terão que elaborar o cronograma de atividades e o financeiro, seguindo as orientações contidas no Edital.

Sobre a caminhada: ao longo do semestre ocorreram seis encontros de orientação, que foram organizados para que as equipes pudessem tirar dúvidas e esclarecer pontos do Edital. Para os estudantes, elaborar uma proposta educativa de cunho interventivo e, principalmente, planejar recursos para sua operacionalização, foi algo novo, nunca solicitado e/ou realizado. No final do semestre, nos dias previamente marcados, ocorreram as apresentações orais.

Durante a exposição, todos puderam contribuir com sugestões; houve uma intensa discussão sobre os itens do projeto, e aspectos ainda confusos foram esclarecidos. Todos, assim, participaram coletivamente para a versão final. As equipes tiveram sete dias, após a exposição oral, para entregar a versão final escrita, usando o Formulário. Cabe destacar que as datas foram previstas no Edital.

Analisando o processo: após a apresentação da “Estratégia Edital” para os estudantes, suas reações foram observadas. Algumas de estranhamento (nunca fizeram algo parecido), de satisfação (pela oportunidade de aprender), de inquietação (sabiam que teriam dúvidas ao longo do preenchimento). Nas

orientações as dúvidas foram debatidas e foi informado que ao longo do semestre, o professor estaria disponível para as orientações, o que os deixou imediatamente menos apreensivos.

Um diferencial da ação ensinante foi possibilitar aos estudantes uma ação não só técnica-teórica, no sentido de conhecer e escrever sobre as metodologias, mas prática-reflexiva, no sentido de aplicá-las na construção do projeto educativo, com vistas a contribuir com a promoção da saúde, bem como exercitar a submissão de projetos de extensão. Poder elaborar, apresentar e discutir o conteúdo dos projetos com os pares e aprimorá-lo ao longo do processo foi fundamental.

É relevante estimular nos futuros profissionais da área da saúde a importância de um planejamento participativo mais abrangente, e assim, possibilitar de fato, a renovação do que se entende por promoção e educação em saúde. Nesta perspectiva os Projetos Educativos 2018-2019 versaram sobre múltiplas temáticas, envolvendo diferentes públicos.

Em linhas gerais, seguem alguns exemplos temáticos idealizados como projetos educativos pelos estudantes de enfermagem, em cumprimento a estratégia pedagógica do Edital: *Projeto I* – Ansiedade na adolescência, porquê e alternativas: a educação entre pares amenizando a ansiedade. Proposta destinada para estudantes universitários. *Projeto II* – Viva com qualidade de vida. Formulações orientadas para qualidade de vida da população idosa. *Projeto III* – A música como recurso terapêutico nos cuidados em saúde mental: a melodia da esperança. O público-alvo considerado nesta proposta foram crianças e adolescentes. *Projeto IV* – AliMente Saudável: sensibilização sobre o diabetes mellitus tipo 2 no âmbito escolar. Foram considerados como público-alvo: crianças e adolescentes escolares. *Projeto V* – Bate-papo com elas: intensificando a importância do pré-natal com gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde. Proposta idealizada para promoção da saúde com mulheres e gestantes. *Projeto VI* – Fica a Dica: saúde sexual em foco. Projeto educativo destinado para adolescentes. *Projeto VII* – Fake News e Saúde. Projeto educativo destinado para adolescentes que versa sobre o impacto das notícias falsas na saúde pública. *Projeto VIII* – Hora Nefro: ação educativa com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal crônica. Proposta destinada para adultos e idosos.

Com base nas propostas apresentadas é possível pensar a promoção da saúde do ponto de vista da relação entre o saber e o fazer, ou na perspectiva da

inter-relação entre teoria e prática. Esse par teoria-prática nos remete, sobretudo, a uma perspectiva política e crítica, dando lugar privilegiado aos sentidos da palavra ‘reflexão’ e a expressões como: ‘reflexão crítica’, ‘reflexão emancipadora’, ‘reflexão sobre prática e não prática’ (Mendes, Fernandez, & Sacardo, 2016). Parte-se do pressuposto que a educação em saúde, aqui compreendida como agir educativo, no cotidiano do cuidado, pode se desdobrar em diferentes tipologias e modelos, e anunciar (ou não) as transformações e transições apontadas (Teixeira & Oliveira, 2014).

Nesse sentido, urge a necessidade de novos modos de ensinar em que a educação em saúde esteja a favor da promoção da saúde. As considerações transitórias apontam para a experiência com a “Estratégia Edital” como algo inovador e participativo no que tange as práticas avaliativas de ações ensinantes a favor da educação em saúde para a promoção da saúde.

Inovação compreendida como ação que favorece a ruptura de formas controladoras e tradicionais de vivenciar-avaliar o processo ensino-aprendizagem na educação superior. O ensino de educação em saúde requer um processo teórico-prático e a ação-avaliação com construção de projetos favorece tal perspectiva. A experiência pedagógica mostrou que os estudantes, ao chegarem à disciplina, não tinham nenhuma habilidade com a elaboração de projetos, apesar de muitos já terem sido bolsistas de projetos de extensão nos semestres anteriores.

Isso coloca em relevo dialógico, no âmbito do ensino da promoção da saúde mediada por ações educativas, a incorporação da pesquisa junto aos futuros profissionais de enfermagem sem dissociação dos elementos práticos inerentes a formação superior em saúde, sobretudo quando se leva em consideração as necessidades reais de saúde e grupos populacionais específicos nos multivariados contextos comunitários.

Tal sentido abre passagem para as reflexões provenientes das experiências de ensinar-aprender promoção da saúde no estado do Pará, que podem ser contempladas no segundo pilar dialógico, disposto a seguir.

### **Segundo pilar dialógico representado pelo estado do Pará: Reflexões pedagógicas estabelecidas entre o Ensino – Serviço – Comunidade para promoção da saúde**

Os diálogos firmados neste pilar atestam a indissociabilidade existente entre ensino-serviço-comunidade. As reflexões pedagógicas estão alicerçadas em estratégias

práticas de ensinar-aprender promoção da saúde junto a estudantes do Curso de Graduação em Medicina da Universidade do Estado do Pará – UEPA, polo Marabá. Diga-se que a necessidade de uma formação profissional crítica, que estabeleça nos serviços de saúde uma postura de atuação direcionada para os interesses e necessidades sociais coloca em destaque os Módulos de Gestão, Interação Ensino Serviço e Comunidade (GIESC) como uma aposta para ensinar promoção da saúde.

Os módulos GIESC são unidades desenvolvidas semanalmente e continuamente do primeiro ao oitavo período do curso, com uma carga horária semanal de 04 horas. É uma proposta educacional baseada nas necessidades da comunidade e no serviço, buscando desenvolver um trabalho multiprofissional e interdisciplinar com a equipe de saúde. O cenário de ensino-aprendizagem destes módulos é representado pela comunidade em torno da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que inclui, portanto, grupos sociais específicos, famílias em seus domicílios, escolas, instituições sociais e outros lugares onde haja necessidade do desenvolvimento de ações de cunho promocional em saúde.

O GIESC permite ao estudante realizar abordagens de cuidar centrada na pessoa, pelos princípios e ferramentas da atenção primária e pelo trabalho com membros da comunidade, nos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos, associados ao processo saúde-doença. A ideia é que os estudantes, em equipes, com a supervisão do professor adentrem na realidade, acompanhem famílias inscritas na UBS, apliquem habilidades clínicas e conduzam projetos de iniciação científica no campo da promoção da saúde junto à comunidade.

Os objetivos do GIESC consistem em proporcionar aos discentes conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à prática médica no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), tornando o futuro profissional sensibilizado em relação à importância do trabalho nas UBS; bem como preparado para prosseguir como um participante ativo de programas de base comunitária.

As atividades pedagógicas no campo da promoção da saúde desenvolvidas junto a ESF priorizam os diversos ciclos de vida, elementos macro e micropolíticos em saúde, qualidade de vida da população circunscrita a UBS e o encontro com o usuário. A metodologia adotada é a problematização e dentre as habilidades os estudantes precisam realizar: ações educativas e promocionais em saúde de cunho individual e coletivo nas escolas, igrejas, centros comunitários, e visitas domiciliares.

Os cenários de prática de ensino são fecundos e adequados para problematizar, estudar e agir, articulando as habilidades necessárias para o ensino da promoção da saúde. Os atores desse processo precisam identificar seu papel e conduzi-lo satisfatoriamente para que o caminhar seja produtivo, leve e harmônico.

Certamente, este tipo de formação centrado na prática demanda processos educativos voltados para o desenvolvimento de competências que podem ser definidas como capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles. O enfrentamento de um problema necessita de recursos cognitivos diversos de forma sinérgica, dentre os quais o conhecimento. Portanto, a construção das competências requer não apenas dos conhecimentos técnicos, mas daqueles que são incorporados a partir da sua realidade prática (Tavares, Rocha, Bittar, Petersen, & Andrade, 2016).

Dessa forma, a interação do estudante-serviço-comunidade proporciona durante o seu processo de ensino-aprendizagem a compreensão real do funcionamento dos serviços básicos do SUS, bem como os princípios doutrinários que o regem: a universalidade, a integralidade e a equidade.

A título de ilustração, coloca-se em destaque, a estratégia de visitar os usuários no domicílio. Para além do atendimento singular ao usuário e a família, há uma apreensão de saberes que convida ao rastreamento de necessidades comunitárias, bem como o reconhecimento de todo o processo de territorialização e as práticas de saúde instituídas na região. Um exercício complexo que convida o estudante de medicina a desenvolver estratégias de cuidado no plano da promoção da saúde para atender as necessidades dos usuários, garantir a sustentabilidade regional e ao mesmo tempo prevenir doenças e seus agravos.

Dentre as habilidades adquiridas nessa estratégia de ensinar-aprender, destacam-se o acesso aos programas de saúde do Ministério da Saúde, capacidade de diferenciar os níveis de atenção à saúde, como também os conhecer os instrumentos de gestão do cuidado no campo da saúde pública. Além disso, o ato de visitar os usuários permite ao estudante refletir criticamente sobre a relação existente entre teoria e a prática em saúde coletiva.

Em virtude disso, a visita domiciliar é uma estratégia prática fundamental para o aprendizado médico da promoção da saúde, onde

ocorrem relações interpessoais com a comunidade e os agentes de saúde além da detecção do perfil epidemiológico e ações educativas. Praticar a visita domiciliar com os estudantes é dar oportunidade a eles de se impactarem com a realidade e assim amadurecerem e refletirem sobre suas ações, estimulando a saírem da zona de conforto e serem profissionais ativos dentro do sistema de saúde (Argentino et al., 2019).

As impressões reflexivas resultantes das ações de visitar permitem diálogos satisfatórios por parte dos estudantes, bem como a troca de aprendizado com os agentes comunitários de saúde. Entrar no universo da comunidade, no interior de cada casa dos usuários, é uma experiência única e desafiadora. Os estudantes descrevem o quanto são bem recebidos e como a realidade social pode contribuir para o universo do cuidar relacionado com a promoção da saúde. As atividades dinâmicas, fora da UBS, podem ser consideradas prazerosas, produtivas e provocativas.

Diga-se que o professor age como um indutor-estimulador de aprendizado no estudante, capaz de considerar no plano do ensinar-aprender promoção da saúde aspectos globais do indivíduo e da comunidade, tais como das esferas: sociais, ambientais, econômicas, espirituais e culturais.

Dessa forma, o processo ensino-aprendizagem para a prática da promoção de saúde desvela a necessidade de transformar o conhecimento em um caso pessoal, de promover a subjetivação do conhecimento acadêmico, ou seja, transformar espectadores, nem sempre muito interessados, em atores que entendam e construam, de forma consciente, as suas aptidões para o exercício de uma prática humanizada e articulada com as políticas de saúde pública.

A natureza dinâmica e complexa da promoção da saúde requer uma formação profissional na área da saúde que facilite formular e colocar em prática seus princípios teóricos e metodológicos, mediante contínua reflexão sobre as contradições dos contextos e a necessidade de enfrentamento dos desafios e expectativas das comunidades nos territórios.

Os cenários reais, representados pelas UBSs, espaços comunitários e domicílios dos usuários são altamente desafiadores e neste percurso de formar dos profissionais médicos não é incomum a superação dos seguintes pontos: imaturidade profissional dos estudantes durante o atendimento aos usuários, ausência de espaços reservados no interior dos serviços de saúde para abordagem individual

com os usuários, romper com o paradigma estritamente procedimental de que promover saúde se resume a usar o estetoscópio e a mediação/ação intersetorial para implementação da promoção da saúde em seu conceito ampliado.

Pensando nesses pontos de tensão acredita-se ser necessário reformular a linguagem e os discursos. Eles precisam ser acessíveis e deve existir a capacidade de compreender as necessidades dos usuários e trabalhadores da saúde, no contexto em que vivem e trabalham (Rivera & Artmann, 2015).

Assumir a prática integrada entre o ensino-serviço-comunidade na formação médica considerando o contexto da ESF, sobretudo o ato de visitar como mobilizador de atitudes e competências em estudantes de medicina, nos convida a pensar que não há receitas pré-formuladas. Cada entrada no cenário pedagógico é uma aventura que possibilita a estudantes e professores aprenderem juntos o ofício de promover saúde no contexto do SUS.

Em continuidade as reflexões postas emergem diálogos que vão ao encontro do que está sendo discutido como estratégias de ensinar-aprender promoção da saúde nos espaços universitários da região norte. Agora, o convite é para deslocar o olhar para a região do extremo-norte do Brasil, onde as formulações científicas sobre promoção da saúde agregam um discurso orientado pela idealização e operacionalização de projetos interventivos. Tudo isso pode ser contemplado no terceiro pilar dialógico deste ensaio, disposto a seguir:

### **Terceiro pilar dialógico representado pelo estado de Roraima: Reflexões sobre ensinar-pesquisar-executar projetos interventivos no campo da promoção da saúde**

Os diálogos presentes neste pilar encontram uma sintonia muito fina com as reflexões advindas do Amazonas e do Pará. No entanto, ganha novas roupagens pedagógicas quando se pensa as formas de ensinar-aprender a promoção da saúde. Isso porque os profissionais dos serviços de saúde que atuam em regime de preceptoria com os professores, são compreendidos como parceiros no processo de formação em saúde.

Dessa maneira professores, estudantes, preceptores-trabalhadores da saúde e usuários são pensados como peças exclusivas de um quebra-cabeça que se encaixam para o desenvolvimento de habilidades e competências no domínio da saúde coletiva. Um processo formativo dinâmico que ocorre no interior do

componente curricular denominado Práticas Interdisciplinares e Interação Ensino-Serviço-Comunidade (PIIESC) presentes no curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima, localizado na capital Boa Vista.

O módulo tem a finalidade de desenvolver as capacidades cognitivas, psicomotoras e afetivas nos estudantes de enfermagem, preparando-os para identificar as características do funcionamento de uma UBS e suas relações com os serviços de saúde em outros níveis da atenção. Os estudantes de enfermagem cotidianamente são instigados a vivenciarem os problemas sociais, culturais, econômicos, sanitários e epidemiológicos numa relação de proximidade com a população.

Posto isso, na condição de protagonistas, os estudantes são convidados a atuarem sobre as necessidades de saúde de forma multiprofissional, interdisciplinar e articulada com os serviços primários de saúde a partir da construção de parcerias com os profissionais de saúde e lideranças da comunidade. As atividades de ensinar-aprender promoção da saúde são desenvolvidas em um dos períodos da semana, com conteúdos teóricos e práticos relacionados com as ementas dos módulos. A prioridade é focar precocemente o usuário numa perspectiva social, biológica e bioética com ações integradas na comunidade.

O estudante caminha pelas UBSs acompanhado de um preceptor e orientado pelo professor do módulo. Cabe aos protagonistas do ensino, professores e preceptores, o papel de facilitar o estímulo e a curiosidade para construção de significados profissionais na área da saúde coletiva. Diga-se que a relação existente entre professores, preceptores, estudantes e usuários se movimenta em um espaço de produção de subjetividade, competências e (re) formulação do pensamento para atender as necessidades cotidianas identificadas nos serviços de saúde.

Uma tentativa desafiadora de aproximação com o que é denominado de quadrilátero da formação para a área da saúde. Nele encontram-se o ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social. A proposta é construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças, mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Com este fio teórico-conceitual os estudantes de enfermagem atuam diretamente nas UBSs em suas áreas de abrangência. A busca é pela compreensão

da realidade da produção do trabalho em saúde que ganha forma nas combinações relacionais: estudante-estudante, estudante-trabalhador da saúde, estudante-usuário, estudante-gestor de saúde e estudante-professor universitário.

Além disso, o módulo PIIESC possibilita aos estudantes de enfermagem o processo de aprendizagem integrado as práticas de Ensino-Pesquisa-Extensão junto às equipes da ESF. Durante o período de dois anos desenvolvem as atividades das PIIESCs I e II orientadas pelas necessidades da comunidade atendida no território da UBS.

Os preceptores estabelecem um rodízio entre os dias da semana para realização da PIIESC conforme cronograma pré-estabelecido pelo professor do módulo, permitindo que as equipes formadas por cinco estudantes participem das atividades desenvolvidas nos programas de saúde da atenção básica, enfrentem os desafios de saúde vivenciados no contexto da UBS, e como de interesse dialógico: desenvolvam projeto de intervenção a partir de problemas identificados.

No primeiro semestre de cada ano os estudantes de enfermagem desenvolvem ações de observação sistemática na UBS, e trabalham com algumas situações-problema semiestruturadas apresentadas pelos preceptores. Essa estratégia inicial possibilita a busca de informações por meio de levantamentos bibliográficos para as discussões com os preceptores e membros das equipes de saúde da UBS.

Dito isso, nas últimas semanas do primeiro semestre, os estudantes identificam os principais tipos de pesquisa em epidemiologia, delineamentos de projetos de pesquisa, conceitos de análise estatística, objetivando apresentar uma proposta de projeto de intervenção que será desenvolvida no segundo semestre.

No segundo semestre ocorre a execução do projeto de intervenção elaborado por cada equipe de estudantes, sob orientação do preceptor da UBS e do professor gerenciador do módulo PIIESC. No final do ano letivo, os estudantes apresentam os resultados advindos das intervenções em sessão pública no curso e nas respectivas UBSs onde as atividades foram realizadas. Em termos ilustrativos, seguem apresentados dois projetos interventivos no campo da promoção da saúde que foram desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem no ano de 2019, junto ao módulo PIIESC – UFRR.

Há que se considerar no primeiro projeto interventivo o consumo de plantas medicinais pelos usuários circunscritos ao território da UBS. Diga-se, que

ao eleger a “horta comunitária” como elemento de exposição às aprendizagens, os estudantes desenvolveram intervenções capazes de afetar os usuários no campo da promoção da saúde. Segue a sinopse científica do projeto interventivo: colhendo saúde por meio da fitoterapia.

*Breve contextualização:* a utilização da horta medicinal comunitária é considerada uma estratégia para trabalhar a fitoterapia, pois por meio da medicina tradicional é possível prestar uma assistência social para usuários que apresentam acesso limitado a saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda essa interação entre a medicina tradicional e a assistência sanitária moderna considerando a cientificidade da fitoterapia e seus benefícios para a promoção da saúde e prevenção de doenças (Brasil, 2016). *Objetivo:* incentivar o consumo de plantas medicinais por meio da horta medicinal comunitária. *Método:* a investigação interventiva foi realizada com os usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Sílvio Leite, Boa Vista – RR. Na primeira etapa, os estudantes realizaram palestras sobre os benefícios da boa alimentação, por meio das plantas medicinais, e salientaram o papel da horta medicinal comunitária. Foram convidados a participar do projeto de intervenção todos os usuários da UBS. Na segunda etapa foram angariados os recursos para a construção da horta medicinal com o envolvimento da comunidade, e reutilização do espaço localizado nas dependências da UBS. As atividades desenvolvidas foram preparo do solo e canteiros, adubação, irrigação e seleção seguintes plantas para o plantio: hortelã, chicória, coentro, boldo, girassol, banana, alface, couve, arruda, cebola, cebolinha, babosa, limão, pimenta, mastruz, e capim santo. Na terceira etapa, foi realizada a construção coletiva do espaço. Os estudantes junto aos usuários participantes da intervenção convidaram a comunidade para apresentar a horta medicinal e seus benefícios, em um momento de orientações e confraternização na UBS. Foi esclarecido que a horta deve ser cuidada por todos da comunidade, e não apenas pelos servidores da UBS. Na quarta etapa, foi aplicado um questionário a dez usuários participantes do projeto de intervenção para avaliação da estratégia interventiva. *Resultados:* de forma sintética, os usuários não conheciam os princípios da horta medicinal comunitária, relataram fazer uso de plantas medicinais, legumes e verduras com frequência e consideraram importante o cultivo

de plantas medicinais na UBS. *Conclusões:* é possível afirmar que os usuários ficaram motivados com a horta comunitária realizada na UBS e mostraram interesse em cultivar e utilizar as plantas da horta comunitária como forma de manutenção de hábitos alimentares saudáveis.

Agora, com o olhar deslocado para as influências do ambiente físico e dos automatismos advindos do saber-fazer saúde nas UBSs, segue apresentação resumida do segundo projeto interventivo, intitulado: aplicação da ginástica laboral na UBS.

*Breve contextualização:* A ginástica laboral é uma atividade física que tem por finalidade alcançar benefícios individuais e coletivos no local de trabalho. Sua prática promove a saúde por meio de exercícios compensatórios que estimulam o corpo, produzindo ânimo, sociabilidade, resolução de problemas e previne doenças advindas das atividades repetitivas e constantes do local de trabalho (Freitas-Swerts & Robazzi, 2014). *Objetivo:* sensibilizar profissionais da saúde da UBS quanto à necessidade da ginástica laboral com vistas à prevenção de doenças ocupacionais. *Método:* o estudo interventivo foi realizado com a equipe multiprofissional da UBS Liberdade, Boa Vista – RR. O foco do projeto ancorou-se na realização das práticas de exercícios com fins laborais no ambiente de trabalho. Na primeira etapa a equipe de saúde foi reunida em um grande grupo no horário oportuno para que não houvesse prejuízo no funcionamento da unidade e foi efetivado o convite para participação do projeto ginástica laboral. Na segunda etapa, com auxílio de um educador físico, a atividade prática da ginástica laboral foi orientada. Na terceira etapa, durante o período de um mês os estudantes de enfermagem acompanharam os servidores nas práticas de exercícios por 15 minutos diários. Foram disponibilizados cartazes fixados em pontos estratégicos da unidade, com os movimentos para auxiliar e incentivar a prática da ginástica laboral na UBS. Na quarta etapa os estudantes realizaram avaliação, por meio de questionário de opinião fechado, para identificar a adesão à Ginástica Laboral, as experiências do grupo e a importância da atividade no cotidiano do trabalho. *Resultados:* em síntese, todos os profissionais da UBS participaram da intervenção (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, serviços gerais, farmacêuticos e setor administrativo) totalizando 32 participantes. Os achados apontam para: 62% (20) funcionários não conheciam a ginástica

laboral, 100% (32) dos profissionais entenderam a importância da ginástica laboral para a saúde e bem-estar no ambiente de trabalho, bem como a melhoria na interação entre os pares no trabalho. *Conclusões:* a criação e implantação de projetos que tragam melhorias a qualidade do ambiente de trabalho emerge como uma proposta de programa. As significações representativas no campo da promoção da saúde do trabalhador atestaram as atividades de ginástica na UBS como benéficas para prática laboral.

A estratégia de ensinar-aprender por meio da idealização, execução e avaliação de projetos interventivos, sobretudo na esfera interdisciplinar desenvolvidas no módulo PIIESC possibilitou aos estudantes de enfermagem vivências no cotidiano do trabalho nas áreas de abrangência das UBSs. Além disso, permitiu a busca de soluções para resolução dos problemas de saúde rastreados junto aos usuários e profissionais no contexto da atenção básica.

As práticas interdisciplinares que se movimentam na tripla interação estabelecida entre o ensino, o serviço e a comunidade permitem ao estudante de enfermagem sentir a realidade. Orientados pelo professor e preceptor os conteúdos da promoção da saúde ganham relevos que vão ao encontro de uma articulação teoria-prática articuladas com as necessidades de saúde presentes no extremo-norte.

No que concerne a integração dos componentes curriculares, só pode ser compreendida de forma mais concreta quando a teoria e a prática interdisciplinar estão vinculadas. Desse modo, o cenário de prática, durante a formação acadêmica dos estudantes, é o lugar privilegiado para compreender a interdisciplinaridade, especialmente quando este cenário é a ESF, um dos campos de operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS (Bispo, Tavares, & Tomaz, 2014).

Os desafios são imensos para construção idealização e operacionalização dos projetos interventivos no campo da promoção da saúde e tocam a necessidade de alinhamentos muito finos entre usuário-estudante-professor-preceptor. Relações por natureza dinâmicas, que em todo momento, exigem a reformulação do pensar e do agir, em prol do que se apresenta como emergente necessidade e possibilidades de desenvolvimento das ações de cuidar.

Assim, acredita-se que o sucesso da aprendizagem nas práticas interdisciplinares está intimamente ligado a potência do encontro em ato, rastreamento de necessidades de cuidado, negociação das atividades a serem produzidas ao longo de seis meses,

planejamento das intervenções, envolvimento dos pares nas ações interventivas, monitoramento e avaliações contínuas das atividades realizadas e apresentação final dos relatórios de pesquisa ao serviço e a universidade.

É chegada a hora de pausar as reflexões referentes ao processo de ensinar e aprender promoção da saúde dialogadas em três universidades da região norte e extremo norte do Brasil. Um ensaio reflexivo coletivo que não é capaz de generalizar, inclusive nos próprios estados, o melhor caminho para ensinar componentes curriculares relacionados à promoção da saúde, sustentabilidade e prevenção de agravos.

Sem um fim, o que brota é a certeza do encontro tramado na rede científica da região amazônica em prol do fortalecimento de práticas exitosas para ensinar, pesquisar, assistir e gerir a formação superior dos profissionais da área da saúde. Isso nos encaminha para as (in) conclusões dispostas a seguir.

### **Sem um fim, o que brota é a integração de práticas exitosas no contexto amazônico (...)**

Com a certeza do inacabado, o que brota em síntese como práticas exitosas de ensinar-aprender a promoção da saúde no contexto amazônico, foi: I – a estratégia edital como ação ensinante desenvolvida no interior da sala de aula expandida para projetos de extensão universitária. II – interação do estudante com o serviço e a comunidade, mediada por visitas domiciliares. III – idealização, execução e avaliação de projetos interventivos com caráter interdisciplinar em UBSs.

Sobre a estratégia edital: as experiências de ensino-aprendizagem no campo da promoção da saúde foram mediadas pela educação em saúde com estudantes de graduação, matriculados na disciplina “Práticas Educativas em Saúde” vigente no currículo de graduação em enfermagem da UEA – Manaus – AM. Para que na prática os estudantes possam planejar e operacionalizar um projeto educativo é lançado um edital no primeiro dia de aula, durante o transcorrer da disciplina os estudantes devem concorrer a ele apresentando os seus projetos educativos e defendem ao final do semestre suas propostas. Uma estratégia de ensinar-aprender promoção da saúde com cunho teórico e uma experiência prática de fazer projetos educativos em saúde.

As estratégias práticas de ensinar-aprender promoção da saúde, considerando a UBS, bem como todos os espaços da vida circunscrita a ela como lugares potentes para formação superior em saúde, foi alvo de reflexão junto ao módulo GIESC, presentes no currículo do Curso de Graduação em Medicina da UEPA – Marabá – PA. É colocada a realização de visitas domiciliares por estudantes e professores aos usuários localizados no território da UBS como elementares na produção de competências, atitudes e habilidades no campo da saúde coletiva.

No que tange as práticas de ensinar-aprender promoção da saúde no contexto extremo norte, é considerado como fundamental a integração entre professores, estudantes, preceptores (trabalhadores da saúde) e usuários. No Curso de Graduação em Enfermagem da UFRR – Boa Vista – RR, especificamente nos módulos PIIESCs I e II, são pensados no plano prático a idealização, operacionalização e avaliação de projetos interventivos na UBS e comunidade adjacente, de acordo com as necessidades emergentes de saúde presentes em cada macroárea e microárea do município.

Espera-se que esta parceria interinstitucional, representada por professores das IESs públicas localizadas no Amazonas, Pará e Roraima, sejam disparadoras de novas reflexões sobre os processos pedagógicos e as modalidades de aprender-ensinar promoção da saúde, na sala de aula, nas UBSs, nos domicílios, nas comunidades e nos espaços da vida. Com base nas reflexões expostas, espera-se que as estratégias pedagógicas contidas neste ensaio possam ser replicadas em outros contextos institucionais de formação em saúde e que suas reverberações fortaleçam a integração de diálogos sobre promoção da saúde e prevenção de agravos ao indivíduo, família e comunidade no contexto do SUS.

### **Referências**

- Argentino, S., Domingues, R. J. S., & Real, R. A. C. (2019). Manual de ensino do módulo Gestão, Integração, Ensino, Serviço e Comunidade. Marabá: Universidade do Estado do Pará.
- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014). Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface*, 18(49), 337-350. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>
- Brasil (2010). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.
- Brasil (2016). Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde.



- Casanova, I. A., Moraes, A. A. A., & Ruiz-Moreno, L. (2010). O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. *Pro-Posições*, 21(3), 219-234. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/pp/v21n3/v21n3a13.pdf>
- Ceccim, R. B., & Ferla, A. A. (2008). Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tes/v6n3/03.pdf>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*, 14(1), 41-65. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>
- Costa, D. A. S., Silva, R. F., Lima, V. V., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface*, 22(67), 1183-1195. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170376.pdf>
- Faria, L., Quaresma, M. A., Patiño, R. A., Siqueira, R., & Lamego, G. (2018). Teaching-service-community integration in practice scenarios of interdisciplinary Health Education: an experience of the Work Education for Health Program (PET-Health) in Southern Bahia. *Interface*, 22(67), 1257-1266. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/1807-5762-icse-1807-576220170226.pdf>
- Figueiredo, N. M. A., Tonini, T., Santos, I., Handem, P. C., & Lopes, L. R. F. (2012). Cuidado de enfermagem: espaço epistêmico de vivências de ensino a partir do ser cliente. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(2), 167-172. Retrieved from <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4032/2786>
- Freitas-Swerts, F. C. T., & Robazzi, M. L. C. C. (2014). Efeitos da ginástica laboral compensatória na redução do estresse ocupacional e dor osteomuscular. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 22(4), 629-36. Retrieved from [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt\\_0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00629.pdf)
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Boehs A. E., Wosny, A. M., & Monticelli, M. (2006). Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(2), 352-358. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>
- Japiassú, H., & Marcondes, D. (2006). *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Machado, L. M., Colomé, J. S., & Beck, C. L. C. (2011). Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. *Revista Enfermagem UFSM*, 1(1), 31-40. Retrieved from <http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2337/1509>
- Mello, A. L. S. F., Moysés, T. S., & Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface*, 14(34), 683-692. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0210.pdf>
- Mendes, R., Fernandez, J. C. A., & Sacardo, D. P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*, 40(108), 190-203. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00190.pdf>
- Meneghetti, F. K. (2011). O que é um Ensaio-Teórico? *Revista de Administração Contemporânea*, 15(2), 321-32. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rac/v15n2/v15n2a10.pdf>
- Rivera, F. J. U., & Artmann, E. (2015). Argumentação e comunicação médico-paciente: Comparando os enfoques da pragma-dialética de Toulmin e a sociolinguística americana. *Cadernos de Saude Publica*, 31(12), 2577-2587. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2577.pdf>
- Schweickardt, J. C., Ferla, A. A., Ceccim, R. B., Lima, R. T. S., Kadri, M. R., & Oliveira, P. T. R. (2016). Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado. Porto Alegre: Rede Unida.
- Tanji, S., Dantas da Silva, C. M. S. L. M., Albuquerque, V. S., Viana, L. O., & Santos, N. M. P. (2010). Integração ensino-trabalho-cidadania na formação de enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31(3), 483-490. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v31n3/v31n3a11.pdf>
- Tavares, M. F. L., Rocha, R. M., Bittar, C. M. L., Petersen, C. B., & Andrade, M. (2016). A promoção da saúde no ensino profissional: Desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1799-1808. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1799.pdf>
- Teixeira, E., & Oliveira, D. C. (2014). Representações sociais de educação em saúde em tempos de AIDS. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(5), 810-817. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0810.pdf>
- Tempesk, P., & Borba M. (2009). O SUS como Escola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(3), 319-320. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v33n3/01.pdf>
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1988). *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. South Australia: WHO.
- World Health Organization (1997). *The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*. Republic of Indonesia: WHO.
- World Health Organization. (1978). *The Alma Ata Declaration*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization. (1998). *Health promoting universities: Concept, experience and framework for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## Advancing Health Promotion Education Towards Systems and Policy Change: A Transdisciplinary Case Study

Paola Ardiles Gamboa  
Patricia Mahecha Gutierrez  
Angelica Yee  
Erika Aguilar  
Shawn Smith

### Introduction

Over the last few decades, there has been a growing interest in academia to engage in “real-life” programs, give back to society, and provide lifelong learning opportunities to students (Berghaeuser & Hoelscher, 2019). Social development and innovation from economic, technological, and cultural progress are often associated with a concept called the “third mission” of universities (Krčmářová, 2011). Based on institutional support and community engagement, this third mission is growing in popularity within health-promoting universities (Krčmářová, 2011; Ardiles et al., 2017). It is also critical to examine this concept in the context of educating future policy makers in health promotion. Community-engaged institutional approaches are forcing educators to question the standard “lecture-style”, deficit-based approach in health promotion education because it focuses on health problems and treats communities receiving solutions as passive stakeholders (Durie & Wyatt, 2013). The traditional model of providing academic “expertise” to communities implies they are incompetent and incapable of building their solutions, which is also harmful to assume (Warr, Mann, & Kelaher, 2012). This approach also causes health professionals, academics, and students to be further removed from the realities of the communities they are meant to serve

(Durie & Wyatt, 2013; Green, 2005). It is argued that today’s professionals are more likely to work with other academic “experts” to discuss, research, and tackle health problems, but this enforces the perceived “helplessness” and deficits of a community (Cronin & Connolly, 2007; Durie & Wyatt, 2013).

Another critique of current health promotion education is that not all students are prepared to practice in the involved discipline and context of health promotion (Cronin & Connolly, 2007). A growing number of associations like the Institute of Medicine note how important it is to train these health professionals for future practice (Chorazy & Klinedinst, 2019). However, training students for health promotion is challenging, as the practitioners in the field often deal with complex and uncertain situations that are continually changing (Durie & Wyatt, 2013; Marriott, Lipus, & Choate, 2015). Not all students entering higher education have experience in professional practice or skills in empowerment, participation, and recognition of personal values (Marriott et al., 2015). These skills are critical for policy-making and dealing with an uncertain world, yet challenging for students to learn in traditional lecture-style educational settings. Many post-secondary institutions are introducing experiential learning, which is more relevant now than ever, as it is the explicit use of core theoretical concepts, experiences, action, and reflexivity in the process of learning (Leininger & Adams, 2017). Experiential learning was introduced in the mid-1980s by western scholars like Kolb (1984) as a new method of teaching and learning to replace “chalk-and-talk” pedagogy (traditional lecture-style) with inquiry and project-based experiences. However, many argue that the roots of this approach stem from the seminal work of Brazilian educator Paulo Freire, who was the leading philosopher of critical pedagogy (Cunningham, 1992; Morrow & Torres, 2002; Giroux, 2010). Freire led the discourse and theorization of education as an expression of politics, critical reflection, and power relations (Giroux, 1988). Modern critical scholars credit Freire’s influential work for inspiring discussions on Indigenous ontology and the importance of building post-colonial, conscious, and experiential curriculum in education (Kincheloe, 2011). Thus, experiential learning was borne from the need for critical, high-quality education that prepares students for the complex field of health promotion (Marriott et al., 2015). Institutions and health promotion programs with experiential learning embedded in its curriculum provide an explicit opportunity to apply theory to practice, and emphasize the importance of academia-community

partnerships (Kruger, Kruger, & Suzuki, 2015). Supporting experiential learning in academic institutions with health promotion programs can also produce graduates who are more competent in finding employment opportunities because it gives them an advantage over those without the skills to theorize and apply concepts in real communities (Kruger et al., 2015).

There are many challenges to training students for practice and incorporating health promotion values and principles at the post-secondary level. For instance, a focus on research as the main endeavour of health promotion education and the emphasis on grades as a measure of academic success. Both can limit the opportunities for transdisciplinary practice and experiential teaching and learning, which can play a pivotal role in advancing the health promotion agenda (Ardiles et al., 2017). The transdisciplinary approach is an integrative process that transcends the traditional disciplinary boundaries of natural, social, and health sciences in a human-centred context (Soskolne, 2000; Stokols, Hall, & Vogel, 2013). This approach uses the strengths of various cross-disciplinary frameworks to transform the practice of collaboration and create innovative solutions for real-world problems (Knerr & Fullerton, 2012). Transdisciplinarity also differs from other approaches because it emphasizes the importance of translating research findings into practical solutions for social problems (Stokols et al., 2013). As a result, the transdisciplinary approach has received significant investment from private and public sectors, since it effectively uses research and science to produce tangible results (Knerr & Fullerton, 2012; Stokols et al., 2013).

Health promotion and experiential academic programs can serve as a mechanism for developing students' competency in advocacy and policy change in the context of community engagement and real-life learning. Post-secondary institutions are actively pursuing opportunities to build social innovation programs that foster and develop a new generation of social change-agents. Furthermore, academic-community partnerships can also be studied for their ability to integrate diverse perspectives in developing holistic and comprehensive approaches in addressing public health issues (Davidson & Bowen, 2011; Minkler, Blackwell, Thompson, & Tamir, 2003).

This chapter examines a case study of an interdisciplinary, experiential, and community-based program called the Health Change Lab (HCL), based in

the City of Surrey, British Columbia, Canada. The HCL is presented as a potential model for health promotion education and a catalyst to advance public policies and innovation at the municipal level. The HCL strives to immerse students in the community using a health promotion mindset to design a solution for a real community. The overall goal of this chapter is to describe the background related to the setting, context, and development of the HCL, as well as examining its impact on participating students and community partners in the first iteration of the HCL in 2016.

## Background

### Setting and Context

Surrey is one of the largest cities in the province of British Columbia and one of the fastest-growing municipalities within Canada (City of Surrey, 2016). It has a population of over 500,000 people and receives an average of 800 new residents each month (City of Surrey, 2020a; Reciprocal Consulting, 2019). By 2020, Surrey is projected to house the largest population in Western Canada and its population is expected to increase by 50% by 2050 (City of Surrey, 2016; 2020a). Refugee claimants and newcomers primarily choose to settle in Surrey, making it one of the most diverse and vibrant municipalities in Canada (City of Surrey, 2016). Surrey also has the highest population of urban Indigenous Peoples in the province; its Indigenous population is expected to grow exponentially within the next 15 years (City of Surrey, 2020b; Reciprocal Consulting, 2019). Although the total population in Surrey is smaller than the major seaport city of Vancouver, the Indigenous population in Surrey exceeded Vancouver in 2018 and is anticipated to double in comparison by 2036 (Reciprocal Consulting, 2019). Surrey's diversity can be characterized by the fact that almost half of its population identifies English as their second language (City of Surrey, 2016). Surrey is also well known for its rural-urban makeup, which creates a vast range of opportunities and challenges from the perspective of public infrastructure, local services, industry, and transportation (City of Surrey, 2020a).

In 2015, the municipality brought together diverse stakeholders to the Collective Impact Forum Table discussion, which identified five significant issues facing the City of Surrey at the time:

1. Transportation: Growing need for emphasis in “smart travelling” for schools and new immigrants and better transit access for people in poverty;
2. Housing and homelessness;
3. Income: Increasing demands for support from different agencies serving people with low income, food insecurity, and/or substance abuse;
4. Connections with First Nations (Indigenous) Peoples;
5. Immigration: Weak processes for integration (Surrey Poverty Reduction Coalition, 2015).

The forum participants determined that effective solutions for these complex issues required community engagement through the collaboration of diverse organizations (Surrey Poverty Reduction Coalition, 2015). Community stakeholders concluded the City of Surrey required “smart urban planning, sanitation services in public places, access to health care services especially for people with mental health and substance use issues, traffic calming, timely responses to emergencies, street crime and natural disasters, interventions with youth-at-risk and ‘safe schools’ programming, as well as the protection of the natural environment” (City of Surrey, 2016, p. 163). Thus, the city prepared to address its challenges by developing infrastructure and improving its economy, services, and communities (City of Surrey, 2015; 2016). The city also realized that community leaders and institutions would continue to be important partners in developing these solutions. Simon Fraser University (SFU) is a Canadian post-secondary institution well-known for its community engagement efforts in Surrey. SFU’s strategic mission is to be “the leading engaged university defined by its dynamic integration of innovative education, cutting-edge research and far-reaching community engagement” (SFU Office of Community Engagement, 2019). The institutional vision, along with a physical presence through a university campus in the center of Surrey and a broad network of community partnerships, created a space for new thinking around social innovation education in Surrey.

Social innovation is a broad concept that is difficult to define in practice, as it can take on various forms depending on the context, resources, and stakeholders. The academic literature defines social innovation as “a novel

solution to a social problem that is more effective, efficient, sustainable, or just than existing solutions and for which the value created accrues primarily to society as a whole rather than private individuals” (Phills, Deiglmeier, & Miller, 2008, p. 36). Social innovation challenges us to think beyond traditional band-aid solutions to social problems by exploring the underlying causes rather than treating symptoms. Solving complex problems involving multiple interacting agents, in an ever-changing context requires the use of systems thinking; an interdisciplinary approach that uses various theories, methods and tools to understand how things are connected to each other within some notion of a whole entity (Peters, 2014). The impact of social innovation aims to challenge the broader system, which governs the distribution of power and resources and can influence socio-economic, political, and cultural determinants of health (Mason, Barraket, Friel, O’Rourke, & Stenta, 2015; Westley, 2008).

In 2015, SFU created an innovation strategy that led to an opportunity to develop the HCL, focusing on social innovation and health promotion in Surrey. The primary purpose of this chapter is to examine the impact of the HCL from the perspectives of the curricular design and the experiences of the student cohorts and participating community partners involved throughout the program.

## Overview of the Health Change Lab Program Development

The HCL was co-designed by faculty and staff members from the Faculty of Health Sciences and the RADIUS Social Innovation Hub of the Beedie School of Business at SFU. HCL was an iteration of SFU’s Change Lab; an undergraduate experiential learning program where students from various academic backgrounds worked together in interdisciplinary teams to investigate a real social, economic, and environmental challenge (RADIUS SFU, n.d.). The HCL originally was designed to be delivered by two instructors as a two-course curriculum program, including one health science course (applied health science project) and one business course (sustainable innovations). Undergraduate students from across the university were invited to apply by submitting their academic transcripts and a statement explaining why they were interested in participating in a social innovation and community health program.

The City of Surrey was chosen as the experimental learning space for the 2016 launch of the HCL, which was composed of diverse teams of students who utilized a comprehensive, systems-oriented, and holistic perspective to understand community health issues based on the values and strategies of the Ottawa Charter for Health Promotion (World Health Organization, 1986). The HCL used a human-centred design approach, which is a cyclical and iterative design process that involves a range of stakeholders and participation central to health promotion (Luckin et al., 2006). Human-centred design is also known as “design thinking” – a unique approach to solving problems that include the creativity and perspectives of the different stakeholders in the design process (Chen, Leos, & Kowitt, 2019; Maguire, 2001). The human-centred design focuses on creating feasible and economically sustainable solutions because it focuses on the human perspective (Chen et al., 2019), emphasizing concepts such as empathy, root cause analysis, co-design, and experimentation. A human-centred lens and co-design approach aligns with participatory practice in health promotion, which encourages a cyclical process of reflection and action that is designed to uncover and address the conditions undermining health and perpetuating health inequities (Springett & Masuda, 2017). This design approach was selected for HCL because it aligned with core values and principles of health promotion, such as empowerment and participation, as well as its application of a social determinants of health lens and systems approach. The design process resulted in the development of prototypes by students that represented solutions to a community health problem, accompanied by business plans to ensure the projects were financially feasible and contributing to the local economy.

The first cohort of HCL in 2016 (Figure 1) was composed of 30 students from various disciplines including: health sciences, interactive arts and technology, international relations, applied sciences, and business. Together, the students worked in interdisciplinary teams throughout their semester to develop potential solutions to address ongoing community public health issues, while engaging community partners in Surrey that were identified by the instructors.

Figure 1: Health Change Lab cohort 2016.



## Purpose

The HCL development and impact is used as a case study to demonstrate a new way of thinking for health promotion curricular programs, the benefits of its interdisciplinary nature, and community-based real-life learning. The objective of this study was to evaluate the following questions:

1. How did the HCL improve student learning through experiential learning and community engagement?
2. How did the HCL create and improve students’ sense of agency in solving complex problems within the Surrey community?
3. What impact did the HCL have on participating Surrey community partners?

## Methodology

This case study (considered a type of program evaluation of the HCL) was funded under Simon Fraser University’s Institute for the Study of Teaching and Learning in the Disciplines. Ethical procedures were followed including obtaining

informed consent, voluntary participation of students (not related to the regular part of the course), and maintaining the identities of student and community partner interviewees anonymous for confidentiality. As proposed by Yin (2019) case studies enable social reconstruction of complex realities, through asking 'how' and 'why' questions. Data were collected from a variety of sources, including:

1. Course syllabi and field notes
2. Electronic questionnaires with participating students ( $n = 30$ );
3. In-depth semi-structured interviews with community partners ( $n = 5$ ); 1 student ( $n = 1$ ) and 1 instructor ( $n = 1$ );
4. Evaluation debriefing sessions with students and instructors.

A survey was developed with closed and open-ended questions and administered to participating students via email during Week 1 and 2 of the program. The questionnaire was developed by a research assistant and one of the instructors for the HCL, on topics relevant to the course. Participants were recruited through an email invitation that outlined the goal of the research study. The response rate to the student survey was 80%.

Semi-structured interviews were conducted in-person and lasted approximately 45 minutes. Interviews were held at the SFU Surrey campus and conference rooms at the Fraser Health and City of Surrey head offices. The community partner interviews began with an icebreaker question about the stakeholders' role and their participation in the HCL. A flexible interview approach was adopted to better understand the interviewees' experiences and the perceived barriers and enablers related to the HCL. The interviewees did not receive any compensation. Participating in the study did not impact their current or future status with HCL or with SFU. The collected data from the interviews included:

1. Participation and involvement in the program;
2. Benefits and challenges of working with SFU;
3. Assets and strengths in the HCL;
4. Perception about the impacts on the community and its engagement;
5. Experiences working with students from different backgrounds; and
6. The value and design of the HCL, suggestions to improve this and partnership experience.

## Method of Analysis

The student survey data (80% response rate) were amenable to simple descriptive analysis. The interviews were recorded using a digital voice recorder, transcribed verbatim, and coded using thematic analysis and NVivo software (Braun & Clarke, 2006; Guest, MacQueen, & Namey, 2012). The notes were revised and the interviews were listened to repeatedly to build familiarity with the data, which was necessary before codes and themes could be identified.

A codebook was developed to extract specific themes and findings from the transcribed notes via qualitative analysis. Detailed notes were coded in original themes, then grouped into broader themes. Other topics were examined and divided into themes as well, with verbatim quotations used when appropriate. The same procedure was carried out for both student and community partner interviews. Later, the interview and survey data analysis were complemented with an ongoing review of field notes, syllabi, and other documents such as an instructor-peer-student evaluation session and the instructors' feedback session. It is important to note that although there were only seven interviews, each one had a unique perspective and provided rich data, as each individual had a different role during the HCL.

## Results

The section below reports on the results obtained from the data collected. Results are described in this section in accordance to data obtained from the instructors (related to curricular design), as well as the experience of the students and community partners.

## Curricular Design of the Health Change Lab

The curricular design of the HCL was based on the development of an innovative model in health promotion education. HCL offered students an opportunity to use experiential learning, community engagement, and systems thinking to address health issues in a real-life community setting, as well as learn social innovation tools and build social entrepreneurship skills. The students learned

to utilize a comprehensive and holistic perspective to understand community challenges with a focus on health promotion values and social determinants of health, instead of focusing on individual health issues or symptoms.

In addition to the student teams' interdisciplinary nature, the two instructors were from different disciplines and brought varying cultural and life experiences to the classroom. The instructors had a broad range of experiences outside of academia through work in the public, private, and not-for-profit sectors. This enabled the instructors to mentor the students and support their goals in building community partnerships and finding entrepreneurial solutions to complex problems. The instructors designed the program as a co-teaching experience where they would both have opportunities to teach specific subject matters, while being intimately involved in the human-centred design process throughout the course. This design allowed instructors to provide insight and challenge the teams, while ensuring the students were continuing to work on their personal goals and leadership development.

Another critical aspect of the HCL design was that students worked on priority issues previously identified by the City of Surrey through various partnerships such as the Poverty Reduction Coalition (broad inter-sectoral non-partisan group) and the Healthy Communities Partnership (co-chaired by a city councilor and an executive from a health authority, with participants from a wide range of government and non-government agencies). After analyzing the city's priority issues and gathering insights from community partners, students selected seven focus areas and formed interdisciplinary teams. These teams examined gaps and then focused on community problem areas such as: refugee settlement, mental health, substance abuse, food insecurity, active transportation, and cultural competency and safety in elementary educational settings.

Students undertook multiple steps to develop their novel and financially sustainable solutions as follows: they (1) analyzed the scope of their selected issues, (2) identified a problem statement, (3) developed insights based on user experience and expert input, (4) designed and tested the solutions, and (5) presented proposals for social venture concepts. They had opportunities throughout the program to obtain feedback and input from their mentors, who were made up of diverse community partners and professionals (City of Surrey), the regional

health authority (Fraser Health Authority) and not-for-profit organizations such as the Fraser Region Aboriginal Friendship Centre Association (FRAFCA). The students also received feedback from their instructors to ensure they were designing appropriate, applicable, and relevant solutions that applied health promotion values and principles in conjunction with social entrepreneurship skills. At the end of the program, each team presented a proposed solution as their final project. Presentations included a discussion of the proposed solution's feasibility, viability, and desirability for community partners. However, it was expected that implementation of solutions would not occur in the short time frame of four months within their academic semester.

One of the significant benefits of the HCL design was the explicit development of leadership skills throughout the semester. Students were asked to keep a journal to document the development of their communication, relational, and problem-solving skills. Moreover, students had opportunities to discuss their learning and challenges with their instructors, who helped them develop personal goals focused on improving self-awareness, collaborative engagement, critical thinking, and communication skills. These leadership skills were fundamental in ensuring students were capable of fostering positive relationships with community partners and working effectively with their peers in interdisciplinary teams.

## Findings from Student Interviews

### Perceived benefits

Students reported that hands-on, practical experience was missing from most undergraduate programs, but was core to HCL. The HCL offered a structure for adapting experiential learning and social innovation that was appreciated by students. Students also reported on how experiential learning made them responsible for their learning in a complex real-life setting. They were motivated to leave their comfort zone and take risks, which was challenging but equally rewarding. An example of this included engaging with new people from different communities in Surrey. The most significant support that students received during the program was reported to be the mentorship they received from their instructors. In retrospect, students realized the purpose of the HCL

and understood that “change” was not only about the community, but also within themselves.

*“We cannot create social change without changing ourselves.” (Student participant)*

Working in an interdisciplinary team was perceived as a valuable experience for students in the program. The HCL encouraged students to interact with people from various backgrounds, bringing unique perspectives from different academic disciplines. Students considered interdisciplinary team building as an opportunity for mutual learning.

*“HCL is a course that students must take... It is so valuable because I was in the classroom with 30 people who had a lot of commitment to what they were doing and bringing their knowledge to analyze the public health issues from a different perspective.” (Student participant)*

Students saw community engagement as a significant strength and benefit of the HCL. Working with the community taught students a more holistic way of conducting research and approaching health issues. Being challenged continuously allowed the teams think more critically because when there were no definitive answers, they had to consider other perspectives.

The HCL was also a networking opportunity for students and the community. Students built relationships with different professionals and stakeholders from the Fraser Health Authority, City of Surrey, and FRAFCA. One team was particularly grateful for the chance to work directly with empowering organizations:

*“Meeting with them and looking at the public health issues and thinking about what to do, was empowering.” (Student participant)*

## Perceived impacts

A notable learning experience for students was the valuable opportunity to work with and learn from people who think differently from them. Enabling students to be exposed to different viewpoints and people in their community encouraged open-

mindedness, trust, and empathy. The strength and reciprocity from the developed partnerships was reported as a significantly positive impact of the HCL for students. The most memorable moment from the first class was described as follows:

*“I was excited meeting with people from the City of Surrey, Councilors, staff from SFU Surrey Campus, the Chief Medical Officer for Fraser Health. It brings credibility to this program. The sense of opportunity was tremendous. I was intimidated because they were interested in what we were doing, but it was valuable.” (Student participant)*

The HCL taught students about the research process, as well as how to receive constructive and critical feedback from their peers and mentors. Students learned that communication and feedback were critical in a project or study with many stakeholders. The program also taught students how to learn through reflection, which opens the opportunity to clarify ideas, designs, processes, and next steps. Students had the opportunity to work in teams to nurture ideas through the design process and access knowledge outside the classroom, which was a realistic reflection of real-life practice.

The program raised awareness about the power of assumptions and biases, and how one can learn to actively listen to the community’s needs. Students learned the importance of demonstrating empathy when conducting primary and secondary research and approaching public health issues from a systems perspective. The program also encouraged flexibility – students learned to let go of old ideas to try new ones.

As an experiential learning experience, the HCL was a transformative program for many students. They believed the program was part of what they were looking for in their undergraduate studies. Students found their engagement with communities and stakeholders extremely valuable. Students emphasized personal growth as a significant impact of the HCL because they did not feel like they had the similar structure or stability of a traditional university course and were always learning to adapt and work together.

*“There was a sense of community in the class that I have never seen in other classes, which is fantastic.” (Student participant)*



## Perceived challenges

Due to the program's iterative and complex design, students reported they often felt "lost" because they did not know what to expect when they were in a real-life setting. The HCL was a new model of learning with an entirely different structure, where students did not have a set schedule like other programs, as much of their work was done outside of regular classroom hours. Students felt they needed more time to integrate the reading material and practical aspects because they did not understand how the two aspects would integrate eventually. They perceived three months was not enough time to refine and create successful solutions for their projects.

However, students also thought the program's design was deliberate and meant to simulate real-life challenges when designing health promotion programs. The program served as a growing opportunity for instructors to create safe spaces for students to feel vulnerable and supported while preparing them to move forward. This perceived challenge was vital as it prepared students for what was likely to happen in their future practices.

*"I believe it is part of the HCL experience, and it is valuable. We did not know what was going on and what was next." (Student participant)*

Students were also challenged to work with uncertainties, which was difficult but valuable because it reflected real-life practice. The creativity required to succeed while working with uncertainties, is not a traditional part of health promotion education and the HCL required students to tap into their creative, "out-of-the-box" thinking. Students also experienced the cyclical nature of design – failing and starting over again – another valuable benefit of the HCL that is not regularly found in more traditional health promotion education.

*"The key piece is that there is no single way to do something; this is a long way of learning." (Student participant)*

## Overall findings from student data

The data analysis revealed that students generally appreciated the experiential program as it created opportunities for personal growth and connections with the

community of Surrey. This program encouraged students to work with knowledgeable and expert mentors from the City of Surrey, community organizations, and their instructors. Students also appreciated the opportunity to engage with a local community and develop solutions for many pressing public policy and health issues of which they only studied in books or articles prior to the HCL.

## Findings from Community Partner Interviews

### Perceived benefits

Community partners identified many strengths and assets in the HCL. One of the most important benefits was having community and student researchers work together to build trust and capacity. They valued how students brought the community together and strengthened relationships among community members and organizations. The HCL fostered new and refreshing ideas using community engagement, which made it easier to develop solutions.

Participants in the interviews described how students learned from the experience and knowledge of stakeholders, community members, and their instructors. On the other hand, partner organizations gained a new perspective from students' projects because the organizations often lacked the resources and capacity to engage communities.

*"The main benefit: students were working on the structure of public health issues, and of challenges about issues we were talking for about one year... We had students engaging with everyday problems in the City." (Interviewee 2)*

*"At the City, we do not have enough staff. Students do research, outreach, and business development. We do not have time for doing that." (Interviewee 2)*

Working with SFU throughout the HCL improved relationships with community partners and brought significant benefits to them, such as knowledge, experience, and expertise. Novel perspectives offered by the students and instructors garnered innovative solutions and ideas. This partnership between academia and

community-based organizations provoked a shift in how stakeholders interact across disciplines and changed the traditional way of thinking for many community groups. The partners perceived that a stronger connection with local institutions like SFU, was important for small organizations with limited resources.

*“The program aligns with what is happening in the community... the strategic plan and vision that have the Fraser Health Authority and SFU harmonize with the City and its priorities.” (Interviewees 3 and 4)*

## Perceived impacts

Results from the community partner interviews demonstrated that community engagement was key to the HCL and helped increase the relevance and feasibility of the solutions developed by the students. Partners also noted how community engagement fostered consensus on solutions regarding populations living in high-risk situations. This program brought people from different parts of the community together to be part of the solution.

The HCL was a significant opportunity for SFU and the community stakeholders to make new connections, improve relationships with the community, and strengthen existing networks. The instructor from the Faculty of Health Sciences worked extensively for a year before the launch of the HCL to engage community stakeholders and foster connections within the City of Surrey. These connections allowed students to develop their projects with support throughout the program. Community partners also saw the HCL as a considerable support for students developing skills in communication, engagement, and cultural humility, the latter in particular when working with Indigenous communities. Cultural humility is a respectful process of self-reflection and recognition of one's privilege, lifelong journey as a learner, and the importance of culture in one's identity (First Nations Health Authority, n.d.). The explicit acknowledgement of one's position of power and self-critique is an important process of respectful and reciprocal work with Indigenous communities (Tobias, Richmond, & Luginaah, 2013). Students strengthened cultural humility by addressing complex issues and reflecting on structural determinants of health, while examining their own assumptions and biases. Partners reported how the program prepared students for future practice

and relationship building in the long-term. Community partners saw the authentic relationships resulting from the HCL as a testimony to its positive impact.

*“Mentors from the City of Surrey, FRAFCA, and Fraser Health Authority have real connections with students.” (Interviewee 2)*

*“Students were building real connections with community groups.” (Interviewee 1)*

## Perceived challenges

Challenges were discussed extensively by the community partners. One of the challenges they faced was working within a limited time frame of an academic semester. Partners realized their staff did not have enough time to fully support the students or be more involved in the HCL. Even though staff from different organizations and the general public were impressed with the HCL outcomes, a longer time frame was suggested so that more community partners could be involved. Before settling on a suitable solution, prototyping various projects took many weeks, and the limited time frame of the HCL was identified as a key barrier. Building connections with the community and interviewing user groups were also time-consuming activities. It was also challenging to work around student schedules because they had other courses or work to complete at the same time. Community partners highlighted challenges in advocating for the proper resources and budget to work with the HCL cohort.

*“The biggest challenge was the timeline because students had to create something quickly, make connections, come up with the idea, and work it out.” (Interviewee 5)*

*“It was a challenge to get the City Council and senior managers' attention about what was happening with SFU regarding partnerships and having the academic partners to help us.” (Interviewee 2)*

## Overall findings from community partners

From the community partners' perspective, HCL created an opportunity for the community to strengthen relationships between SFU, the City of Surrey,

and Fraser Health Authority and initiate more meaningful and long-lasting engagement with FRAFCA. According to the partners, the program's main asset was bringing two experienced instructors from the field of health promotion and social entrepreneurship and their interdisciplinary students together to work with Surrey's community partners. These relationships promoted different community members to engage and develop evidence-based, novel, and transformative solutions for pressing public health policy issues together.

## Discussion

The HCL was launched in the City of Surrey in September of 2016; it was designed to bridge health promotion theories, based on the Ottawa Charter for Health Promotion, with social innovation practice by using human-centred design and community engagement. Overall, the application of a community-based and experiential learning model to positively address community health issues influenced the participating students, community partners, and academic institutions. Students made valuable and meaningful connections with individuals from diverse, multi-disciplinary backgrounds, who provided expert input and feedback for the proposals. Most students felt this "real-world" approach to teaching improved their learning significantly. New partnerships were created and existing relationships were strengthened between academic leaders and community partners, building engagement capacity and trust. Three of the prototypes from the HCL pilot in 2016 were further refined and later implemented by the City of Surrey and or its community partners. Thus, the HCL had a meaningful impact on influencing public policy and systems change.

The iterative nature of the human-centred design supported a holistic approach that involved the users of the design to tailor solutions to their needs. The findings of this case study support the purposeful design of innovative health promotion education programs to influence public policy and systems change, by incorporating interdisciplinary teamwork, placement of students in real-life situations to learn, and engagement with communities to solve complex public health problems. The case study also relates to what some have argued as a necessary reorientation in public health and health promotion to "reorient

our value system towards sustainability and equity" and consider "the public as partners" (Cronin & Connolly, 2007; Marriott et al., 2015, p. 287). The findings support a foundational shift from traditional classroom learning to incorporating transdisciplinary and community-based learning, central to health promotion practice (Bernardo, Butcher, & Howard, 2012). In essence, the HCL's key strength was its transdisciplinary approach to learning that utilized the strength of institutional support and community involvement to embed health promotion values and principles in undergraduate academic curricula.

The transdisciplinary nature used in the HCL relied on experimentation, co-creation, and leadership development. This approach is in contrast with traditional teaching approaches where students work exclusively with academic researchers who are often removed from real-life community challenges. As Springett and Masuda (2017) noted, "participation is not just a process; it is a mindset, a philosophy of being and acting in the world ecologically, organically, and holistically, and in health promotion, with the ultimate aim of improving the conditions for optimal health and social justice". The HCL demonstrated that a novel participatory approach to health promotion education could be applied as a strengths-based approach that builds on the community's expertise, versus the traditional approaches that treat community members as passive stakeholders (Durie & Wyatt, 2013). There are also questions in the literature as to whether traditional health promotion education is critical enough to teach students how to understand the cultural and psychological factors that shape human behaviour, feelings, and actions (Cronin & Connolly, 2007; St. Leger, 2001). Engaging community members early in the HCL design phase encouraged students, as stakeholders, to clarify the research question, challenge assumptions and biases, and bring forth novel ideas related to issues such as food security and isolation of older adults, and active transportation (Lichtveld, Goldstein, Grattan, & Mundorf, 2016).

The current teaching style for health promotion may also be losing its relevance in the age of information overload, social media, and the need for experienced graduates (Glanz, 2017). The Council on Education for Public Health (CEPH) outlines accreditation criteria for public health programs, and they are also encouraging more "real-life" training for students (Chorazy & Klinedinst, 2019). CEPH also has the ambitious goal of recommending institutions to

be transdisciplinary, but academic programs that aim to be transdisciplinary have only emerged in the last two decades (Gibbs, 2015). Programs seeking CEPH accreditation must include a project requirement for students to “apply transdisciplinary problem solving to a public health challenge... in a real-world setting” (Arnold, Kuhlmann, Hipp, & Budd, 2013, p. 71). Traditional public health and health promotion education relies on teaching concepts and skills, which are not applied to real-world situations outside of the classroom (Chorazy & Klinedinst, 2019). As a result, experiential learning is increasingly being used to help students apply these skills and concepts, stimulate future professional success in the field, and engage in life-long learning (Chorazy & Klinedinst, 2019). However, structural changes are needed to overhaul and improve the quality of current health promotion education and pedagogy (Glanz, 2017). Thus, diversification of classroom-based learning to include other approaches like experiential learning is essential (Glanz, 2017). This HCL case study demonstrated how experiential learning and reflective exercises work well together and are valuable additions to an academic program (Marriott et al., 2015). It demonstrated how community change and development through academic engagement in health promotion principles are possible. The HCL successfully engaged students, faculty, and community partners to inspire new ways of solving public policy issues related to health at the municipal level. The HCL served as an essential catalyst for a new initiative launched in September 2018: The Surrey CityLab, a community-academic partnership between Surrey, SFU, and Kwantlen Polytechnical University, that supports the advancement of the municipality’s sustainability plan. As demonstrated by this case study, community-based projects that use experiential learning not only cultivate genuine partnerships between institutions and communities but also provide students and practitioners continuing education opportunities to support them in future health promotion practice and policy work. The inclusion of community members in research or student projects leads to efficient use of diverse skills and resources, improves the quality of work conducted, and builds community capacity in problem-solving (Connolly, 2007; Durie & Wyatt, 2013). There is a lot of pressure on students to be prepared by the time they graduate, given a forecasted shortage of public health professionals in the field and a growing need for their expertise over the coming

years (Connolly, 2007). The innovation of educational training to equip students with real-life skills has become more critical in light of the COVID-19 pandemic. Questions are arising as to how we can best prepare the next generation of policy makers for an ever-changing context that is uncertain and complex. Students graduating at the undergraduate and graduate level require skills that can prepare them to work effectively in teams, problem-solve and critically analyze their own social location in relation to the communities they work with. For instance, health promotion strategies and policy change should integrate Indigenous perspectives and approaches, rather than relying on the domination of the Western paradigm (Loppie, 2017). Incorporating equity-centred approaches in post-secondary education is no longer a choice, but a responsibility of public health educators, if we are to respond to the ecological and structural changes that are emerging in the post-COVID-19 era.

The transdisciplinary approach in health promotion education presented by the case study in this chapter is critical for the development of future policymakers because:

1. System change and transformative solutions have to happen within and with the community, rather than externally directed by self-appointed ‘experts’ (Durie & Wyatt, 2013).
2. Students require skills to recognize and understand non-linear causal relationships in a real-world context. The complex and evolving nature of health problems and the demand for experience in designing unique solutions, support a necessary reorientation of health promotion education (Durie & Wyatt, 2013).
3. The explicit inclusion of experiential learning and focus on assets-based strengths in a community is an appropriate approach for shifting the current health promotion pedagogy. Experiential learning opportunities like this case study supports the development of local partnerships and crucial professional connections for students (Kruger et al., 2015).
4. Democratic pedagogies can be employed as transformative tools that critique the current context and deliberate on future solutions and policy alternatives for a more just society (Ashworth, Ardiles, Johal, Morrison, & Mahoney, 2020).

The translation of classroom-based learning and theory into practice using experiential learning is already well-documented and successful (Connolly, 2007; Marriott et al., 2015). Furthermore, “a teaching and learning agenda that foster democratic participation in political and civic realms is one in which students discover that they can influence public life and enhance public discourses” (Ashworth et al., 2020, p. 10). This case study shows how students can be directly embedded into the community during the entire design process using the HCL model. Students, scholars, and practitioners alike can benefit from innovative pedagogy and the opportunity to develop real experience, skills, and relationships. The outcomes of these relationships are more likely to be sustainable, effective, and assets-based, as demonstrated in this case study of a community-academic partnership.

## Conclusion

The HCL of 2016 strived to achieve these goals: to immerse students into the community, use a human-centred mindset through the design process, and create a community solution. HCL used a design that promoted a participatory approach in health promotion, focusing on relational power in the process towards social change (Springett & Masuda, 2017). The HCL has continued to adapt and evolve since 2016. Today, the HCL has moved from a human-centered approach to employing an explicit equity-centered approach, which centers the co-design process on the perspectives of people with lived experience and recognizing their expertise in creating their own solutions (Chambers & Thompson, 2009; MacDonald, 1998). One consideration has been to find ways of engaging local Indigenous community youth leaders and incorporating the strengths of Indigenous knowledge and ways of knowing, which conceptualizes health and wellness as a holistic, cyclical, and dynamic process (Leavitt, 1995; Loppie, 2017). Accomplishing this type of transformation is challenging in an academic setting with a semester and grading system that does not necessarily promote the active engagement and on-going participation of communities. Furthermore, instructors rarely have the necessary planning time or financial resources in course development to invite community members to participate in the classroom in a meaningful way. Yet, if our aim is to prepare students and future community

leaders to support policy change, the way we educate future health promotion professionals must transform and strive towards properly funded, community-based experiential learning that meet the needs of our communities.

## References

- Ashworth, J., Ardiles, P., Johal, A., Morrison, B., & Mahoney, T. (2020). Democratic Teaching and Learning: A study of practice at Simon Fraser University. Simon Fraser University: Faculty of Environment. Retrieved from <https://www.sfu.ca/content/dam/sfu/fenv/PDF/Democratic%20T%20+%20L%20Web%207%20Final.pdf>
- Ardiles, P., Hutchinson, C., Stanton, A., Dhaliwal, R., Aslan, M., & Black, T. (2017). Health Promoting Universities: Shifting from health education to social innovation. In I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich & S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New perspectives on theory, practice, policy, and research* (4th ed., pp. 268-285). Toronto: Canadian Scholars Press.
- Arnold, L. D., Kuhlmann, A. S., Hipp, J. A., & Budd, E. (2013). Competencies in Transdisciplinary Public Health Education. In D. Haire-Joshu & T. D. McBride (Eds.), *Transdisciplinary public health research, education, and practice* (pp. 53-78). San Francisco: Jossey-Bass.
- Berghaeuser, H. & Hoelscher, M. (2019). Reinventing the third mission of higher education in Germany: political frameworks and universities' reactions. *Tertiary Education and Management*. <https://doi.org/10.1007/s11233-019-09030-3>
- Bernardo, M.A.C., Butcher, J., & Howard, P. (2012). An international comparison of community engagement in higher education. *International Journal of Educational Development*, 32(1), 187-192.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Chambers, D., & Thompson, S. (2009). Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: Nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 65(1), 130-138. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04851.x>
- Chen, E., Leos, C., & Kowitz, S.D. (2019). Enhancing Community-Based Participatory Research Through Human-Centred Design Strategies. *Health Promotion Practice*, 21(1), 37-48. <https://doi.org/10.1177/1524839919850557>
- Chorazy, M.L., & Klindinst, K.S. (2019). Learning by Doing: A Model for Incorporating High-Impact Experiential Learning into an Undergraduate Public Health Curriculum. *Front Public Health*, 7(31), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00031>
- City of Surrey. (2015). Collective Impact Forum Table Discussions: Building our Network Map. Retrieved from <http://surreyprc.ca/wp-content/uploads/2014/11/CI-TABLE-DISCUSSIONSUMMARY-Forum-2015.pdf>
- City of Surrey. (2016). Public safety Strategy Taking Action Together. Retrieved from <http://www.surrey.ca/files/SurreyPublicSafetyStrategyFullVersion.pdf>
- City of Surrey. (2020a). Population Estimates & Projections. Retrieved from <https://www.surrey.ca/business-economic-development/1418.aspx>
- City of Surrey. (2020b). Surrey Urban Indigenous Strategy. Retrieved from <https://www.surrey.ca/community/18417.aspx>

- Connolly, C. (2007). Exploring the use of experimental learning workshops and effective practice for developing professional practice among post-graduate Health Promotion students. *Health Education Journal*, 66(3), 286-303. <http://dx.doi.org/10.1177/0017896907080136>
- Cronin, M., & Connolly, C. (2007). Exploring the use of experiential learning workshops and reflective practice within professional practice development for post-graduate health promotion students. *Health Education Journal*, 66(3), 286-303. <https://doi.org/10.1177/0017896907080136>
- Cunningham, P.M. (1992). From Freire to Feminism: The North American Experience with Critical Pedagogy. *Adult Education Quarterly*, 42(3), 180-191.
- Davidson, M.M., & Bowen, N. (2011). Academia meets community agency: How to foster positive collaboration in domestic violence and sexual assault work. *Journal of Family Violence*, 26(4), 309-318.
- Durie, R., & Wyatt, K. (2013). Connecting communities and complexity: a case study in creating the conditions for transformational change. *Critical Public Health*, 23(2), 174-187. <https://doi.org/10.1080/09581596.2013.781266>
- First Nations Health Authority. (n.d.). FNHA's Policy Statement on Cultural Safety and Humility. Retrieved from <https://www.fnha.ca/documents/fnha-policy-statement-cultural-safety-and-humility.pdf>
- Gibbs, P. (Ed.). (2015). *Transdisciplinary Professional Learning and Practice*. Cham: Springer International Publishing.
- Giroux, H.A. (1988). *Teachers as Intellectuals: Toward a Critical Pedagogy of Learning*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Giroux, H.A. (2010). Rethinking Education as the Practice of Freedom: Paulo Freire and the Promise of Critical Pedagogy. *Policy Futures in Education*, 8(6), 715-721.
- Glanz, K. (2017). Scholarship on Teaching and Learning in Health Promotion: New and Emerging Opportunities. *Pedagogy in Health Promotion*, 3(1), 6-8. <https://doi.org/10.1177/2373379916689479>
- Green, J. 2005. Professions and Community. *New Zealand Sociology*, 20(1): 122-141.
- Guest, G., MacQueen, K.M., & Namey, E.E. (2012). *Applied thematic analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kincheloe, J. (2011). Critical Ontology and Indigenous Ways of Being. In K. H, S.R., Steinberg, & K. Tobin (Eds.), *Key Works in Critical Pedagogy* (pp. 333-350). Rotterdam: SensePublishers.
- Knerr, S., & Fullerton, S.M. (2012). Transdisciplinary Approaches to Understanding and Eliminating Ethnic Health Disparities: Are We on the Right Track? *Ethnicity & Disease*, 22(4), 504-508.
- Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Křmářová, J. (2011). The third mission of higher education institutions: Conceptual framework and application in the Czech Republic. *European Journal of Higher Education*, 1(4), 315-331. <https://doi-org.proxy.lib.sfu.ca/10.1080/21568235.2012.662835>
- Kruger, J.S., Kruger, D.J., & Suzuki, R. (2015). Assessing the Effectiveness of Experiential Learning in a Student-Run Free Clinic. *Pedagogy in Health Promotion*, 1(2), 91-94. Retrieved <https://doi.org/10.1177/2373379915575530>
- Leavitt, R. (1995). *Malliseet and Micmac: First Nations of the Maritimes*. Fredericton: New Ireland Press.
- Leininger, L., & Adams, K. (2017). University Worksite Health-promotion Programs: An Opportunity for Experiential Learning. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 88(6), 33-37. <https://doi.org/10.1080/07303084.2017.1330169>
- Lichtveld, M., Goldstein, B., Grattan, L., & Mundorf, C. (2016). Then and now: lessons learned from community-academic partnerships in environmental health research. *Environmental Health*, 15(1), 117.
- Loppie, C. (2017). Promising Practices in Indigenous Community Health Promotion. In I. Rootman, A. Pederson, K. Frohlich & S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New perspectives on theory, practice, policy, and research* (4th ed., pp. 184-202). Toronto: Canadian Scholars Press.
- Luckin, R., Underwood, J., du Boulay, B., Holmberg, J., Kerawalla, L., O'Connor, J., ... & Tunley, H. (2006). Designing educational systems fit for use: a case study in the application of human centered design for AIED. *International Journal of Artificial Intelligence in Education*, 16(4), 353-380.
- MacDonald, T.H. (1998). *Rethinking health promotion: A global approach*. New York, London: Routledge.
- Maguire, M. (2001). Methods to support human-centered design. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55, 587-634. <https://doi.org/10.1006/ijhc.2001.0503>
- Marriott, L.K., Lipus, A.C., & Choate, L. (2015). Experiential Learning Through Participatory Action Research in Public Health Supports Community-Based Training of Future Health Professionals. *Pedagogy in Health Promotion*, 1(4), 220-232. <https://doi.org/10.1177/2373379915601119>
- Mason, C., Barraket, J., Friel, S., O'Rourke, K., & Stenta, C.-P. (2015). Social innovation for the promotion of health equity. *Health Promotion International*, 30(2), ii116-ii125. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav076>
- Minkler, M., Blackwell, A.G., Thompson, M., & Tamir, H. (2003). Community-based participatory research: implications for public health funding. *American Journal of Public Health*, 93(8), 1210-1213.
- Morrow, R.A., & Torres, C.A. (2002). *Reading Freire and Habermas: Critical Pedagogy and Transformative Social Change*. New York: Teachers College Press.
- Peters, D. H. (2014). The application of systems thinking in health: why use systems thinking?. *Health Research Policy and Systems Journal*, 12, 51. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-51>
- Phills, J. A., Deiglmeier, K., & Miller, D. T. (2008). Rediscovering Social Innovation. *Stanford Social Innovation Review*, 6, 34-434. Retrieved from [https://ssir.org/articles/entry/rediscovering\\_social\\_innovation](https://ssir.org/articles/entry/rediscovering_social_innovation)
- RADIUS SFU. (n.d.). Health Change Lab. RADIUS. Retrieved from <https://radiussfu.com/programs/sfu-student-programs/change-lab/health-change-lab/>
- Reciprocal Consulting. (2019, May). 2016 Profile of the Indigenous Population in Surrey. Retrieved from <https://www.surrey.ca/files/SurreyIndigenousCommunityProfileMay2019.pdf>
- SFU Office of Community Engagement. (2019, July 23). Authenticity and Impact: Strengthening Community Engagement at SFU – SFU's Strategic Community Engagement Plan. Simon Fraser University. Retrieved from <https://www.sfu.ca/communityengagement/strategic-community-engagement-plan.html>
- Soskolne, C. (2000). Transdisciplinary Approaches for Public Health. *Epidemiology*, 11(4), S122.
- Springett, J., & Masuda, J. (2017). Participatory practice and health promotion in Canada. In I.

- Rootman, A. Pederson, K. Frohlich & S. Dupéré (Eds.), *Health Promotion in Canada: New perspectives on theory, practice, policy, and research* (4th ed., pp. 390-407). Toronto: Canadian Scholars Press.
- St. Leger, L. (2001). Building and finding the new leaders in health promotion: where is the next wave of health promotion leaders and thinkers? Are they emerging from particular regions, and are they less than 40 years old? *Health Promotion International*, 16(4), 301-303. Retrieved from <https://doi.org/10.1093/heapro/16.4.301>
- Stokols, D., Hall, K.L., & Vogel, A.L. (2013). Transdisciplinary Public Health: Definitions, Core Characteristics, and Strategies for Success. In D. Haire-Joshu & T. D. McBride (Eds.), *Transdisciplinary public health research, education, and practice* (pp. 3-30). San Francisco: Jossey-Bass.
- Surrey Poverty Reduction Coalition. (2015). *Collective Impact Forum Table Discussions: Building our Network Map*. Retrieved from <http://surreyprc.ca/wp-content/uploads/2014/11/CI-TABLE-DISCUSSIONS-SUMMARY-Forum-2015.pdf>
- Tobias, J.K., Richmond, C.A.M., & Luginaah, I. (2013). Community-Based Participatory Research (CBPR) with Indigenous Communities: Producing Respectful and Reciprocal Research. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, 8(2), 129-140. <https://doi.org/10.1525/jer.2013.8.2.129>
- Warr, D., Mann, R., & Kelaher, M. (2012). A Lot of the Things We Do ... People Wouldn't Recognise As Health Promotion: Addressing Health Inequalities in Setting of Neighbourhood Advantage. *Critical Public Health*, 23, 95-109. <https://doi.org/10.1080/09581596.2012.739681>
- Westley, F. (2008, October). *The Social Innovation Dynamic*. Retrieved from <https://www.ryerson.ca/content/dam/cpipe/documents/Why/Frances%20Westley%2C%20Social%20Innovation%20Dynamic.pdf>
- World Health Organization. (1986, November 21). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/charter.pdf>
- Yin, R. K. (2019). *Case study research and Applications: Design and methods* (6th ed.). CA: Sage.

## Acknowledgements

The authors would like to thank all the students and community partners of the 2016 Health Change Lab who participated and generously offered their stories and wisdom throughout this learning process. In addition, we would like to thank Dr. Chandana Unnithan and Rebecca Zappelli for their review of earlier manuscripts. We are also grateful for the Institute for the Study of Teaching and Learning in the Disciplines at Simon Fraser University for the initial funding to conduct this research. The primary author would like to dedicate this work to the memory of her mother Patricia Gamboa. The influential Paulo Freire taught Patricia during the 60's in Chile while she was pregnant with Paola. These teachings informed Patricia's pedagogical practices that were then passed on to her daughter in utero and in life.

SEÇÃO C

Diálogos com o Nordeste

## Formação em Promoção da Saúde e Municípios Saudáveis: Historiando, Refletindo e Propondo Novos Caminhos... Uma Atualização Necessária!

Ronice Franco de Sá  
Socorro Freire  
Rosane Senna Salles  
Amanda Soares dos Santos

### Introdução

Considerado uma estratégia bem-sucedida na Europa (Wilding et al., 2017), o Movimento por Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis (MCCS) vive uma fase de ressurgimento na América Latina, desde 2016. Na base dessa retomada das discussões sobre a estratégia encontramos: a) a Declaração de Santiago, fruto do Pré-Fórum de Prefeitos das Américas “Rumo a Xangai 2016”; b) a Declaração de Xangai, resultado da 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde; c) o Consenso dos Prefeitos de Cidades Saudáveis de Xangai; d) o aval da Rede Latino-Americana e do Caribe de Gestores de Promoção da Saúde (REDLACPROMSA); e, e) o Encontro de Prefeitos da região das Américas: Saúde em Todas as Políticas para implementar a Agenda 2030 – México 2018.

No Brasil, durante os últimos anos, a estratégia foi mantida por conta de universidades e outros centros formadores. Em sua maioria, estes entendiam a importância de manter o foco no conceito de território articulado com o de comunidade enquanto tarefa fundamental para analisar determinantes socioambientais, bem como para analisar processos saúde-doença e promover saúde no local em que se vive (Porto, Zancan, & Pivetta, 2014).

<sup>1</sup> Este capítulo de livro é uma revisão e atualização do artigo publicado por três das autoras na revista científica *Labor & Engenho* (Franco de Sá, Freire, & Senna Salles, 2018).

Durante uma fase, onde a estratégia passou por vários questionamentos conceituais e operacionais vimos surgir várias outras agendas mundiais com foco no território (cidade/município) tais como: Cidades de Conhecimento, Cidades e Comunidades Seguras, Cidades Justas, Cidades Verdes, Cidades Festivas, Cidades Inteligentes, Cidades Educadoras, Cidades Amigas das Crianças, Cidades Amigas dos Idosos, Cidades Inclusivas, Cidades Conscientes, Cidades Sustentáveis, Cidades Resilientes, Cidades Criativas, dentre tantas outras. Segundo De Leeuw (2017), toda essa explosão de agendas, políticas e/ou programas com o foco no território comprova a importância dos assentamentos humanos para a mudança social, para a busca por oportunidades locais e globais no intuito de fazer do local em que se vive, o melhor lugar para seus habitantes e todos os outros usuários deste espaço. Apesar da grande variedade de agendas apresentadas utilizarem o termo “cidades” em comum, registramos que o termo não apresenta unanimidade conceitual. Dessa forma, sempre que tratarmos de cidades saudáveis ou mesmo, de municípios, cidades e comunidades saudáveis (MCCS), termo adotado pela América Latina, estaremos nos referindo a assentamentos/povoamentos humanos.

De acordo com Doxiadis (1970), criador do termo Equística, ou “Ekistics”, ciência dos povoamentos humanos, esta serviria para analisar os princípios que o homem considera ao criar seus povoamentos e a evolução destes em termos de tamanho e qualidade. Teria por meta, portanto, contribuir para a construção de uma cidade. Ainda, segundo Doxiadis (1977) os humanos necessitam de cinco coisas nos seus assentamentos: liberdade para se mover, segurança, qualidade de vida que satisfaça as suas aspirações, contatos humanos, criatividade e desenvolvimento humano.

Aproveitando, então, a reemergência deste ideário por MCCS, enquanto estratégia ou agenda política, é importante que se registre a experiência que a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) tem desenvolvido desde 2004, quando iniciou formação específica para esta temática. Os desafios para esta formação, em virtude de mudanças de contexto, bem como as reflexões afeitas ao marco teórico-conceitual construído, fazem parte da descrição.



## Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) em poucas linhas

A RPMS não está, necessariamente, engessada à necessidade de atuar na totalidade do território municipal. Em alguns dos municípios da Rede as atividades são facilitadas, acompanhadas e executadas para e por agrupamentos específicos. No entanto, nos cabe explicar que o projeto de cooperação internacional entre Brasil e Japão que deu origem à RPMS, iniciou-se com foco na promoção da saúde, em 2003. O que não era evidente era qual “promoção da saúde” seria a base para o projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil”. A cooperação internacional era composta por peritos japoneses enviados pela Agência de Cooperação internacional do Japão (JICA), por pesquisadores e peritos do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e por técnicos da Secretaria de Planejamento e Gestão do governo do estado de Pernambuco. Mas, sendo Promoção da Saúde um termo polissêmico, com abordagem multiníveis, o grande desafio foi realizar um alinhamento conceitual para conduzir a atividade.

Os peritos japoneses estavam ancorados na abordagem comportamental, tinham seu foco no nível individual e apostavam num projeto sobre estilos de vida saudáveis e eram, eles mesmos, enquanto profissionais, um médico clínico, uma enfermeira hospitalar, uma especialista em Brasil e um administrador de projetos. Aos técnicos do governo estadual cabia estabelecer a conexão do projeto e inseri-lo nas políticas públicas intersetoriais. No entanto, a postura era mais de observador, a princípio, uma vez que o projeto não demandava investimento direto de sua parte. Como esta instituição foi “convidada”, acredita-se não ter havido o pertencimento necessário para uma ação conjunta desde o início. Afirmava-se que as outras instituições precisavam provar que haveria resultado ou impacto no prazo de uma gestão governamental. Mas, os poucos técnicos que abraçaram o projeto conseguiram influir na sustentabilidade deste no nível governamental (Franco de Sá, Salles, Freire, & Schmaller, 2014; Freire, Franco de Sá, & Gurgel, 2017; Franco de Sá, 2006).

À universidade coube iniciar uma série de discussões e reflexões que convergiam para a abordagem da Promoção da Saúde multidimensional. Os pesquisadores do NUSP apostavam na transformação social e na capacitação

das populações dos municípios/assentamentos participantes. Assim, nasceu o modelo estruturador da RPMS com atuações de nível macro, meso e micro. No nível micro trabalha-se mais com o método Bambu (Menezes, Franco de Sá, & Freire, 2006) desenvolvido pelos integrantes do Projeto, mas que pode ser adotado também nos outros níveis. Trata-se de um método de mobilização, planejamento e monitoramento de atividades de interesse coletivo com base nas potencialidades e desejos da população.

Na ocasião, em 2003, o Projeto adotava o conceito que o Grupo Temático (GT) em Promoção da Saúde (PS) e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) -hoje chamado GT em PS e Desenvolvimento Sustentável (GTPSDS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) havia elaborado e que caracterizava a PS em três níveis: estilos de vida, gestão intersetorial e modelo de desenvolvimento.

Seguindo essa linha de pensamento, foi proposta uma formação específica para promotores de municípios saudáveis que começou experimentalmente em 2004 e foi retomada em 2007 (Franco de Sá, Freire, Yamamoto, & Senna Salles, 2008) com apoio, em 2007, da JICA e nos dois anos seguintes pelo Ministério da Saúde, dentro da proposta de centros colaboradores em Promoção da Saúde para aquele ministério.

Muitos foram os caminhos percorridos na busca da melhor abordagem mediante parcerias institucionais, participação em grupos de pesquisa, parcerias internacionais. Desde 2003, no entanto, o foco da RPMS era a busca do bem-estar e, por isso, a sua obsessão em elaborar um método que colocava a felicidade e a satisfação (dos desejos mais que das necessidades) no centro de suas ações, ao mesmo tempo tentando conectá-la com a redução das iniquidades socioculturais e regionais que assolam o nosso país e a região nordeste, em particular.

Dentre os grandes encontros e parcerias que fortaleceram as perspectivas iniciais e nos apresentaram outras e com os quais aprendeu-se e reviu-se a forma de construir saber e de trabalhar no contexto dos MCCA, a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) foi, sem dúvida, uma grande fonte de trocas, aprendizados e intercâmbios. Pouca participação direta ou parceria tivemos com outras entidades colaboradoras responsáveis pela temática no Brasil. Registramos a participação em uma pesquisa com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade

de São Paulo (FSP/USP) – pesquisa multicêntrica para as 5 regiões do Brasil e que visava analisar o papel das agendas Cidades Saudáveis, Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) e Agenda 21 nos Objetivos do Milênio (ODM).

O percurso da RPMS e a sua ligação com a RMPS passou ainda por um projeto de cooperação internacional junto com a Associação Canadense de Saúde Pública (ACSP), a ABRASCO e a FIOCRUZ (ABRASCO, 2010). Esse projeto, denominado Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde (AIPS) contava com outros pontos focais, além das duas redes citadas: reorientação de agentes Comunitários de saúde nas práticas de Atenção Primária em saúde (Goiânia-GO), Ambientes Saudáveis (Curitiba-PR), DLIS em Manguinhos (Rio de Janeiro), Estratégia de saúde da família em interface com as políticas públicas municipais (Sobral-CE). No caso da RPMS, o trabalho com a cooperação canadense foi realizado junto às mulheres artesãs de Barra de Guabiraba (Franco de Sá, Freire, & Senna Salles, 2010)

Com a RMPS tivemos vários outros momentos e discussões e muito usamos a vasta bibliografia publicada (Sperandio, 2003; 2004a; 2004b; Sperandio & Vilarta, 2004; Sperandio & Serrano, 2006) dentre outras, que discutia desde mobilização, participação social, papel das universidades, sustentabilidade até a apresentação do Plano Diretor como ferramenta para desenvolvimento de políticas públicas em um município potencialmente saudável. Em Pernambuco, também trabalhamos com a elaboração de dois Planos Diretores Saudáveis para os municípios de Bonito e de Sairé.

## Formação em Promotores de Municípios Saudáveis

A Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS) é constituída por 24 municípios inseridos em todas as regiões do estado de Pernambuco. Desde 2007 iniciou uma formação específica (após a formação experimental de 2004) para voluntários dos cinco primeiros municípios que faziam parte do projeto de cooperação internacional Brasil-Japão. Naquele ano, aconteceu o *Módulo Zero*, realizado em Camocim de São Félix, com o objetivo de promover interação entre as equipes locais do Projeto Municípios Saudáveis Nordeste do Brasil e entre os municípios.

Neste encontro, além da primeira capacitação sobre os pressupostos teóricos, incluindo pilares e valores da Promoção da Saúde e do ideário de Cidades Saudáveis e a proposta metodológica do Método Bambu (participação social, intersetorialidade,

equidade, solidariedade, diversidade, voluntariado, empoderamento), também foram escolhidos e eleitos pelos seus pares, os supervisores (representantes da gestão) e os facilitadores (representantes da comunidade) responsáveis pelo desenvolvimento das ações locais de municípios saudáveis.

Esta ação proporcionou trocas de informação entre os municípios sobre suas potencialidades e identidade local, dando início à formação de vínculos na construção da “redinha” (o embrião da RPMS), como era chamada pelos Promotores de Municípios Saudáveis, a interação entre os cinco municípios piloto.

O *Módulo Zero* trouxe como um dos resultados principais o reconhecimento das potencialidades, identificação e legitimação de lideranças locais. E como consequência de um processo integrado e participativo, por sua vez, fez emergir o sentimento de pertencimento e identidade local, começando a mobilizar as pessoas e comunidades a descobrir os seus espaços e funções na intervenção, tomando inclusive a defesa do projeto para seus municípios, quando alguns prefeitos quiseram recuar, ao ficarem cientes de que a proposta não traria investimentos financeiros para as prefeituras, e as lideranças publicamente afirmaram como resposta: “estão trazendo conhecimento e é o que queremos para os nossos municípios”. Com esta atitude, os representantes municipais convenceram os gestores a continuarem com o Projeto Municípios Saudáveis.

Os cursos de Formação de Promotores de Municípios Saudáveis, incluindo os seminários, foram constituídos enquanto eixos estruturadores da ação. Os primeiros cursos ocorreram em várias versões nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2013 constituindo um critério para inclusão dos municípios na Rede Pernambucana de Municípios. No decorrer desses anos de cursos de promotores de municípios saudáveis foram realizados sete seminários e foram formados 600 promotores de municípios saudáveis.

A primeira versão dessa formação contou com a cooperação de professores e especialistas que compunham o GT PSDS da ABRASCO. Contou também com apoio de especialista canadense em Desenvolvimento Local, além de parceiros locais da Secretaria estadual de saúde.

A formação foi oferecida para Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte e tinha como temas fixos:

1. Conceitos de Municípios Saudáveis e de Promoção da Saúde
2. Participação Social

3. Método Bambu
4. Empoderamento
5. Capital Social
6. Avaliação Participativa
7. Políticas Públicas Saudáveis
8. Desenvolvimento Local
9. Associativismo e Cooperativismo
10. Elaboração de Planos de Municípios Saudáveis (trabalho de conclusão de curso)

A segunda e terceira versões do curso ocorreram nos anos de 2008 e 2009 em cinco turmas, segundo critério de aglomerado territorial e secretarias estaduais. Teve carga horária geral de 180 horas em 10 módulos distribuídos em período de nove meses. A terceira versão da formação de promotores ocorreu no ano de 2009 em quatro módulos distribuídos em três turmas segundo critérios de aglomerado territorial e secretarias estaduais, tendo carga horária total de 32 horas. No ano de 2013 uma versão condensada do curso foi ofertada em três módulos com carga horária total de 24 horas para novos municípios integrantes da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. O público-alvo é formado pelos gestores locais, os profissionais de saúde, de educação, da área social, outros que tenham interesse e membros da sociedade civil que queiram ser voluntários promovendo municípios saudáveis.

A partir de 2009, durante 5 anos, este curso passou a ser oferecido internacionalmente para países da América latina e países africanos de língua oficial portuguesa (PALOPs). Isso acontecia dentro do programa *Third Countries Training Program* (TCTP) da JICA. Alunos do mestrado em Saúde Coletiva da UFPE também podiam participar do curso. Teve como objetivo formar Promotores de Municípios Saudáveis nos países convidados: Angola, Cabo Verde, Guiné Bissau, Moçambique, São Tomé e Príncipe (membros da África PALOPs) e, Bolívia, Chile, Equador, El Salvador, Colômbia, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. A partir do modelo construído no Projeto Municípios Saudável no Nordeste do Brasil, que teve como principal resultado a formação e difusão da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, essa experiência foi a base para o desenvolvimento de metas e a realização de cinco edições do Curso internacional

de Treinamento para a Promoção da Saúde, Desenvolvimento Local e Municípios Saudáveis. Aconteceram também missões conjuntas para monitoramento nos países participantes e a realização, em 2012, do I Encontro Internacional de Municípios Saudáveis da América Latina e PALOPs.

Na experiência dos processos de formação de RPMS, os cursos e seminários potencializaram um espaço de interação entre sujeitos (representantes da gestão e da comunidade) que ocupavam um lugar em uma comunidade, município, e território em que se colocavam como atores de uma ação coletiva a ser desenvolvida para atender a um objetivo comum, uma vez que, ao longo do curso, todos os alunos elaboravam um plano de ação para ser executado localmente. A construção destes planos possibilitou ação reflexiva sobre os contextos, competências e habilidade em promoção da saúde. Estas características da formação contribuíram para que se tornasse uma experiência inovadora/transformadora. O que, segundo Potvin e Clavier (2013), seria um espaço de prática de tradução por atender, tornar possível os dispositivos para viabilizar a tão almejada intersetorialidade, de que se pressupõe como pilares da promoção da saúde e municípios saudáveis. E foi constatado por Freire et al. (2017) que a formação é uma das categorias responsáveis pela sustentabilidade da RPMS aliada ao reconhecimento do que já havia sido construído e à liderança estratégica.

### **Novos desafios para pensar a formação para MCCA**

Desde o início dessa trajetória até o momento, muitas mudanças surgiram nos marcos teórico-conceituais adotados. Hoje, concordamos com a necessidade da conexão urgente entre os campos de planejamento urbano e de promoção da saúde. Faz-se necessário promover saúde urbana com equidade. Segundo Corburn (2017), o século 21 será o século das cidades e, em torno de 2050, 70% da população mundial viverá em áreas metropolitanas. Além do mais, observa-se que os desafios para se alcançar saúde urbana com equidade são imensos, haja vista a disseminação global de doenças, a poluição ambiental além-fronteiras, o surgimento cada vez maior de favelas, o aumento das disparidades e iniquidades entre classes sociais, gênero e raça/etnia. Corburn ressalta que, apesar da reconexão entre planejamento e saúde pública ser imperativa deve-se monitorar

e avaliar cada proposta que surgir considerando contextos político e cultural (especialmente) e perspectiva histórica.

Assim, hoje, acreditamos que sempre nos mantivemos guiados pelo conceito de promoção da saúde emancipatória:

Processo dinâmico de mediações constituídas de campos relacionais, cognitivos e éticos, entre sujeitos individuais e coletivos para solidariamente estabelecerem mecanismos de compartilhamento dos recursos disponíveis na sociedade. Uma promoção da saúde repensada enquanto processo dialético voltado à produção de conhecimentos e práticas que favoreçam a constituição de espaços de conquistas de liberdade, de redução de vulnerabilidades socioambientais e de exercício dos direitos humanos fundamentais (..) (Porto & Pivetta, citados por Porto et al., 2014, p. 290)

Na nossa caminhada, enquanto representantes da universidade na RPMS, sempre focamos na questão emancipatória. Por essa razão sempre cuidamos do lugar que deve ser dado aos valores e princípios e que são o fundamento das relações que os indivíduos estabelecem consigo mesmos e entre todos. A abordagem multidimensional (relacional, cognitiva e ética) é compatível com nosso modelo estruturador que expõe a necessidade de ação nos níveis micro, meso e macro.

Enfatizamos valores como felicidade, criatividade, amorosidade, demos espaço para explicitação de desejos, tendo como alvo a redução de iniquidades, a justiça social, a democracia, a solidariedade, a prática reflexiva, ações afirmativas e arte, muita arte (Rice et al., 2017). O método Bambu mostrou-se flexível (daí a obviedade do seu nome) para transitar do campo dos valores individuais, aos relacionais indo até à elaboração de planos que visavam melhorias estruturais nos assentamentos/povoamentos envolvidos.

O foco nos valores está destacado em uma dentre as seis orientações políticas transformadoras propostas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2018) no seu Guia para a implementação nacional da Declaração de Xangai. A orientação política “sociedades produtivas para o bem-estar” está na mesma linha de orientação que a RPMS tem adotado desde 2003 com publicações acerca do tema desde 2006 (Franco de Sá et al., 2007; Franco de Sá, Viana, Nishida, & Yasa,

2006; Melo Filho, Franco de Sá, & Chuma, 2007) e também com participação como informantes-chave em pesquisas realizadas pelos pesquisadores e consultores da OPAS. Com grande satisfação que a equipe acadêmica da RPMS recebeu a notícia que a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em junho de 2016, se comprometeu a “redefinir a narrativa do crescimento de modo a colocar o bem-estar das pessoas no centro dos esforços dos governos” (OPAS, 2018, p. 12). O Relatório Mundial de Felicidade (*World Happiness Report*), publicado pela *Sustainable Development Solutions Network* defende que para haver felicidade é preciso observar a interface entre fatores econômicos e sociais e classifica os países segundo seis categorias de indicadores: liberdade, generosidade, apoio social, saúde, renda e governança confiável.

Se, à época da pesquisa multicêntrica citada (com a FSP/USP) tínhamos a agenda 21 e os Objetivos do Milênio (ODM) para dialogar com a agenda de Cidades saudáveis, hoje precisamos colocar foco na Agenda 2030 e seus Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) para realinhar seja a estratégia por MCCS e, até mesmo, os conceitos já validados de promoção da Saúde. No momento, a discussão, dentro da OPAS, vem colocando atenção específica no que está sendo denominado “Determinantes Comerciais da Saúde” e também na “Sociedade Digital”. Esses dois grandes temas precisam ser contemplados nas formações para municípios saudáveis e promoção da saúde, doravante.

Além do mais, o Guia para implementação nacional da Declaração de Xangai aponta caminhos que precisam ser adotados para atualizar as formações tanto em Municípios quanto em promoção da Saúde. O Guia analisa o contexto atual apontando três pressupostos básicos: a interconexão do mundo atual tem repercussões na forma de pensar, promover e fazer saúde; a saúde do planeta está em risco e precisamos investir no desenvolvimento sustentável; e, a liderança política arrojada é uma necessidade essencial para se garantir o bem-estar, a felicidade e a sustentabilidade para as populações e o planeta (OPAS, 2018).

O modelo transformador, proposto pela OPAS (e pela OMS) está assim expresso:

A) Orientações políticas transformadoras

1. Sociedades produtivas para o bem-estar
2. Interconexão – buscar conectar agendas, políticas, programas e

projetos

3. “Não deixar ninguém para trás” – análise de um caminho crítico entre países avaliando aqueles com maior e menor progresso no alcance das metas da Agenda 2030.
4. Abordagens criadoras de valor para o desenvolvimento econômico – como exemplo, ciclismo
5. Transformação verde do setor da saúde
6. Gênero e outras relações sociais – as diferenças de gênero são grandes quando analisamos morbidade e mortalidade. Investir mais no empoderamento de mulheres e meninas ajuda a gerar equidade no mundo.

B) Criação de vontade política para a ação

1. Transformação por meio dos mais altos níveis de ação política
2. Ênfase forte nas questões locais – cidades como plataforma virtual - MCCS
3. Ênfase nas pessoas – centralidade do letramento em saúde
4. Transformação por meio de governança participativa
5. Fortalecimento da governança global da saúde por meio da coerência entre as políticas
6. Transformação dos ministérios da saúde

C) Possibilitar capacidades de governança transformadoras nos países

1. Abordagens para a Saúde em Todas as Políticas (*Health In All Policies* - HIAP)
2. Fortalecimento da legislação, regulamentação e tributação de produtos não saudáveis
3. Conhecimento e transformação de dados
4. Transformação tecnológica e científica – virtualização das relações, do convívio, do trabalho, do viver.
5. Abordagem da dimensão comercial dos Determinantes Sociais da Saúde – combate aos interesses comerciais prejudiciais à saúde. Os principais vilões são as indústrias de alimentos processados, de bebidas alcóolicas e do tabaco.
6. Parcerias e abordagens participativas

7. Capacitação para novas formas de trabalho

Os itens “c.d” e “c.e” estão sendo fortemente trabalhados pela OPAS e equipe de peritos, na tentativa de elaborar marcos teórico-conceituais atualizados e propor diretrizes para o porvir da promoção da saúde na América Latina. O marco teórico-conceitual da dimensão comercial dos determinantes sociais da saúde é aquela que está mobilizando mais discussões, no momento (OPAS, 2019). Sugere-se que as novas formações deem conta de abordar essa dimensão gerando um marco para a pesquisa e possibilitando que as estratégias comerciais, de mercado, corporativas proporcionem impactos positivos na saúde individual e coletiva. No entanto, como a formação destaca a abordagem territorial (municípios saudáveis), faz-se necessário sublinhar que o foco em assentamentos/povoamentos, como propunha Doxiadis (1970), pode, erroneamente, aparentar um monolito humano, um campo de pertencimento, solidariedade e alteridade. É por isso que a tradição antropológica ligou a questão da alteridade (ou da identidade) à do espaço porque os processos de simbolização colocados em prática pelos grupos sociais deveriam compreender e controlar o espaço para se compreenderem e se organizarem a si mesmos (Augé, 2005). Os três tipos de alteridade: a) social (diferença de sexo, idade, classe social etc.), b) íntima (aquilo que cada um consegue fazer de si próprio) e c) completa (o estrangeiro, entendido como o inimigo) sempre existiram na história das sociedades. Mas o que se passa hoje, no período que Augé (2005) denominou sobremodernidade – marcado pelos excessos de acontecimentos, imagens e referências espaciais e individuais – é a perda da categoria do outro.

O que temos quando perdemos a categoria do outro são os “não lugares”. Estes, permitem uma grande circulação de pessoas, coisas e imagens em um único espaço, transformando o mundo em um espetáculo com o qual mantemos relações a partir das imagens, transformando-nos em espectadores de um lugar profundamente codificado, do qual ninguém faz verdadeiramente parte (Augé, 2005). Nesse não-lugar trocamos (Franco de Sá, 2018):

1. Pessoas por algoritmos
2. Fatos por Fakenews
3. Pesquisas científicas por “dar um Google”
4. Rodas de conversas por WhatsApp

Como falar em assentamentos humanos, municípios ou cidades quando a identidade/pertencimento, hoje, está sujeita a algoritmos que direcionam mensagens que são visualizadas em telas individualizadas? Temos uma “Sociedade” digital ou um Monolito humano digital? Está em nossas mãos viver vidas que não são as nossas, não considerar os fatos e transformar os lugares em não-lugares? (Franco de Sá, 2018)

A perda da categoria do outro é também ditada pelo “medo que assola as cidades com a perda da solidariedade coletiva” (Akerman, Mendes, & Fischer, 2014, p. 77). Os autores citados demonstram espanto ao verificar que esse desafio apontado por pesquisadores que discutem cidades não é tratado pelos ativistas do campo da promoção da saúde. Para eles, citando Bauman (2009), esse medo não é somente consequência da insegurança urbana, mas constitui-se num efeito da *mixofobia* – o medo de misturar-se. Segundo Bauman (citado por Akerman et al., 2014):

Essa mixofobia não passa da difusa e muito previsível reação a impressionante e exasperada variedade de tipos humanos e de estilos de vida que se podem encontrar nas ruas da cidade (...) as tensões derivadas da “estrangeiridade” incômoda e desorientadora desse cenário acabarão, provavelmente por favorecer as tendências segregacionistas. (p. 77).

Nova formação está sendo proposta para 2019 e, entendemos que os temas expostos enquanto desafio precisam ser abordados e, antes disso, precisam ser aprofundados e debatidos nos fóruns existentes, correndo o risco de termos uma RPMS anacrônica e superficial. Os gestores precisam enfrentar a necessidade de promover coerência entre as políticas, de ampliar a abordagem sobre saúde, de adotar a agenda 2030 e a multidimensionalidade da estratégia MCCA. Atuar desde o campo dos valores, da cognição, da ética e enfrentar os desafios econômicos, culturais e sociais, como os determinantes comerciais da saúde, a sociedade digital e, paradoxalmente, a emergência do não-lugar e da perda de alteridade, sinais desses tempos virtuais onde reemerge a necessidade do território físico.

## Referências

Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO. (2010). A decade of Canadian and Brazilian Cooperation in Public Health. Knowledge exchange and learning to strengthen intersectoral health promotion. Retrieved from <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/>

[arquivos/20100707183931.pdfintercs](#)

- Akerman, M., Mendes, R., & Fischer, A. L. (2014). Cidades Saudáveis: ainda um tema relevante? In C. B. Silveira, T. M. Fernandes & B. Pellegrini (Eds.), *Cidades Saudáveis? Alguns olhares sobre o tema* (pp. 269-299). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Augé, M. (2005). *Não lugares: introdução a uma antropologia da sobremodernidade*. Lisboa: 90 Graus.
- Corburn, J. (2017). Equitable and Healthy City Planning: Towards Healthy Urban Governance in the Century of the City. In E. De Leeuw & J. Simos (Eds.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning* (pp. 31-41). New York: Springer.
- De Leeuw, E. (2017). Cities and Health from the Neolithic to the Anthropocene. In E. De Leeuw & J. Simos (Eds.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning* (pp. 3-31). New York: Springer.
- Doxiadis, C. A. (1970). Ekistics, the science of the human settlements. *Science*, 170 (3956), 393-404.
- Doxiadis, C. A. (1977). *Ecology and ekistics*. Boulder: Westview Press.
- Franco de Sá, R., Salles, R., Freire, S. & Schmaller, V. A (2014). Teoria Ator-Rede e a compreensão do processo de sustentabilidade das intervenções em Promoção da Saúde: contributos e lições aprendidas. In Z. Hartz, L. Potvin & R. Bodestain. (Eds.), *Avaliação em Promoção da Saúde* (pp. 201-211). Brasília: CONASS e Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Franco de Sá, R., Freire, M. S. M., Yamamoto, S. & Senna Salles, R. P. (2008). *Caderno de Formação de Promotores de Municípios Saudáveis*. Recife: Editora Universitária UFPE.
- Franco de Sá, R. (2006). Coerência, colaboração, diálogo e integralidade de fora para dentro: o papel das instituições “exógenas”. In R. Franco de Sá, M. Yuasa & V. P. Viana, V.P. (Eds.), *Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, metodologia e relações institucionais* (pp. 59-72). Recife: Editora Universitária UFPE.
- Franco de Sá, R. (2018) Construindo cidades na perspectiva dos ODS: inclusão, segurança, resiliência e sustentabilidade. 6ª Conferência Regional Latinoamericana de Promoção da Saúde e Educação em Saúde da UIPES/ORLA. Franca, São Paulo, Brasil. Retrieved from <http://www.oxfordeventos.com.br/promocaodasaude2018/>
- Franco de Sá, R.; Freire, S., & Senna Salles, R. (2018). Formação para Municípios Saudáveis: trajetória, experiências e desafios para a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis. *Labor & Engenharia*, 12(4), 509-518.
- Franco de Sá, R., Araújo, J. A., Freire, M. S. M., Senna Salles, R., Chuma, J., Royama, H. ... Oliveira, A. A. (2007). *Manual do Método Bambu – construindo municípios saudáveis*. Recife: Ed. Universitária UFPE.
- Franco de Sá, R., Viana, V., Nishida, M., & Yuasa, M. (2006). UFPE/NUSP/Recife: municípios saudáveis no Nordeste do Brasil. In M. Akerman & R. Mendes (Eds.), *Avaliação Participativa de Municípios, Comunidades e Ambientes Saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões e experiências* (pp. 101-113). São Paulo: Mídia Alternativa.
- Franco de Sá, R., Freire, S., & Senna Salles, R. (2010). Barra de Guabiraba/PE. In H. Monteiro, J. Chauvin, A. I. Carvalho, C. S. Silva & A. H. Matida (Eds.), *Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde* (pp.30-33). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Freire, S., Franco de Sá, R. & Gurgel, I. G. D. (2017). Sairé Mais Saudável: política intersetorial como marco de mudança para equidade local. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 3892-3902.

- Melo Filho, D. A., Franco de Sá, R. & Chuma, J. (2007). Avaliação do capital social nas áreas de atuação do projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil – Barra de Guabiraba-Bonito – Camocim de São Félix – Sairé – São Joaquim do Monte. Recife: Edições Bagaço.
- Menezes, A., Franco de Sá, R., & Freire, S. (2006). Método Bambu. In R. Franco de Sá, M. Yuasa & V. P. Viana (Eds.), *Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais* (pp. 49-58). Recife: Editora Universitária UFPE.
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. (2018). *Promoção da Saúde: Guia para a implementação nacional da Declaração de Xangai*. Brasília: OPAS/BRA/OMS.
- Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS. (2019). Relatório do Seminário OPAS/OMS Brasil “Diálogo Estratégico para a Preparação do Documento de Referência para a Renovação da Promoção da Saúde no Contexto dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”. Brasília: OPAS. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/50462>.
- Potvin, L. & Clavier, C. (2013). Actor–network theory: the governance of intersectoral initiatives. In C. Clavier & E. De Leeuw (Eds.), *Health Promotion and the Policy Process* (pp.82-103). New York: Oxford University Press.
- Porto, M.F., Zancan, L., & Pivetta, F. (2014). Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde Emancipatória: reinvenção cotidiana do (re)conhecimento nos territórios vulneráveis. In C. B. Silveira, T. M. Fernandes & B. Pellegrini (Eds.), *Cidades Saudáveis? Alguns olhares sobre o tema* (pp. 269-299). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rice, M., Franceschini, C., Wallerstein, N., Mercer, R., Cimmimo, K., Rodriguez, L. ... Hegel, G. (2017). Healthy Municipalities, Cities, and Communities in Latin America: Strong Stories, Committed Futures. In E. De Leeuw & J. Simos (Eds.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning* (pp. 151-214). New York: Springer.
- Sperandio, A. M. G. (Ed.). (2003). *O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Volume 1*. Campinas: Unicamp.
- Sperandio, A. M. G. (Ed.). (2004a). *O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Volume 2*. Campinas: IPES Editorial.
- Sperandio, A. M. G. (Ed.). (2004b). *O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Repensando a mobilização e a participação social. Volume 3*. Campinas: Unicamp.
- Sperandio, A. M. G., & Serrano, M. M. (Eds.). (2006). *O Plano Diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável. Volume 1*. Campinas: Unicamp & Brasília: OPAS.
- Sperandio, A. M. G., & Vilarta, R. (Eds.). (2004). *Tecendo a Sustentabilidade da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis – Diferentes abordagens da mobilização social. Volume 4*. Campinas: IPES.
- Wilding, H., Gould, R., Taylor, J., Sabouraud A., Saraux-Salaun, P., Papatathanasopoulou, D., & Simos, J. (2017). Healthy Cities in Europe: Structured, Unique and Thoughtful. In E. De Leeuw & J. Simos (Eds.), *Healthy Cities – The Theory, Policy, and Practice of Value-Based Urban Planning* (pp. 241-292). New York: Springer.

## Promoção do Bem-Estar Subjetivo Parental para Prevenção de Prejuízos no Desenvolvimento Infantil em Contextos Sociovulneráveis

Patrícia Alvarenga  
Antonio C. S. Silva  
Zelma F. Soares  
Catiele Paixão

A vulnerabilidade social caracteriza-se, fundamentalmente, pelas condições sociodemográficas de baixa renda e baixa escolaridade e resulta da disponibilidade restrita de recursos materiais ou simbólicos, e de oportunidades sociais, econômicas e culturais limitadas que provêm do Estado, do mercado e da sociedade (Abramovay, Castro, Pinheiro, Lima, & Martinelli, 2002; Alvarenga, Oliveira, & Lins, 2018). Essa perspectiva tem sido adotada em pesquisas que investigam o impacto da pobreza nas sociedades contemporâneas.

Estudos realizados nas últimas cinco décadas não deixam dúvidas sobre o risco que adversidades relacionadas à pobreza representam para o desenvolvimento infantil. No ramo das ciências biológicas, as neurociências e, em particular a epigenética, têm demonstrado o impacto negativo de eventos estressores na expressão dos genes e no desenvolvimento e funcionamento do cérebro, ao mesmo tempo em que indicam o papel protetivo desempenhado pelo comportamento parental em contextos adversos (Provenzi, Guida, & Montirosso, 2018). As ciências humanas e sociais, por sua vez, revelam que contextos sociovulneráveis tendem a desfavorecer trajetórias desenvolvimentais durante a infância (Jocson & McLoyd, 2015; Walker et al., 2007), mas que práticas de cuidado parentais que são sensíveis, responsivas e estruturantes relacionam-se a melhores indicadores de desempenho cognitivo e maior capacidade de regulação emocional e comportamental por

parte da criança nesses contextos (Pinquart, 2017; Yap & Jorm, 2015). Contudo, populações com perfil de baixa renda e baixa escolaridade, tendem a conhecer menos sobre desenvolvimento infantil e práticas educativas (Seidl de Moura et al., 2004) e a desenvolver padrões de interação inadequados e práticas menos eficazes e mais coercitivas (Masarik & Conger, 2017).

Em conjunto, essas constatações vêm apontando para a necessidade de intervir de modo eficaz para promover práticas parentais facilitadoras do desenvolvimento infantil em populações sociovulneráveis. Muitos programas de intervenção com esse objetivo foram desenvolvidos e testados, especialmente, nos países da América do Norte, Europa e Oceania, revelando eficácia e tamanhos de efeitos que variam de pequenos a moderados (Bolsoni-Silva, Weber, & Alvarenga, 2018; Shonkoff & Fisher, 2013). No Brasil, intervenções baseadas em propostas bem-sucedidas da literatura internacional ou em estudos sobre planejamento e avaliação de programas também revelaram resultados positivos, tanto sobre as práticas parentais quanto sobre indicadores do desenvolvimento infantil (Bolsoni-Silva et al., 2018; Murta, Rodrigues, Rosa, & Paulo, 2012). Nos países desenvolvidos, que já alcançaram vários resultados satisfatórios no planejamento e avaliação de programas, prevalece a busca pelo aprimoramento da qualidade de implementação e do equilíbrio custo-benefício, assim como pela ampliação da magnitude dos tamanhos de efeito obtidos (Shonkoff & Fisher, 2013). Em países em desenvolvimento como o Brasil, os desafios são muito maiores, passando pela redução das taxas de evasão dos programas (Marin, Alvarenga, Pozzobon, Lins, & Oliveira, 2019), pela ampliação de ensaios clínicos randomizados que avaliam esse tipo de estratégia de intervenção e, sobretudo, pela implementação de programas eficazes em serviços públicos de saúde e educação.

Um dos aspectos que vêm sendo discutidos na literatura internacional como uma possível estratégia para aumentar a potência dos efeitos dos programas de intervenção tanto sobre o comportamento parental como sobre os indicadores do desenvolvimento infantil, é a adoção da abordagem bigeracional ou programas de duas gerações (Chase-Lansdale & Brooks-Gunn, 2014; Shonkoff & Fisher, 2013). Programas com essa característica, visam não só promover comportamentos positivos dos pais direcionados aos filhos, que estimulem diretamente o desenvolvimento das crianças, mas também construir

capacidades pessoais dos pais que os habilitem a lidar de maneira eficaz com eventos de vida estressores ou adversos e cuidar da própria saúde mental, aumentando seu bem-estar geral.

A noção de que fortalecer o repertório de habilidades pessoais dos pais para lidar com a própria vida de maneira mais ampla pode beneficiar o desenvolvimento infantil, encontra apoio em evidências geradas por diferentes subáreas no campo de estudos da parentalidade. Em primeiro lugar, há evidências consistentemente replicadas de que características individuais dos pais explicam uma porção maior da variância nos indicadores desenvolvimentais das crianças do que as variáveis ligadas às práticas de cuidado e interação com os filhos, tipicamente focalizadas nas intervenções (Shonkoff & Fisher, 2013). Nesse sentido, é possível que o comprometimento significativo da saúde mental de um pai ou mãe seja um fator mais significativo a ser focalizado pelas intervenções pelo impacto que tem sobre a saúde mental da criança, por exemplo, do que as práticas e comportamentos parentais específicos. Em segundo lugar, altos níveis de estresse e imprevisibilidade ligados a condições gerais de vida e ao ambiente doméstico tendem a comprometer a disponibilidade emocional e atencional dos pais e sua capacidade de interagir de forma sensível e apropriada com os filhos (Alvarenga et al., 2018). Assim, além de aprender formas eficazes de regular o comportamento infantil e promover o desenvolvimento dos filhos, parece fundamental que os pais possuam habilidades para lidar com outros problemas relevantes do cotidiano que impactam fortemente a dinâmica familiar. Adicionalmente, famílias que vivem em contexto sociovulnerável ou passam por restrições financeiras significativas podem ter dificuldade de se beneficiar de programas focados na promoção de práticas parentais efetivas quando os pais contam com habilidades limitadas para lidar com esse tipo de adversidade (Evans & Kim, 2013). Ou seja, ainda que os programas adotem abordagens eficazes para instrumentalizar os pais para promover o desenvolvimento infantil, é possível que não atinjam seus objetivos plenamente quando existem problemas mais graves demandando atenção dos pais que, muitas vezes, não tem habilidades suficientes para solucioná-los. Por fim, alguns autores argumentam que a atual “cultura da parentalidade” difunde a noção de que criar e cuidar dos filhos é uma tarefa altamente especializada e complexa (Faircloth & Murray, 2015). Essa nova



cultura tem gerado ansiedade e sobrecarga para os pais, que podem perceber os programas de intervenção mais como geradores de demandas, julgamentos e exigências do que como uma fonte de apoio efetiva. Nesse sentido, programas que incluam componentes que contemplem o bem-estar e o desenvolvimento pessoal dos pais podem impactar positivamente a dinâmica e o clima familiar geral, e assim, tornarem mais efetivas as estratégias de modificação das práticas parentais e promoção do desenvolvimento infantil.

Este capítulo discute o conceito de bem-estar subjetivo, analisando o potencial da promoção dessa característica individual nos pais como uma estratégia central ou coadjuvante em programas de prevenção de prejuízos desenvolvimentais nas crianças. Serão discutidos estudos que abordam (a) preditores do bem-estar subjetivo e seu impacto em desfechos desenvolvimentais na vida adulta; (b) relações entre bem-estar subjetivo, parentalidade e desenvolvimento infantil; e (c) estratégias para a promoção do bem-estar subjetivo em pais.

### **Preditores do bem-estar subjetivo e seu impacto em desfechos desenvolvimentais na vida adulta**

Bem-estar subjetivo é o conceito científico que tem sido utilizado na Psicologia para fazer referência à felicidade (Diener, 2020). Trata-se de um construto composto por três dimensões: uma cognitiva, a satisfação com a vida; e duas emocionais, o afeto positivo e o afeto negativo. Pessoas com bom nível de bem-estar subjetivo descrevem sua vida como satisfatória, com experiências agradáveis e gratificantes (Diener, 1984). Assim, a sensação de bem-estar subjetivo caracteriza-se por níveis altos de satisfação com a vida e de afetos positivos, e índices baixos de afetos negativos (Diener, 1984; Wei & Gao, 2017).

A satisfação com a vida diz respeito ao nível de satisfação que o indivíduo declara a respeito de aspectos como seu estado de saúde, suas relações interpessoais e sua realização profissional. Sentir-se bem com a qualidade das interações sociais, com as condições de saúde e financeiras, por exemplo, é indicador de um bom nível de satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Este componente do bem-estar subjetivo tem sido avaliado com escalas de autorrelato como a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Diener et al., 1985; Gouveia, Milfont, Fonseca, & Coelho, 2009) e a Escala Multidimensional de Satisfação

com a Vida em Estudantes (MSLSS) (Barros, Petribú, Sougey & Huebner, 2014; Huebner, 1994). No que se refere às relações com os outros componentes do bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida apresenta correlações positivas com os afetos positivos e está negativamente correlacionada com os escores de afetos negativos (Reppold et al., 2019).

O conceito de afeto positivo refere-se à extensão em que uma pessoa se sente entusiasmada, ativa e alerta. Altos escores de afetos positivos estão associados a sentimentos de alegria, prazer e autoconfiança, enquanto baixos níveis de afetos positivos são caracterizados por tristeza e letargia. O conceito de afeto negativo inclui uma variedade de estados de humor aversivos como raiva, desprezo, nojo, culpa, medo e nervosismo. Desse modo, níveis mais baixos de afetos negativos estão associados a calma e serenidade. Embora os termos afeto positivo e afeto negativo possam sugerir que esses dois fatores de humor se refiram apenas a facetas opostas de um mesmo construto, tratam-se de conceitos distintos, representados como diferentes fatores de afeto. Por exemplo, a subescala de afetos positivos (mas não a subescala de afetos negativos) esteve correlacionada à atividade social, enquanto a subescala de afetos negativos (mas não a subescala de afetos positivos) apresentou correlações com o nível de estresse percebido. Esses dois componentes emocionais do bem-estar subjetivo, podem ser avaliados por meio da Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS) (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

O bem-estar subjetivo individual pode ser explicado por aspectos hereditários, pessoais e ambientais (Nes & Roysamb, 2015). Entre os fatores hereditários, as pesquisas sobre preditores do bem-estar subjetivo destacam o papel da estrutura cerebral (Kong, Hu, Wang, Song, & Liu, 2015) e de aspectos relacionados ao temperamento (Bojanowska, Zalewska, 2018).

No que diz respeito aos aspectos pessoais, a espiritualidade é um dos fatores que tendem a favorecer o bem-estar subjetivo (Azizan & Mahmud, 2018). Adicionalmente traços de personalidade também tem impacto sobre esse atributo (Azizan & Mahmud, 2018), sendo que traços de personalidade pessoais correspondentes aos traços predominantes na população da qual a pessoa faz parte tendem a ter efeitos positivos no bem-estar subjetivo (Fulmer et al., 2010). Por outro lado, também é possível que o bem-estar subjetivo favoreça a mudança em traços de personalidade na direção de maior estabilidade emocional,

reflexividade e introversão (Soto, 2015). Ainda na dimensão dos fatores pessoais, o melhor desempenho das funções executivas pode favorecer a sensação de bem-estar subjetivo dos indivíduos, particularmente funções associadas ao controle de impulsos (Luerksen & Ayduk, 2017). Por fim, pessoas que adquirem algum tipo de incapacidade severa (ex. deficiência relacionada aos membros, coluna ou pescoço) tendem a ter seus níveis de satisfação com a vida reduzidos substancialmente e essas mudanças parecem não ser revertidas ao longo do tempo (Lucas, 2007a).

No que diz respeito às variáveis ambientais que afetam o bem-estar subjetivo, os relacionamentos interpessoais, particularmente as relações amorosas, desempenham papel preponderante. O casamento tende a, inicialmente, favorecer a satisfação com a vida, embora com o passar do tempo ocorra uma diminuição (Luhmann, Hofmann, Eid & Lucas, 2012). Outro exemplo de alteração no bem-estar subjetivo em decorrência de mudanças em relacionamentos interpessoais e amorosos é a morte de entes queridos, que inicialmente impacta negativamente o bem-estar subjetivo. Contudo, os efeitos da perda de um ente querido sobre o bem-estar subjetivo parecem mais reversíveis do que os do divórcio (Lucas, 2007b; Luhmann et al., 2012).

No âmbito dos fatores ambientais, a literatura também tem investigado os efeitos de variáveis sociodemográficas sobre o bem-estar subjetivo. Fatores como idade, raça, gênero e estado civil exercem pouca influência (Diener, 1984). De qualquer modo, a relação entre raça e bem-estar subjetivo pode ser afetada pelo entorno social. Por exemplo, quando a vizinhança é formada por pessoas da mesma raça ou etnia, o bem-estar dos indivíduos tende a ser maior (Okulicz-Kozaryn, 2019), o que indica a complexidade das relações entre essas duas variáveis e a importância de fatores relacionados às questões étnico-raciais como discriminação, identidade, socialização, entre outros (Yoo, Kim, & Lee, 2018).

A relação entre nível socioeconômico e bem-estar subjetivo parece sofrer efeitos de outras variáveis dos níveis pessoal (ex. otimismo, resiliência e autoestima) e ambiental (ex. suporte social) (Gaspar & Balancho, 2017). De qualquer modo, foram documentadas relações entre o maior status socioeconômico e níveis mais altos de bem-estar-subjetivo (Huang et al., 2017). Por fim, o desemprego pode acarretar prejuízos permanentes nos níveis de satisfação com a vida (Lucas, 2007b).

Nem todos os estudos esclarecem os critérios que permitem separar preditores do bem-estar subjetivo dos desfechos afetados por esta variável. Na

verdade, essas relações tendem a ser bidirecionais e recíprocas (Aknin, Dunn & Norton, 2012; Moore, Diener, & Tan, 2018). De qualquer modo, o bem-estar subjetivo tem sido associado a diversos desfechos positivos para os indivíduos e para a sociedade. Alguns importantes domínios da vida favorecidos pelo bem-estar subjetivo são a saúde e a longevidade, o trabalho, a autorregulação emocional e comportamental e a sociabilidade (De Neve, Diener, Tay, & Xuereb, 2013).

Na esfera da saúde, índices mais elevados de bem-estar subjetivo predizem comportamentos saudáveis (Ding, Mullan, & Xavier, 2014) e melhores indicadores de saúde física (Souza, Torres, Barbosa, Lima, & Souza, 2014) e mental (Burns, Anstey, & Windsor, 2011). No âmbito da autorregulação emocional e comportamental foram encontradas relações positivas entre altos índices de bem-estar subjetivo e inteligência emocional (Sánchez-Álvarez, Extremera, & Fernández-Berrocal, 2015) e entre níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e maior reatividade emocional a estímulos eliciadores de respostas de medo (Yu & Li, 2012). Finalmente, correlações positivas entre bem-estar subjetivo e resiliência indicam que pessoas com maiores níveis desse preditor tendem a se recuperar mais rapidamente de situações adversas e de eventos estressores (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). Na esfera da sociabilidade, a dimensão dos afetos positivos foi preditora de bons relacionamentos interpessoais (Moore et al., 2018). Além disso, o bem-estar subjetivo é preditor de comportamento pró-social em adultos (Aknin et al., 2012).

Em resumo, os estudos sobre bem-estar subjetivo indicam que essa característica pode ser amplamente afetada por variáveis ambientais, e que bons índices predizem melhores desfechos em diversas esferas da vida humana. Contudo, a Psicologia não oferece um modelo teórico único que explique de que forma o bem-estar subjetivo se estabelece e por que razões ele afeta desfechos desenvolvimentais, contribuindo para trajetórias de vida mais positivas ou protegendo os indivíduos de prejuízos ao longo do ciclo vital. Duas abordagens teóricas se destacam como modelos explicativos: a) as abordagens *bottom-up*, que acentuam o papel do ambiente e entendem o bem-estar subjetivo como a soma de pequenos prazeres, resultando assim, do acúmulo de momentos prazerosos. De acordo com esse modelo, mudanças em aspectos da vida como funcionamento familiar, por exemplo, resultariam em alterações na satisfação com a vida; e b)

as abordagens *top-down*, que enfatizam a influência de traços de personalidade na maneira como as pessoas vivenciam e interpretam os eventos da vida, preconizando uma propensão interna a experimentar os acontecimentos de um modo positivo. Essa propensão influenciaria nas interações entre indivíduo e ambiente, de forma que pessoas propensas ao maior nível de bem-estar subjetivo se engajariam em mais eventos prazerosos. Desse modo, mudanças nos níveis de satisfação com a vida poderiam resultar em alterações, por exemplo, nos índices de satisfação conjugal (Diener, 1984; Schimmack, 2008). Os resultados de uma pesquisa longitudinal forneceram base empírica para ambas as abordagens teóricas, apontando para um modelo bidirecional de causalidade em que o bem-estar subjetivo pode ser entendido tanto como estado (*bottom-up*) quanto como traço (*top-down*) (Feist, Bodner, Jacobs, Miles, & Tan, 1995).

Independentemente dos mecanismos psicológicos subjacentes a essas relações, as evidências aqui discutidas indicam que iniciativas para promover o bem-estar subjetivo são relevantes para aumentar a qualidade de vida de populações sociovulneráveis. Dados recentes (IBGE, 2019) apontam para o aumento da extrema pobreza no Brasil e mostram que em 2018 mais de um quarto da população (52,5 milhões de pessoas) vivia em situação de pobreza ou extrema pobreza, condição acentuada entre pretos e pardos, que representavam 72,7% dos pobres (mais 38 milhões de pessoas). Nesse contexto, tanto o baixo nível socioeconômico quanto aspectos relacionados à discriminação étnico-racial podem prejudicar o bem-estar subjetivo e, conseqüentemente, o funcionamento do indivíduo em diversos domínios, incluindo as relações familiares (Diener, 1984; Huang et al., 2017; Kaiser, Li, Pollmann-Schult, & Song, 2017). Por outro lado, indivíduos com maiores índices desse atributo, podem ter melhores condições para lidar com as adversidades, se engajar em ações que possam transformar as circunstâncias de vida desfavoráveis típicas desses contextos e, ao mesmo tempo, desenvolver relações de melhor qualidade com sua comunidade e família.

### **Relações entre bem-estar subjetivo, parentalidade e desenvolvimento infantil**

Estudos sobre o impacto do bem-estar subjetivo dos pais em aspectos da parentalidade e em indicadores do desenvolvimento infantil revelam que essa

característica pessoal nos pais e mães conduz a práticas parentais mais efetivas (Desjardins, Zelenski, & Coplan, 2008), que conseqüentemente, contribuem para que a criança adquira habilidades cognitivas e socioemocionais (Pinquart, 2017; Yap & Jorm, 2015). Maiores níveis de afeto positivo e menores níveis de afeto negativo nos pais, por exemplo, fariam com que eles adotassem práticas sensíveis e positivas com maior frequência, e facilitariam a formação de um padrão de apego seguro na criança (Berger & Spiess, 2011). Essas características da parentalidade e o apego seguro da criança, por sua vez, explicariam os bons resultados desenvolvimentais infantis. A dimensão da satisfação com a vida também tem sido enfatizada. A hipótese é a de que pais mais satisfeitos com sua vida teriam maior probabilidade de interagir positivamente com seus filhos e proporcionar confiança no relacionamento (Song, Park, Kim, & Park, 2019).

Essas hipóteses ainda não foram extensivamente testadas por estudos robustos acerca de processos de mediação. Uma iniciativa nesse sentido constatou que a satisfação com a vida, relatada pelas mães, teve um efeito positivo sobre a frequência de atividades compartilhadas entre mães e filhos que, por sua vez, foram preditoras de escores mais elevados de autorregulação emocional, comportamento pró-social e vocabulário receptivo em crianças de cinco a sete anos (Richter, Bondü, Spiess, Wagner, & Trommsdorff, 2018).

Adicionalmente, achados de pesquisas correlacionais fornecem apoio às hipóteses que relacionam o bem-estar subjetivo à parentalidade e ao desenvolvimento infantil. Estudos sobre o impacto do bem-estar subjetivo no exercício da parentalidade indicam que quanto maiores os níveis do preditor, maior a frequência de comportamentos adaptativos em situações que exigem maior nível de regulação emocional por parte dos pais (Sánchez-Álvarez, et al., 2015; Yu & Li, 2012). De modo semelhante, a satisfação com a vida relatada por mães foi um preditor de níveis mais elevados de práticas parentais positivas e de escores mais baixos de práticas negativas (Song et al., 2019). Ainda nessa mesma perspectiva, constatou-se que atitudes parentais afetivas e autônomas são mais frequentes em pais que apresentam índices elevados de satisfação com a vida do que em pais com níveis médio e baixo nessa dimensão (Lee, 2014).

No que diz respeito aos benefícios do bem-estar subjetivo para o desenvolvimento infantil um estudo mostrou que índices de afeto positivo de

mães estiveram positivamente correlacionados com as habilidades psicomotoras, linguísticas e a interação social de crianças entre um e três anos de vida. Em contraste, o afeto negativo apresentou correlação negativa com as competências de interação social da criança. Porém, ao contrário do esperado, os escores maternos de satisfação com a vida se correlacionaram negativamente com as habilidades psicomotoras das crianças (Andrade, 2015). Por outro lado, ainda no que se refere à satisfação com a vida, outro estudo indicou que, quanto mais satisfeitas as mães, melhores as habilidades verbais e motoras dos filhos de dois a três anos e menores os indicadores de problemas socioemocionais dos filhos de cinco e seis anos (Berger & Spiess, 2011).

Existem ainda estudos que investigaram o bem-estar subjetivo dos pais como uma variável mediadora da relação entre outras características sociodemográficas ou individuais dos pais e bons resultados na parentalidade e no desenvolvimento das crianças. Nesse contexto, as relações entre maiores índices de pobreza e escores mais elevados de problemas internalizantes e externalizantes nas crianças foram mediadas por menores índices de bem-estar subjetivo dos pais (Kaiser et al., 2017). Além disso, as relações entre características de personalidade da mãe e seu estilo parental foram mediadas pelo bem-estar subjetivo da mãe, indicando que mães que eram mais proativas e que tinham índices altos de bem-estar subjetivo eram significativamente mais propensas a apresentarem o estilo parental autoritativo, caracterizado pelo equilíbrio entre o nível de exigência e de responsividade ao comportamento dos filhos. De modo contrário, mães que eram bastante proativas, porém tinham baixos índices no bem-estar subjetivo, eram mais propensas a se portarem de modo negligente com seus filhos (Desjardins et al., 2008).

A breve revisão de literatura aqui exposta reuniu uma série de achados de estudos correlacionais que indicam que o bem-estar subjetivo dos pais e, particularmente, a dimensão da satisfação com a vida, estão relacionados tanto a práticas parentais mais positivas e eficazes, quanto a melhores resultados desenvolvimentais nos filhos. Além disso, um estudo de mediação obteve evidências de que mães mais satisfeitas com a vida interagem mais com seus filhos em atividades compartilhadas, o que, por sua vez, resulta em maior competência socioemocional e linguística da criança (Richter et al., 2018). Por fim, outros dois estudos de mediação revelaram que o bem-estar subjetivo ou suas dimensões

mediam a relação entre outras características parentais e o desenvolvimento infantil (Desjardins et al., 2008; Kaiser, et al. 2017).

Embora as evidências sejam promissoras, a maioria dos achados examinados ainda não permite afirmar que o bem-estar subjetivo dos pais seja, de fato, um preditor da parentalidade e do desenvolvimento infantil, dada a natureza correlacional dos delineamentos que os produziram. Assim, é necessário que estudos longitudinais e experimentais robustos sejam implementados para que essa pergunta possa ser respondida com segurança.

### **Estratégias de intervenção para a promoção do bem-estar subjetivo em pais**

A maior parte dos programas de intervenção testados em prol do bem-estar subjetivo são voltados para estudantes dos níveis superior ou médio. Os achados dessas investigações indicam efeitos positivos sobre o bem-estar subjetivo (de Vibe et al., 2018; Xu et al., 2018), que podem durar até seis anos (de Vibe et al., 2018). Há também evidências da eficácia desse tipo de intervenção com outras populações como adultos que já concluíram a escolarização formal e idosos (Heintzelman et al., 2019; Pires, Galinha, & Herédia, 2017). Em geral, os benefícios são maiores em intervenções com mais de quatro sessões, implementadas pessoalmente, para pessoas com dificuldades psicossociais e com participantes recrutados através do sistema de saúde. Também é importante destacar que programas de intervenção flexíveis às demandas individuais e desenvolvidos para grupos com problemas psicossociais específicos tendem a repercutir em resultados mais robustos do que programas de intervenção com caráter mais generalista. Em estudos randomizados os tamanhos de efeito sobre o bem-estar subjetivo variam de pequeno a moderado, sendo que em seguimentos de três a seis meses os tamanhos de efeito são menores, mas ainda significativos (Bolier et al., 2013).

Intervenções com foco no bem-estar subjetivo de adultos, incluindo pais, variam quanto à estrutura e à abordagem teórica. As estratégias mais frequentemente utilizadas visam modificar pensamentos e sentimentos de modo a ampliar a consciência do indivíduo sobre aspectos positivos da sua vida e dos seus relacionamentos (Diener et al., 2019; Revord, Walsh, & Lyubomirsky, 2018). Exemplos desse tipo de estratégia são a atenção plena (*mindfulness*) ou outras práticas meditativas, a expressão de gratidão e o registro de experiências emocionais positivas e gentilezas

recebidas. Adicionalmente, alguns programas incluem componentes psicoeducativos e treinamento de habilidades (Diener et al., 2019; Heintzelman et al., 2019; Terjesen & Kurasaki, 2009). Para contemplar esses componentes, os programas adotam técnicas como ensinar e discutir noções de felicidade, promover habilidades para a identificação de expectativas irracionais ou para o manejo das próprias emoções negativas (Diener et al., 2019; Terjesen & Kurasaki, 2009).

No que se refere ao bem-estar subjetivo de pais, os estudos de intervenção costumam incluir amostras de mães de recém-nascidos ou de crianças em idade pré-escolar. Os efeitos de programas de intervenção que adotaram exclusivamente práticas meditativas e reflexivas sobre o bem-estar subjetivo de mães não foram satisfatórios. Embora tenha havido melhora em dimensões como a satisfação com a vida (Perez-Blasco, Viguer, & Rodrigo, 2013) e medidas globais de bem-estar subjetivo (Leary & Dockray, 2015; Perez-Blasco et al., 2013), as diferenças entre os grupos intervenção e controle não foram significativas. Por outro lado, um programa de intervenção baseado na Terapia Comportamental Racional-Emotiva (REBT), que incluiu também componentes psicoeducativos que tinham o objetivo de ajudar as mães a diminuir crenças disfuncionais sobre a parentalidade e o desenvolvimento infantil, revelou efeitos substanciais. Houve aumento significativo do bem-estar subjetivo em mães do grupo tratamento, e esse efeito se manteve no follow-up, realizado 27 dias após a intervenção (Özbiler & Beidoğlu, 2018).

Constata-se, portanto, que intervenções para aumentar o bem-estar subjetivo de jovens e adultos em geral, tendem a apresentar efeitos positivos, aumentando o relato de afetos positivos e de satisfação com a vida, e diminuindo relatos de estresse e outros afetos negativos nesse tipo de população. Contudo, no que se refere a pais, os estudos são escassos, e quando se examinam amostras de mães com crianças pequenas os efeitos sobre o bem-estar subjetivo não são substanciais. Em primeiro lugar, é importante destacar o fato de que a implementação desse tipo de intervenção envolve dificuldades como baixos níveis de adesão às práticas meditativas (de Vibe et al., 2018; Leary & Dockray, 2015). Esse aspecto é importante, pois a participação ativa e a conclusão dos exercícios de meditação são essenciais para a garantia de benefícios ao bem-estar subjetivo (Bolier et al., 2013).

Além disso, é possível que o uso exclusivo de práticas de atenção plena e outras estratégias reflexivas sejam eficientes para jovens e adultos sem filhos,

mas sejam insuficientes no caso de pais ou adultos responsáveis por cuidar de crianças. A parentalidade tem o potencial de favorecer o desenvolvimento, a maturidade pessoal e a qualidade de vida, mas também representa um evento de vida desafiador e potencialmente estressante (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). Isso torna-se particularmente relevante no caso de famílias que vivem em contextos sociovulneráveis, que já são caracterizados por circunstâncias adversas. Assim, estratégias psicoeducativas e o treinamento de habilidades específicas, como habilidades para a resolução de problemas, por exemplo, podem tornar os pais mais capazes de refletir sobre desafios e dificuldades do cotidiano e de agir de forma eficaz para lidar com essas adversidades (Seid, Varni, Gidwani, Gelhard, & Slymen, 2010). Um dos estudos examinados ofereceu evidências de que componentes psicoeducativos e o treino de habilidades podem ser decisivos na melhora do bem-estar subjetivo de mães (Özbiler & Beidoğlu, 2018). Em conjunto com práticas meditativas e reflexivas, estratégias que desenvolvam habilidades para compreender e resolver problemas podem tornar a vida de pais e mães mais agradável e satisfatória, ou seja, com melhores índices de bem-estar subjetivo.

### **Considerações Finais: É possível aumentar o bem-estar subjetivo de pais que vivem em contextos sociovulneráveis?**

Programas de intervenção com o objetivo de promover o desenvolvimento infantil que focalizam as práticas parentais têm alcançado resultados positivos, porém, modestos em países desenvolvidos. Em países em desenvolvimento como o Brasil, as adversidades enfrentadas por famílias que vivem em contextos sociovulneráveis tendem a representar obstáculos adicionais que, por vezes, dificultam o engajamento e a permanência dos pais nesse tipo de programa. Nesse contexto, abordagens bigeracionais, que focalizam não somente os ganhos para o desenvolvimento da criança, mas também o desenvolvimento pessoal dos próprios pais, podem apresentar vantagens. Neste capítulo, discutimos a possibilidade de intervir para aumentar o bem-estar subjetivo dos pais como uma estratégia para prevenir prejuízos desenvolvimentais em crianças que vivem em contextos sociovulneráveis.

O conceito e as definições operacionais utilizadas para medir o bem-estar subjetivo individual reúnem indicadores que mostram o quanto uma pessoa avalia

sua vida como satisfatória e, ao mesmo tempo, a quantidade de afeto positivo em contraposição ao afeto negativo, ela sente em relação à própria vida. Embora a natureza desse construto e os mecanismos que o relacionam a fatores biológicos, ambientais e desfechos desenvolvimentais ainda não tenham sido plenamente estabelecidos, trata-se da variável que mais se aproxima da noção de felicidade. Pesquisas que investigaram relações entre o bem-estar subjetivo e diferentes desfechos desenvolvimentais indicaram com razoável consenso que quanto maior o nível de bem-estar subjetivo, mais positivos os desfechos desenvolvimentais do próprio indivíduo, incluindo dimensões da parentalidade. De modo semelhante, o desenvolvimento infantil parece ser positivamente afetado pelo bem-estar subjetivo dos pais.

Sentir-se feliz parece associar-se a um potencial generalizado para ações que resultam em desfechos positivos para a própria saúde física e mental, assim como para as relações interpessoais. De modo recíproco, adversidades que afetam a saúde física, mental e os relacionamentos, podem abalar a sensação de felicidade individual. Nesse sentido, o bem-estar subjetivo, assim como a maioria das dimensões e construtos psicológicos, revelam uma natureza multideterminada, que afeta e ao mesmo tempo sofre efeitos de variáveis de diferentes níveis. De qualquer modo, indivíduos com maiores níveis de bem-estar subjetivo tendem a regular melhor suas emoções e lidar de forma mais efetiva com eventos estressores (Sánchez-Álvarez et al., 2015; Yu & Li, 2012; Fredrickson et al., 2003), assim como a desenvolver relacionamentos interpessoais mais satisfatórios (Moore et al., 2018) com maior tendência prossocial (Aknin et al., 2012). Todas essas características podem atuar como facilitadoras da parentalidade e do manejo das relações familiares, o que justifica a escolha do bem-estar subjetivo dos pais como um atributo central a ser focalizado em programas bigeracionais de promoção do desenvolvimento infantil. Adicionalmente, esta breve revisão da literatura mostrou também algumas evidências iniciais de que o bem-estar subjetivo dos pais e, particularmente, a dimensão da satisfação com a vida, estão relacionados a práticas parentais mais positivas e eficazes e a melhores resultados desenvolvimentais nos filhos (Desjardins et al., 2008; Kaiser et al., 2017; Richter et al., 2018). Embora provenham de estudos correlacionais, em sua maioria, essas evidências também fortalecem a noção de que promover o

bem-estar subjetivo dos pais seja um caminho promissor para o favorecimento do desenvolvimento dos filhos.

No que se refere às estratégias que podem ser adotadas para aumentar o bem-estar subjetivo de pais, a literatura aqui revisada oferece algumas evidências que podem ser tratadas como um ponto de partida: a) a dimensão da satisfação com a vida parece afetar mais fortemente desfechos desenvolvimentais, inclusive aqueles relacionados à parentalidade e ao desenvolvimento infantil do que o afeto positivo ou negativo; b) práticas de atenção plena, quando aplicadas a amostras de jovens e adultos sem filhos pequenos, produz melhoras estáveis no bem-estar subjetivo; e c) programas que promovem o bem-estar subjetivo de pais de crianças pequenas que incluem componentes psicoeducativos e treino de habilidades, além de práticas de atenção plena, tendem a produzir resultados melhores. Em conjunto, essas evidências podem estar indicando que a satisfação com a vida em contextos adversos ou complexos (ex. parentalidade) depende de um repertório de habilidades para lidar com problemas e situações potencialmente ameaçadoras, que gerem resultados positivos. Jovens que já possuem um repertório de habilidades suficiente para lidar com seu contexto de vida, se beneficiam de práticas meditativas (de Vibe et al., 2018; Xu et al., 2018), porém, o mesmo não ocorre com pais de crianças pequenas (Leary & Dockray, 2015; Perez-Blasco et al., 2013), que tendem a enfrentar um número maior de eventos estressores mais complexos diariamente. Quando a parentalidade ocorre em contextos de vulnerabilidade social, esse quadro se intensifica ainda mais. Nesse sentido, é fundamental que programas de bem-estar subjetivo para pais de famílias sociovulneráveis incluam, além das práticas meditativas, orientações gerais sobre saúde física e mental e treino de habilidades como estratégias para resolução de problemas, regulação emocional e manejo de estresse. Essas estratégias poderão favorecer ainda outras áreas da vida dos pais, como a esfera profissional. Ter um repertório mais amplo de habilidades para lidar com problemas e eventos estressores pode contribuir para a redução do absentismo e para a obtenção de maiores índices de produtividade, cooperação, flexibilidade cognitiva e performance organizacional (De Neve et al., 2013). Esses resultados positivos, por sua vez, podem melhorar a empregabilidade e renda dos pais, atenuando os efeitos da vulnerabilidade social sobre a família. Adicionalmente, o

fortalecimento das redes de apoio social e de organização social nas comunidades também serão úteis nesses contextos. Com esses componentes, é possível que programas de promoção do bem-estar subjetivo sejam efetivos a ponto de criar condições para que intervenções com foco específico na parentalidade tenham êxito. Se os pais desenvolvem habilidades para cultivar e manter um estado de equilíbrio mental e bem-estar geral, estarão mais aptos a resolver problemas do cotidiano e disponíveis para receber orientações sobre desenvolvimento infantil e práticas parentais sensíveis e efetivas.

Contudo, é necessário reconhecer que o aumento do bem-estar subjetivo das famílias sociovulneráveis brasileiras requer mudanças políticas e econômicas profundas que corrijam a desigualdade de oportunidades que caracteriza a nossa sociedade. Mais de um quarto da população, formada predominantemente por pretos e pardos, vive em situação de pobreza ou extrema pobreza (IBGE, 2019). Então, como promover a felicidade de pessoas que diariamente enfrentam adversidades que comprometem de forma muito significativa sua saúde física, mental e seus relacionamentos? É possível aumentar os níveis de felicidade nesse tipo de contexto? De que forma podemos maximizar o sentimento de bem-estar subjetivo dessas populações sem ignorar a complexidade da realidade insatisfatória em que vivem? Essas perguntas levam a uma série de reflexões complexas, que transcendem escopo deste capítulo, mas que precisam ser feitas. A principal delas implica o fato de que o bem-estar subjetivo requer a satisfação de necessidades básicas como boa nutrição e serviços de saúde eficientes, condições dignas de moradia, educação de qualidade e justiça social. Isso passa pela redução da vulnerabilidade social, que envolve a criação de melhores condições de educação (Dzidza, Jackson, Normanyo, & Ikejiaku, 2018) e investimentos em infraestrutura em setores estratégicos da economia como transporte, energia, saúde e saneamento (Marinho, Campelo, França, & Araújo, 2017).

Enquanto essas mudanças de base não acontecerem, elaborar iniciativas para aumentar o bem-estar subjetivo dos indivíduos que vivem nesses contextos será um grande desafio. Adaptar programas bem-sucedidos que foram implementados e testados em países desenvolvidos certamente não será suficiente e não trará bons resultados. Parece necessário o desenvolvimento de programas específicos, compatíveis com as demandas sociais locais, inspirados em programas internacionais

exitosos. Esses programas devem considerar os principais desafios enfrentados pela comunidade onde serão implementados. Por exemplo, em comunidades em que há problemas graves nos serviços de saúde, escolas e condições gerais de moradia, um programa efetivo para favorecer o bem-estar subjetivo necessariamente passará por estratégias para fortalecer a organização e o controle social. Nesse sentido, talvez seja importante desenvolver estratégias que articulem equipes de diferentes áreas como saúde, educação e assistência social. Em resumo, é preciso considerar o perfil específico da população para a qual o programa será delineado, para que ele corresponda melhor às suas necessidades e obtenha maior adesão dos participantes e melhores resultados (Marin et al., 2019).

A promoção do bem-estar subjetivo dos pais brasileiros que vivem em condições sociovulneráveis pode conduzir a melhores resultados para programas que visam favorecer a parentalidade e o desenvolvimento infantil. Porém, esse tipo de iniciativa requer a análise dos principais desafios enfrentados diariamente pelos pais, para que as intervenções, de fato, desenvolvam as habilidades pessoais que conduzirão à maior satisfação com a vida e a mais afetos positivos. A compreensão das necessidades dessas populações e o desenvolvimento de estratégias de intervenção efetivas passa, necessariamente, por uma inserção dos pesquisadores nas comunidades, que permita o conhecimento dos seus principais problemas. Considerando a complexidade dos problemas econômicos e sociais brasileiros, é provável que também seja necessária uma ação articulada de profissionais de diferentes áreas para que essas iniciativas tenham êxito.

## Referências

- Abramovay, M., Castro, M. G., Pinheiro, L. C., Lima, F. S., & Martinelli, C. C. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: Desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO, BID.
- Aknin, L. B., Dunn, E. W., & Norton, M. I. (2012). Happiness runs in a circular motion: Evidence for a positive feedback loop between prosocial spending and happiness. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 13(2), 347-355. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9267-5>
- Alvarenga, P., Oliveira, J. M. de, & Lins, T. C. de S. (2018). Reflexões sobre a parentalidade no contexto de vulnerabilidade social no Brasil. In M. L. Seidl-de-Moura, D. M. L. F. Mendes, & L. F. Pessôa (Eds.), *Parentalidade. Diferentes perspectivas, evidências e experiências* (1 ed., pp. 41-60). Curitiba: Appris.
- Andrade, N. M. S. (2015). A influência do bem-estar das mães no desenvolvimento dos filhos na

- primeira infância (Unpublished master's thesis). Retrieved from <https://repositorio.ual.pt/handle/11144/2445>
- Azizan, N. H., & Mahmud, Z. (2018). Determinants of subjective well-being: a systematic review. *Environment-Behaviour Proceedings Journal (E-BPJ)*, 3(7), 135-141. <https://doi.org/10.21834/e-bpj.v3i7.1228>
- Barros, L., Petribú, K., Sougey, E., & Huebner, E. S. (2014). Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale: Translation into Brazilian Portuguese and cross-cultural adaptation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(1), 102-103. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1146>
- Berger, E. M., & Spiess, C. K. (2011). Maternal Life Satisfaction and Child Outcomes: Are They Related? *Journal of Economic Psychology*, 32, 142-158. doi:10.2139/ssrn.1518423
- Bojanowska, A., & Zalewska, A. M. (2018). Temperamental predictors of subjective well-being from early adolescence to mid-life: The role of temporal and energetic regulation. *International Journal of Psychology*, 53(6), 458-467. <https://doi.org/10.1002/ijop.12414>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health* 2013, 13(119). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Bolsoni-Silva, A., Weber, L. D., & Alvarenga, P. (2018). Orientação de pais na prática clínica. In: *Sociedade Brasileira de Psicologia*, Gorayeb, R., Miyazaki, M. C., & Teodoro, M. (Org.). Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 1 (pp. 69-139). Porto Alegre: ARTMED Panamericana.
- Burns, R. A., Anstey, K. J., & Windsor, T. D. (2011). Subjective Well-Being Mediates the Effects of Resilience and Mastery on Depression and Anxiety in a Large Community Sample of Young and Middle-Aged Adults. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(3), 240-248. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.529604>
- Chase-Lansdale, P., & Brooks-Gunn, J. (2014). Two-Generation Programs in the Twenty-First Century. *The Future of Children*, 24(1), 13-39. <https://doi.org/10.1353/foc.2014.0003>
- De Neve, J.-E., Diener, E., Tay, L., & Xuereb, C. (2013). The objective benefits of subjective well-being. In J. Helliwell, R. Layard, & J. Sachs (Eds.), *World Happiness Report 2013* (pp. 54-79). Retrieved from [https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2013/WorldHappinessReport2013\\_online.pdf](https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2013/WorldHappinessReport2013_online.pdf)
- Desjardins, J., Zelenski, J. M., & Coplan, R. J. (2008). An investigation of maternal personality, parenting styles, and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 587-597. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.020>
- de Vibe, M., Solhaug, I., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., Hanley, A., & Garland, E. (2018). Six-year positive effects of a mindfulness-based intervention on mindfulness, coping and well-being in medical and psychology students; Results from a randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 13(4), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196053>
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>
- Diener, E. (2020). Happiness: the science of subjective well-being. In R. Biswas-Diener & E. Diener (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Retrieved from <http://noba.to/qnw7g32t>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behavior*, 2(4), 253-260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Diener, E., Biswas-Diener, R., Lutes, L., LeViness, P., Wiking, M., Kim, E., & Buettner, D. (2019). Well-being interventions to improve societies personal happiness committee. In *Global happiness and well-being policy report* (pp. 94-115). Retrieved from <https://s3.amazonaws.com/ghwbpr-2019/UAE/GHWPR19.pdf>
- Ding, T., Mullan, B., & Xavier, K. (2014). Does subjective well-being predict health-enhancing behaviour? The example of fruit and vegetable consumption. *British Food Journal*, 116(4), 598-610. <https://doi.org/10.1108/bfj-07-2012-0177>
- Dzidza, P. M., Jackson, I., Normanyo, A. M., Walsh, M., & Ikejiaku, B. (2018). Educational policies on access and reduction of poverty: The case of Ghana. *International Journal on World Peace*, 35(2), 53-82. Retrieved from [https://www.academia.edu/36635042/EDUCATIONAL\\_POLICIES\\_ON\\_ACCESS\\_AND\\_REDUCTION\\_OF\\_POVERTY\\_THE\\_CASE\\_OF\\_GHANA](https://www.academia.edu/36635042/EDUCATIONAL_POLICIES_ON_ACCESS_AND_REDUCTION_OF_POVERTY_THE_CASE_OF_GHANA)
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Evans, G. W., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives*, 7(1), 43-48. <https://doi.org/10.1111/cdep.12013>
- Faircloth, C., & Murray, M. (2015). Parenting: Kinship, Expertise, and Anxiety. *Journal of Family Issues*, 36(9), 1115-1129. <https://doi.org/10.1177/0192513X14533546>
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M., & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138-150. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.1.138>
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.2.365>
- Fulmer, C. A., Gelfand, M. J., Kruglanski, A. W., Kim-Prieto, C., Diener, E., Pierro, A., & Higgins, E. T. (2010). On "feeling right" in cultural contexts: How person-culture match affects self-esteem and subjective well-being. *Psychological Science*, 21(11), 1563-1569. <https://doi.org/10.1177/0956797610384742>
- Gaspar, T., & Balancho, L. (2017). Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4), 1373-1380. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.07652015>
- Gouveia, V. V., Milfont, T., Fonseca, P. N., & Coelho, J. A., P. M. (2009). Life satisfaction in Brazil: Testing the psychometric properties of the Satisfaction With Life Scale (SWLS) in five Brazilian samples. *Social Indicators Research*, 90(2), 267-277. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9257-0>
- Heintzelman, S. J., Kushlev, K., Lutes, L. D., Wirtz, D., Kanippayoor, J. M., Leitner, D., ... Diener, E. (2019). ENHANCE: Evidence for the efficacy of a comprehensive intervention program to promote subjective well-being. *Journal of Experimental Psychology: Applied*. <https://doi.org/10.1037/xap0000254>
- Huang, S., Hou, J., Sun, L., Dou, D., Liu, X., & Zhang, H. (2017). The effects of objective and subjective socioeconomic status on subjective well-being among rural-to-urban migrants in China: The moderating role of subjective social mobility. *Frontiers in Psychology*, 22(8), 1-9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00819>



- Huebner, E. S. (1994). Preliminary development and validation of a multidimensional life satisfaction scale for children. *Psychological Assessment*, 6(2), 149-158. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.2.149>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [IBGE]. (2019). Síntese de indicadores sociais: Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos. Retrieved from <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>
- Jocson, R. M., & McLoyd, V. C. (2015). Neighborhood and Housing Disorder, parenting, and youth adjustment in low-income urban families. *American Journal of Community Psychology*, 55(3-4), 304-313. <https://doi.org/10.1007/s10464-015-9710-6>
- Kaiser, B. T., Li, J., Pollmann-Schult, M., & Song, A. Y. (2017). Poverty and Child Behavioral Problems: The Mediating Role of Parenting and Parental Well-Being. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9), 1-10. doi:10.3390/ijerph14090981
- Kong, F., Hu, S., Wang, X., Song, Y., & Liu, J. (2015). Neural correlates of the happy life: The amplitude of spontaneous low frequency fluctuations predicts subjective well-being. *NeuroImage*, 107, 136-145. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.11.033>
- Leary, K. O., & Dockray, S. (2015). The effects of two novel gratitude and mindfulness interventions on well-being. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(4), 243-245. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0119>
- Lee, C. (2014). Relative Levels of Parents' Life Satisfaction and their Relationship with Children's Self-esteem, Stress and Parenting Attitude in Multicultural Elementary Schools of Rural Areas. *International Journal of Applied Engineering Research*, 9(22), 15037-15048. Retrieved from [https://www.academia.edu/31725027/Relative\\_Levels\\_of\\_Parents\\_Life\\_Satisfaction\\_and\\_their\\_Relationship\\_with\\_Childrens\\_Self-esteem\\_Stress\\_and\\_Parenting\\_Attitude\\_in\\_Multicultural\\_Elementary\\_Schools\\_of\\_Rural\\_Areas](https://www.academia.edu/31725027/Relative_Levels_of_Parents_Life_Satisfaction_and_their_Relationship_with_Childrens_Self-esteem_Stress_and_Parenting_Attitude_in_Multicultural_Elementary_Schools_of_Rural_Areas)
- Lucas, R. E. (2007a). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: Evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(4), 717-730. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.717>
- Lucas, R. E. (2007b). Adaptation and the set-point model of subjective well-being: Does happiness change after major life events? *Current Directions in Psychological Science*, 16(2), 75-79. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00479.x>
- Luerssen, A., & Ayduk, O. (2017). Executive functions promote well-being: Outcomes and mediators. In M. D. Robinson & M. Eid (Eds.), *The happy mind: Cognitive contributions to well-being* (p. 59-75). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-58763-9_4)
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592-615. <https://doi.org/10.1037/a0025948>
- Marin, A. H., Alvarenga, P., Pozzobon, M., Lins, T., & Oliveira, J. M. (2019). Evasão em Intervenções Psicológicas com Pais de Crianças e Adolescentes: Relato de Experiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e187233. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003187233>
- Marinho, E., Campelo, G., França, J., & Araujo, J. (2017). Impact of infrastructure expenses in strategic sectors for Brazilian poverty. *Economia*, 18, 244-259. <https://doi.org/10.1016/j.econ.2017.01.002>
- Masarik, A. S., & Conger, R. D. (2017). Stress and child development: A review of the Family Stress Model. *Current Opinion in Psychology*, 13, 85-90. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.05.008>
- Moore, S. M., Diener, E., & Tan, K. (2018). Using multiple methods to more fully understand causal relations: Positive affect enhances social relationships. In E. Diener, S. Oishi, & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 670-685). <https://doi.org/nobascholar.com>
- Murta, S., Rodrigues, A., Rosa, I., & Paulo, S. (2012). Evaluation of a psycho-educational parenthood transition program. *Paidéia*, 22(53), 403-412. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300012>
- Nes, R. B., & Roysamb, E. (2015). The heritability of subjective wellbeing: Review and meta-analysis. In M. Pluess (Ed.), *The genetics of psychological well-being: The role of heritability and genetics in positive psychology* (pp. 75-96). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199686674.003.0005>
- Okulicz-Kozaryn, A. (2019). Are we happier among our own race?. *Economics and Sociology*, 12(2), 11-35. <https://doi.org/10.14254/2071-789X.2019/12-2/1>
- Özbiler, Ş., & Beidoğlu, M. (2018). Maternal subjective well-being intervention effects: Subjective well-being and self-perception of the parental role. *Current Psychology*, 1-11. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9818-6>
- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M. F. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: Results of a pilot study. *Archives of Womens Mental Health*, 16, 227-236. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0337-z>
- Pinquart, M. (2017). Associations of parenting dimensions and styles with externalizing problems of children and adolescents: An updated meta-analysis. *Developmental Psychology*, 53(5), 873-932. <https://doi.org/10.1037/dev0000295>
- Pires, A., Galinha, I. C., & Herédia, A. (2017). Estudo experimental: Impacto de grupos de canto no bem-estar subjetivo de seniores. *Psychology, Community & Health*, 6(1), 186-200. <https://doi.org/10.5964/pch.v6i1.159>
- Provenzi, L., Guida, E., & Montiroso, R. (2018). Preterm behavioral epigenetics: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 262-271. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.020>
- Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2019). Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 6(1), 15-23. <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4617>
- Revord, J., Walsh, L. C., & Lyubomirsky, S. (2018). Positive activity interventions to enhance well-being. In J. E. Maddux (Ed.), *Subjective well-being and life satisfaction* (pp. 451-472). Retrieved from <http://sonjalyubomirsky.com/files/2012/09/Revord-Walsh-Lyubomirsky-in-press.pdf>
- Richter, N., Bondü, R., Spiess, C. K., Wagner, G. G., & Trommsdorff, G. (2018). Relations Among Maternal Life Satisfaction, Shared Activities, and Child Well-Being. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00739>
- Sánchez-Álvarez, N., Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2015). The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *The Journal of Positive Psychology*, 11(3), 276-285. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1058968>
- Schimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (p. 97-123). Guilford Press.
- Seidl de Moura, M. L., Ribas Jr., R. C., Piccinini, C. A., Bastos, A. C. S., Magalhães, C. M. C., Vieira, M. L., & Silva, A. K. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas

- de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 421-429. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300004>
- Seid, M., Varni, J. W., Gidwani, P., Gelhard, L. R., & Slymen, D. J. (2010). Problem-solving skills training for vulnerable families of children with persistent asthma: Report of a randomized trial on health-related quality of life outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(10), 1133-1143. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp133>
- Shonkoff, J. P., & Fisher, P. A. (2013). Rethinking evidence-based practice and two-generation programs to create the future of early childhood policy. *Development and Psychopathology*, 25(4pt2), 1635-1653. <https://doi.org/10.1017/s0954579413000813>
- Song, S., Park, B., Kim, J., & Park, N. (2019). Examining the Relationship between Life Satisfaction, Smartphone Addiction, and Maternal Parenting Behavior: A South Korean Example of Mothers with Infants. *Child Indicators Research*, 12, 1221-1241. <https://doi.org/10.1007/s12187-018-9581-0>
- Soto, C. J. (2015). Is happiness good for your personality? Concurrent and prospective relations of the big five with subjective well-being. *Journal of Personality*, 83(1), 45-55. <https://doi.org/10.1111/jopy.12081>
- Souza, L. A. S., Torres, A. R. R., Barbosa, G. A., Lima, T. J. S., & Souza, L. E. C. (2014). A autoeficácia como mediadora da relação entre bem-estar subjetivo e saúde geral de cadetes militares. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(11), 2309-2319. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00177513>
- Terjesen, M. D., & Kurasaki, R. (2009). Rational emotive behavior therapy: Applications for working with parents and teachers. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 3-14. doi:10.1590/S0103-166X2009000100001
- Walker, S. P., Wachs, T. D., Gardner, J. M., Lozoff, B., Wasserman, G. A., Pollitt, E., & Carter, J. A. (2007). Child development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries. *The Lancet*, 369(9556), 145-157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60076-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60076-2)
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Wei, L., & Gao, F. (2017). Social media, social integration and subjective well-being among new urban migrants in China. *Telematics and Informatics*, 34(3), 786-796. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2016.05.017>
- Xu, Y-Y., Feng, Z-Q., Xie, Y-J., Zhang, J., Peng, S-H., Yu, Y-J., & Li, M. (2018). Frontal alpha EEG asymmetry before and after positive psychological interventions for medical students. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00432>
- Yap, M. B. H., & Jorm, A. F. (2015). Parental factors associated with childhood anxiety, depression, and internalizing problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 175, 424-440. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.050>
- Yoo, H. C., Kim, A. Y., & Lee, R. M. (2018). Race and subjective well-being: Critical race perspective and empirical review of key predictors. In E. Diener, S. Oishi & L. Tay (Eds.), *Handbook of well-being* (pp. 397-412). <https://doi.org/nobascholar.com>
- Yu, G. M., & Li, B. (2012). How subjective well-being affects emotional processing: The role of event-related potentials. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 40(8), 1285-1292. <https://doi.org/10.2224/sbp.2012.40.8.1285>



## Utilização de Ambiente Virtual de Aprendizagem na Articulação Interprofissional para a Promoção da Saúde

Níli Maria de Brito Lima Prado  
 Rosemary da Rocha Fonseca Barroso  
 Marina Luna Pamponet  
 Hebert Luan Pereira Campos dos Santos  
 Rosana Aquino Guimarães Pereira  
 Maria Guadalupe Medina

### Introdução

A implementação de políticas públicas de caráter intersetorial, requer a interação dos múltiplos atores *implicados* e não se dá de maneira automática, dependendo de arranjos e mecanismos deliberadamente fomentados para o estabelecimento das prioridades. O trabalho intersetorial é apontado como um instrumento relevante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde, com a proposição de consolidação de iniciativas planejadas, compartilhamento de poder e articulação de interesses e saberes (Fleury, 2014; Teixeira & Paim, 2000; Teixeira, 2006).

O estabelecimento de novos arranjos organizativos necessários para viabilizar a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais, no planejamento de ações articuladas explicita dificuldades para a efetivação de práticas cotidianas voltadas para a promoção da saúde. A primeira, refere-se aos processos organizacionais condicionados por tradições setoriais de processo de trabalho, interesses diversificados, centralização de poder político, predominância de decisões unilaterais condicionadas ao jogo de poder. A segunda, refere-se aos recursos destinados aos orçamentos públicos, via de regra setorializados, o que pode inviabilizar, por exemplo, a implementação de ações pactuadas (Czeresnia,

& Freitas, 2003; Ferreira, Moysés, & Sottile; Fleury, 2014; França, 2014; Mendes, Bógus, & Westphal, 2013; Prado & Santos, 2018).

O processo de construção de articulações e integração está condicionado às possibilidades diferenciadas do sistema local, para assumir ou compartilhar responsabilidades dos entes federais e estaduais (Fernandez & Mendes, 2014). Outro desafio é a integração de conhecimento, dos fluxos de informações e diálogo entre os setores (Comerlatto, Matiello, & Colliselli, 2007; Fernandez & Mendes, 2014; Silveira, Bocayuva, & Zapata, 2002). Tais aspectos apontam que a qualificação dos agentes envolvidos no planejamento e implementação das ações intersetoriais deve ser considerada no processo de aproximação dos setores.

Têm se discutido a perspectiva da educação interprofissional, orientada para o trabalho em equipe, como componente de ampla reforma do modelo de formação e de atenção à saúde, haja vista que, a formação para o trabalho na saúde constitui diretriz constitucional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e usado como bandeira de lutas para os movimentos de mudança na organização e no funcionamento do sistema de saúde nos últimos 30 anos. Contudo, sua operacionalização pode apresentar dificuldades relacionadas à resistência em romper com o processo de ensino tradicional e com o foco em conhecimentos e habilidades específicas de cada área e, percebe-se que a integração profissional não logrou o êxito de produzir uma mudança uniforme e de grande abrangência e visibilidade (Brasil, 1988; Reeves, 2016).

Esse movimento reforça o pressuposto que a Educação permanente em Saúde (Cardoso, Costa, & Costa, 2017) apresenta meios de transformar as práticas com novos modelos de formação de agentes, que podem atuar de maneira qualificada no processo de implementação e execução de políticas (Oliveira, 2007). Outro aspecto discutido atualmente é o uso de tecnologias de informação e de comunicação para a constituição de comunidades virtuais de aprendizagem, formalizadas por meio de curso na modalidade à distância, como uma perspectiva propulsora no processo de trocas de conhecimentos (Souza, 2015).

Ante a necessidade de superação de dicotomias e de aproximação dos conhecimentos e práticas dos agentes para a consolidação de ações intersetoriais que, mesmo constando como prerrogativa em documentos jurídico-normativos é pouco operacionalizada na prática, vislumbra-se a utilização de ferramenta virtual

como estratégia para viabilizar a interação entre os atores envolvidos. Assim, este estudo adotou como objetivo descrever a experiência de um curso de educação à distância que buscou fomentar a articulação de profissionais da educação e da saúde, no planejamento, desenvolvimento e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde e, discutir a aproximação de matrizes discursivas que permitam incorporar elementos teóricos e práticos de planejamento estratégico no cotidiano dos setores envolvidos com uma intervenção para a promoção da saúde.

## Método

Trata-se de estudo de caso descritivo alicerçado em uma abordagem qualitativa, para descrever uma experiência de discussão da intersetorialidade, em ambiente virtual de aprendizagem, por meio da implementação de um curso de extensão na modalidade de educação a distância (EaD) sobre *Gestão de ações intersetoriais para Promoção da Saúde no SUS* desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBa), no período de agosto a dezembro de 2014.

O curso foi um dos produtos do projeto *Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família - ESF*, denominado PROSE, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade federal. A intervenção buscou promover práticas de alimentação saudável, atividade física dentro e fora da escola, favorecer o protagonismo dos escolares e o desenvolvimento e gestão de ações intersetoriais para a promoção da saúde no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do Programa Saúde na Escola.

Constituiu uma atividade inserida em um dos componentes do projeto que previa a construção de viabilidade das ações intersetoriais fomentada pela universidade para viabilizar o desenvolvimento de habilidades e valores que favorecessem o diálogo, cooperação e negociação interprofissional e intersetorial.

O curso foi ofertado no Ambiente Virtual de Aprendizagem livre (Moodle - *Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment*) da UFBa, para profissionais vinculados aos setores da educação e da saúde (Estratégia Saúde da Família - ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família), de cinco municípios

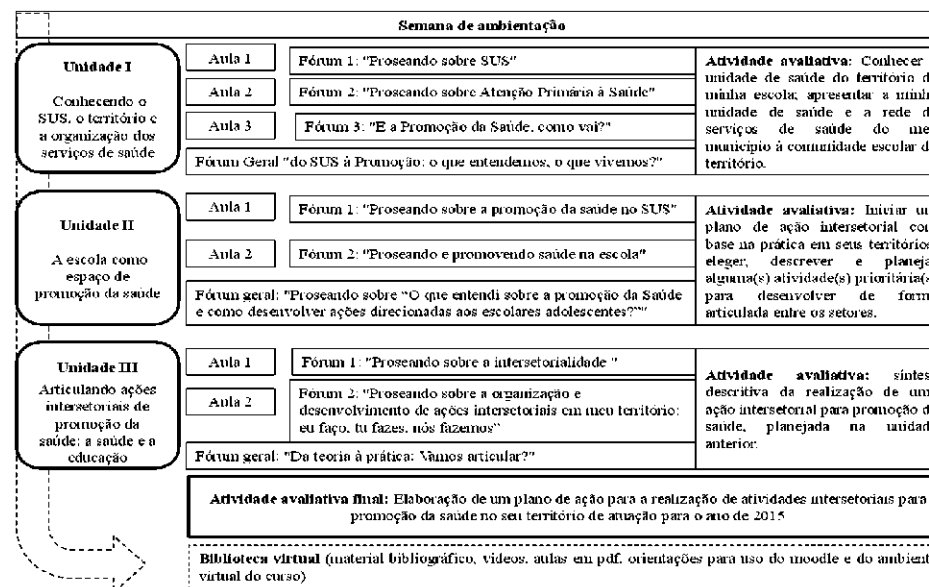
baianos participantes do PROSE, cujo processo amostral encontra-se previamente descrito (Prado, Medina, & Aquino, 2017). Baseou-se no modelo de competências e sua estrutura pedagógica foi desenhada para estimulá-las por meio de leitura de textos, discussões em fóruns e realização de práticas conjuntas no *território* onde os diferentes grupos de participantes atuavam (profissionais de saúde e professores das escolas de ensino médio), com uma carga horária de 120 horas. Considerando o número de profissionais que atuavam no mesmo território, e o número de municípios, foram oferecidas sete turmas com quinze vagas, para facilitar a interlocução e desenvolvimento de ações intersetoriais.

O arcabouço do curso foi idealizado para estimular a capacidade crítico-reflexiva acerca da organização da Atenção Primária à Saúde, promoção da saúde, planejamento, implementação, desenvolvimento e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde escolar. Em seguida, estruturou-se o espaço virtual com materiais didáticos organizados por unidade e aulas temáticas, fóruns de discussões, publicações científicas e vídeos. Sob a coordenação geral dos pesquisadores responsáveis pela intervenção Prose, cada turma foi acompanhada semanalmente, por tutor de nível superior da área da saúde (enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e odontologia) e discentes de pós-graduação (mestrado e doutorado) em Saúde Coletiva.

O curso foi concebido em três unidades: conhecendo o SUS e a organização dos serviços de saúde; a escola como espaço de promoção da saúde e articulando ações intersetoriais. Cada unidade apresentou um tema geral desdobrado em aulas (subtemas). Qualificou-se os participantes no manuseio das ferramentas virtuais, os quais realizaram atividades obrigatórias, de caráter individual (fóruns temáticos virtuais por turma) ou coletivo (visitas ao território, práticas integradas para elaboração e implementação de um plano de ação local), com foco nas vivências profissionais em cada território de atuação e na comunidade escolar (Figura 1).

A avaliação se deu por meio da participação em discussões e argumentos expostos nos sete fóruns temáticos (cinco voltados especificamente para cada turma e dois gerais, envolvendo todos os participantes), além de duas atividades avaliativas: a) relato de experiência: visita a Unidade de Saúde da Família pelos professores e visita a escola pelos profissionais de saúde e, b) elaboração de plano de ação local para ações de promoção da saúde, desenvolvido de forma conjunta pelos participantes de cada turma.

Figura 1. Estrutura do curso EAD Gestão de ações intersetoriais para Promoção da Saúde no SUS. PROSE, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

A produção de dados se deu ainda, por entrevistas semiestruturadas direcionadas aos participantes do curso, após sua execução. Os resultados foram organizados em tópicos: 1) Descrição geral da experiência: perfil, frequência, avaliação e aprovação dos participantes; 2) Análise da articulação intersetorial, conforme a percepção dos atores sociais conforme a percepção dos atores sociais e análise temática e interpretativa do material selecionado à luz da teoria da ação social e disposicional de Bourdieu (Bourdieu, 2018; 2013) por meio da análise do espaço social e *habitus* "uma propriedade de atores (sejam indivíduos, grupos ou instituições) que é composta de uma "estrutura estruturante[...] - ajuda a moldar nossas práticas atuais e futuras- e estruturada- pelo nosso passado e circunstâncias atuais, como a criação na família e as experiências educacionais" (Bourdieu, 2018 p.75) dos agentes, com o intuito de discutir os desafios que incidem sobre a intersetorialidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (CCA 09709112.3.0000.5030) e número do parecer 182.685, de 04 de janeiro de 2013.

## Resultados

Do total de inscritos no início do curso (73 profissionais, de saúde e professores das escolas de ensino médio), 75% (55) foram considerados participantes e o restante não acessou a plataforma *moodle* após o início do curso. Do total de participantes ativos, 76% (42) eram professores de diferentes áreas de conhecimento (geografia, história, biologia, matemática, física, língua portuguesa, educação física) e, os demais, profissionais vinculados à ESF (enfermeiro, odontólogo e médico) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (nutricionista, educador físico). O número de participantes por turma variou entre 8 a 10, o curso apresentou taxa de evasão de 24,0% e 60,0% dos participantes concluíram o curso com aprovação (Tabela 1).

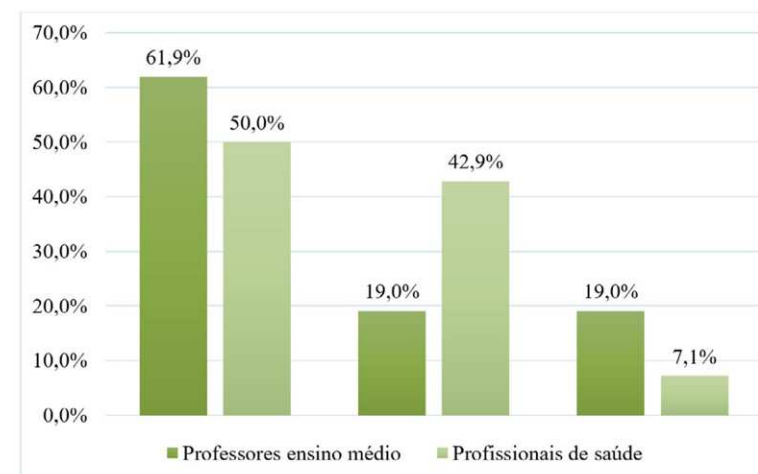
Tabela 1. Descrição dos valores absolutos e percentuais do desempenho dos participantes do curso EAD Gestão de ações intersetoriais para Promoção da Saúde no SUS, de cinco municípios baianos integrantes do Projeto Prose, 2014.

Município	Alunos inscritos	Alunos aprovados		Alunos Reprovados		Alunos Desistentes	
		N	%	N	%	N	%
Município 1	10	7	70,0%	0	0,0%	3	30,0%
Município 2	6	4	66,7%	0	0,0%	2	33,3%
Município 3 (turma 1)	7	2	28,6%	3	42,9%	2	28,6%
Município 3 (turma 2)	9	5	55,6%	2	22,2%	2	22,2%
Município 4 (turma 1)	10	7	70,0%	2	20,0%	2	20,0%
Município 4 (turma 2)	7	7	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
Município 5	6	1	16,7%	3	50,0%	2	33,3%
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>33</b>	<b>60,0%</b>	<b>10</b>	<b>18,2%</b>	<b>13</b>	<b>23,6%</b>

Fonte: Elaboração própria.

Considerando os grupos profissionais, os percentuais de aprovação, desistência e reprovação foram distintos (Figura 2). Foram aprovados 61,9% dos profissionais da educação e 50% profissionais de saúde. O número de desistentes foi maior entre os profissionais de saúde (42,9%). Em relação à reprovação, o percentual foi maior entre os professores de ensino médio (19%).

Figura 2. Percentuais de aprovação, reprovação e desistência no curso EaD Gestão de ações intersetoriais para Promoção da Saúde no SUS, segundo categoria profissional dos participantes de cinco municípios baianos integrantes do Projeto Prose, 2014.

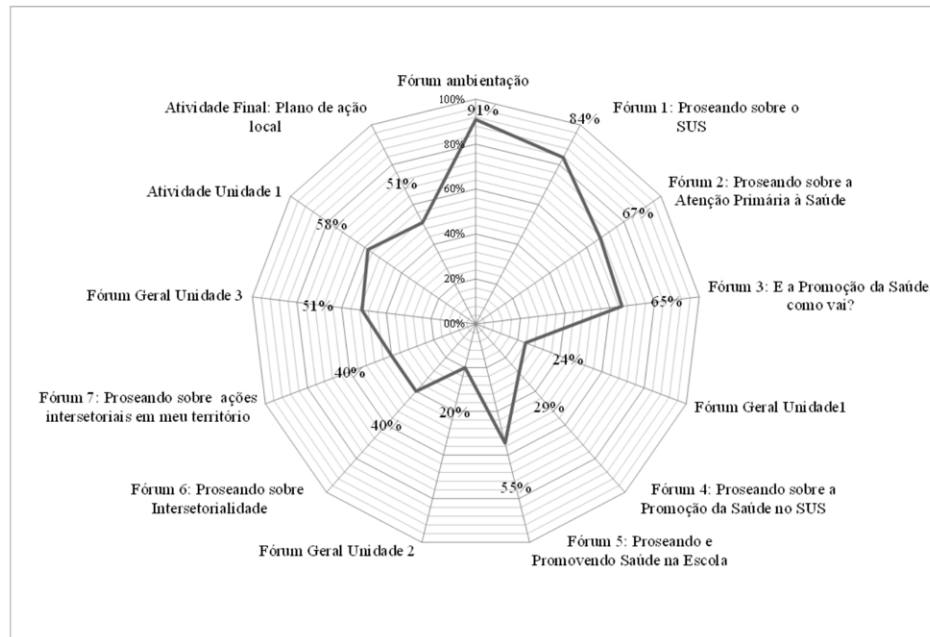


Fonte: Elaboração própria.

A média de participação nos fóruns foi de 50%, ressaltando-se participação superior a 83% no fórum de ambientação e fórum 1 (Proseando sobre o SUS) e a menor participação no fórum geral das unidades 1 e 2 (Figura 3).

O principal produto do curso foi a formulação de planos de ação local, cuja demanda e desenvolvimento se deu de forma articulada entre os agentes dos dois setores. As proposições foram levantadas a partir do trabalho em subgrupos, contando com a participação de profissionais de saúde, professores, alunos, diretores das escolas e coordenadores do PSE local. Ao final foram elaborados 32 planos, com apresentação de atividades/propostas, responsáveis pela execução, público-alvo, e as datas e local de realização das proposições. Dentre as propostas que mais figuraram encontrou-se a realização de palestras nas salas de aula e participação nos eventos escolares com diversas temáticas relacionadas à saúde.

Figura 3. Percentual de participação considerando as atividades avaliativas que integraram o curso EaD Gestão de ações intersetoriais para Promoção da Saúde no SUS, Projeto Prose, 2014.



Fonte: Elaboração própria.

O curso teve como propósito construir solidez teórica e capacidade crítico-reflexiva acerca dos conceitos sobre a organização da Atenção Primária à Saúde, promoção da saúde, planejamento, implementação, e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde, apoiados por práticas interativas com o uso de recursos e mídias diversas. Ressalte-se que a interprofissionalidade é entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de promover a educação dos profissionais de saúde, desde a formação inicial de graduação, com competências para o trabalho em equipe e a prática colaborativa no contexto do SUS (Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013).

Assim, as aulas teóricas buscaram provocar reflexões sobre essas temáticas, perpassando por conteúdos referentes à promoção da saúde e a saúde do escolar, chegando à etapa de como elaborar e implementar um plano de ação intersetorial local. Por outro lado, os fóruns temáticos e atividades práticas, tiveram o pressuposto de possibilitar a reflexão acerca da necessidade de ressignificação das práticas e da

interação entre os profissionais, de modo a possibilitar que os desdobramentos da ação intersetorial se concretizassem nos diferentes sistemas locais.

Observou-se uma diversidade de situações relacionais e organizacionais nos distintos contextos que desvelou no cotidiano uma constatação que é própria de determinadas abordagens conceituais contemporâneas, a divisão técnica do trabalho, a qual espelha a divisão disciplinar e especializada do conhecimento. Essa assertiva se justifica pela cultura da formação uniprofissional, que tem uma forte tendência na centralização do desenvolvimento das competências específicas, tornando as colaborativas um tema novo, pouco conhecido nos processos de formação em saúde da realidade brasileira.

Para alguns participantes, o curso, ao possibilitar o levantamento e priorização de demandas e necessidades do território de atuação dos agentes, permitiu a ampliação da conscientização dos agentes sobre a necessidade de planejamento das ações intersetoriais, além de certa aproximação das matrizes discursivas. Percebeu-se nas suas falas a constatação da necessidade de reconhecimento de capacidades dos agentes do subespaço oposto no processo de articulação no território, sendo possível, para alguns dos entrevistados, admitir que, apesar das distintas matrizes discursivas e disciplinares entre os dois subespaços, a aproximação dos agentes para a consecução das ações do Prose permitiu uma troca de conhecimentos e saberes, que antes estava mais restrito ao setor da educação.

O planejamento compartilhado para a implementação de um plano local de ação, levou-os à percepção sobre suas práticas profissionais no contexto da promoção da saúde, identificar a existência de processos de planejamento compartilhados, e identificar ações intersetoriais e estratégias adotadas pela Saúde do Escolar e ESF para fortalecer o desenvolvimento do protagonismo dos agentes, como se observa na seguinte fala. É tanto que, após o curso EAD [curso de gestão de ações intersetoriais no SUS], compreendemos que trabalhávamos em um mesmo território, né? Aí nós tivemos uma parceria com os PSF, que é o Posto de Saúde da Família. Então, assim, a gente teve o cuidado de ir até o PSF, para verificar a questão de alguns dados da comunidade escolar, antes de darmos as aulas do Prose [as sessões temáticas]. Então, assim, como abordar a questão da alimentação? Como abordar a questão da saúde? Qual a relação entre ambos? Orientada, de certa forma, por eles também (Professor 1).

Outro fator que mereceu destaque relacionou-se à dificuldade dos professores em se apropriar de conteúdos tradicionalmente discutidos por profissionais da saúde, o que reforça a necessidade de aproximação das disciplinas e da tradução das matrizes discursivas, intenções e vontades dos outros atores, em seus próprios discursos. Os excertos descritos a seguir ilustram estas questões: *Infelizmente não conheço especificamente a organização dos serviços de saúde do meu município. Apenas informações superficiais sobre a estrutura, assim como o funcionamento dos PSFs instalados no município.* (Professor 2). *Acredito que não temos todas as informações necessárias sobre o atendimento que o SUS nos proporciona, assim como a Estratégia Saúde da Família* (Professor 3).

Apesar dessas restrições, foi possível empreender que em algumas turmas, a interação no ambiente virtual, favoreceu o estabelecimento de conexões que não estavam anteriormente vinculados presencialmente. O envolvimento dos profissionais, propiciado por discussões sobre o SUS, permitiu a mediação de ações intrasetoriais e intersetoriais e, a operacionalização de uma nova prática e consciência sanitária, em resposta aos Determinantes Sociais da Saúde em territórios locais, permitindo avanços na construção de estratégias, alianças, mobilizando-os em torno da proposição de objetivos compartilhados. Neste caso, percebeu-se um ordenamento de papéis dos diferentes agentes envolvidos para o planejamento de ações conjuntas: *Acredito que os maiores desafios a serem enfrentados para que realmente haja a intersetorialidade é o querer se envolver, participar e colaborar para que essas ações saiam do papel e se tornem realidade. Muitos municípios não dispõem de profissionais que tenham essa preocupação ou jornada de trabalho que possa dispensar um tempo para dedicação em atividades como esta. Mas após a intervenção PROSE aqui, ficou bem evidente que é possível unir os profissionais da saúde e educação contribuindo com as ações na escola e para o fortalecimento de redes externas que compartilhem informações a fim contribuir para uma saúde cada vez melhor* (Professor 4).

O processo de mediação de uma nova relação, que de algum modo modificou os agentes nela envolvidos, se concretizou pelas constantes interações que se produziu localmente ao seio de um novo subespaço, coletivo e articulado. Este processo implicou em mudanças na maneira de utilizar e articular o conhecimento na operacionalização das práticas por ambos os profissionais: É

de relevante importância que os profissionais da área de saúde visitem a escola e que a escola sinta com a área da saúde para traçar propostas com o intuito de fortalecer ações desenvolvidas por ambos os setores. Assim, podemos pensar em criar uma Agenda da Saúde para promover encontros entre esses atores do processo com o intuito desenvolver ações em conjunto; criar o dia da Saúde na Escola, onde a equipe de saúde visitaria a escola com o objetivo de fazer palestras, oficinas sobre temas variados e destinados aos adolescente ... Enfim, que o posto de saúde (Unidade de Saúde) funcione uma vez por semestre na escola (Profissional de saúde 3).

A negociação entre interesses na implementação da intervenção e a instituição de novos interesses entre os participantes do curso, permitiu o reconhecimento de demandas e estabelecimento de estratégias integradas para atender a necessidades identificadas no território. *Dentro dessas duas linguagens, trabalhar de forma intersetorial e trazendo essa importância de conhecimento de políticas públicas, de que é como é feito e onde é que eu tenho, o que é que a rede de saúde me oferece, percebemos que cada um tem o seu papel, né?* (Professor 3). *A única maneira que vejo é buscando informações e se capacitando. Após essa deliberação, conhecer as peculiaridades e demandas de ambos os setores, traçar um plano de ação coletivo, entender que essa será uma atividade de médio e longo prazo, e que por isso demandará o comprometimento dos profissionais envolvidos e, sobretudo, ter boa vontade por que os desafios são gigantesco* (Professor 4) e, alguns excertos dos discursos dos agentes ilustram esta proposição: *As principais dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais ocorrem na medida em os envolvidos mostram uma agenda previamente definida. Dessa forma as prioridades são deixadas para depois. Uma vez iniciadas, tais iniciativas não têm sustentabilidade, prevalecendo baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda. A manutenção das parcerias torna-se um desafio para a construção de uma agenda integrada que garanta o desenvolvimento dos projetos envolvidos, a curto ou a longo prazo* (Profissional de saúde 5).

Quando questionados sobre a possibilidade concreta de organização de ações intersetoriais no território, os agentes sinalizaram condições para integração entre os setores, inclusive a criação de comissão intersetorial, em cada território de atuação, conforme ilustra o excerto seguinte: *É possível criar*

*comissões intersetoriais entre as escolas promotoras de saúde estabelecendo parcerias e compartilhando saberes, pois, tanto a área de saúde quanto a área de educação estão desenvolvendo um trabalho isolado, o que dificulta, fragiliza ou torna ineficaz as políticas de promoção de saúde* (Profissional de saúde 6).

## Discussão

Para buscar elementos que contribuíssem com o debate, este trabalho, assumiu, essencialmente, a identificação dos desafios para consecução da intersetorialidade, com a clareza de intencionalidade maior para alcançar os níveis meso e micro da realidade, quanto às relações profissionais, de forma a consolidar a interprofissionalidade, e, então, estimular o desenvolvimento de ações articulados em territórios adscritos à Atenção Primária à Saúde e melhorias na qualidade da atenção à saúde no SUS.

A articulação dos agentes dos distintos campos disciplinares, saúde e educação, teve o propósito de discutir estratégias à implementação de espaços compartilhados para gestão local de ações intersetoriais com profissionais de diferentes municípios baianos, utilizando-se de um ambiente virtual de aprendizagem para superar entre outros, a distância geográfica diante da impossibilidade de reunir todos os participantes em um mesmo local.

A aproximação de matrizes discursivas e a incorporação de elementos teóricos e práticos de planejamento estratégico no cotidiano desses dois setores, também se constituiu um dos propósitos inseridos nos componentes do projeto Prose, que previu, a construção de pontes para as ações intersetoriais e o desenvolvimento de habilidades e valores que favorecessem o diálogo, a cooperação e a negociação entre os atores sociais dos municípios participantes.

A modificação das relações entre os setores saúde e educação foi um ganho do ponto de vista da intersetorialidade e promoção da saúde, pois ao buscarmos planejar as ações conjuntamente, mudou-se uma cultura de interrupção das aulas e da rotina escolar, instituindo-se atividades mediante uma programação e adaptação ao contexto e ao público a quem são dirigidas. De fato, a articulação intersetorial possibilitou novas traduções das matrizes discursivas, e essa troca pode ter provocado reflexões e suscitado mudanças nas relações entre os agentes

dos dois setores. Para Bourdieu (2018 p.79) “[em todas as situações em que] o poder é semi-institucionalizado a instauração de relações de autoridade e dependência repousa sobre a expectativa do interessado em algo, que pode modificar a conduta daquele com a coisa esperada. No sentido de suscitar (novas ações), de encorajar ou de manter esperança”.

Assim as relações foram se constituindo, em meio a um processo de interação, expectativas, identificação de probabilidades objetivas, e ao intermédio da disposição em assumir riscos (relativos) que todo desvio em meio ao curso canônico implica, em um *espaço de possíveis*. A interlocução específica com a política de saúde foi problematizada em função dos desafios comuns que as reúnem em torno da complexa determinação social das condições de vida e saúde da população.

Alguns autores trazem importantes contribuições para compreender ou se aproximar da complexidade da colaboração, que precisam ser problematizadas nas ações interprofissionais para o desenvolvimento dessas competências colaborativas. Defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder. Destaque-se que o compartilhamento é um dos pontos chave da colaboração, na medida em que alunos ou profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde. E a parceria implica que dois ou mais agentes se juntam numa participação/atuação colaborativa. Esse conceito tem uma relação mais forte com a atuação propriamente dita por propor um diálogo mais efetivo (Paradis & Whitehead, 2015; Scager, Boonstra, & Peeters, 2016).

Cabe salientar que, ainda que a ESF preconize que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde abranjam um *território*, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrito, fatores estruturais, individuais e singularidades do processo de trabalho das categorias profissionais podem ter influenciado os distintos resultados de aproveitamento do curso pelos participantes: a) a dificuldade de acesso à internet, para os residentes em municípios de pequeno porte localizados no território baiano, foi um aspecto que provocou a desistência de uma parcela dos participantes; b) pouca familiaridade no manuseio de espaços específicos na plataforma virtual, a exemplo do envio de arquivos; c) os professores tiveram maior dificuldade em acompanhar a carga



horária do curso, considerando a conciliação de várias jornadas de trabalho e a necessidade de maior aproximação com o conteúdo específicos da área da saúde e d) alguns apresentaram dificuldades para discutir as temáticas propostas nos fóruns temáticos, apesar da mediação dos tutores.

Estudos têm demonstrado a necessidade de inclusão de estratégias para potencializar a implementação de ações intersetoriais locais, como a construção de alianças; redes sociopolíticas; identificação e mapeamento de grupos, organizações e entidades e das relações estabelecidas entre si e com o poder público (Dowbor, 2002; Mendes, Bógus, & Westphal, 2013) institucionalização e incorporação da gestão nas práticas de promoção da saúde com participação social (Fernandez, 2012); e instituição de processo sistemático de comunicação de resultados e estratégias para resolução de conflitos (Borde, Akerman, & Morales, 2016). Percebe-se que a articulação intersetorial conduz à necessidade de constituição de novas institucionalidades plurais, como espaços de planejamento e implementação de políticas.

Para Pinell (2011), “o trabalho de tradução é o que possibilita articular universos sociais diferentes cujas lógicas cognitivas e práticas não obedecem à mesma racionalidade” (p. 23). Da parceria entre profissionais de setores diversos emergiu a interdependência, onde os profissionais reconheciam suas limitações e assumiam a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde. Essa interdependência é um valor de claro reconhecimento, de que existe um objetivo comum a todas as profissões e de que o trabalho em equipe é o dispositivo mais potente para alcançar (Scager et al., 2016).

Em respeito às relações de poder, observou-se que, ao tempo em que se construía um processo de mobilização para constituição de uma rede de atuantes na implementação de ações intersetoriais, instalou-se, também, um processo de disputa em que estavam em jogo novos interesses que modificaram os equilíbrios pré-existentes, criando condições de possibilidades para novas tomadas de posição dos agentes, e favorecendo um *modus operandi* para uma ação estratégica consciente. Igualizar poderes é um importante caminho para o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de decisões, na aprendizagem colaborativa e para a efetiva comunicação (Paradis, & Whitehead, 2015).

A discussão sobre intersetorialidade, importante para a transversalidade que se impõe sobre as ações de promoção da saúde, demonstrou que, além

das dificuldades de reconhecimento das matrizes discursivas, é necessário que haja investimentos em termos de prioridades de agenda para pactuação de ações considerando a necessidades dos territórios. Não obstante, pela recente incorporação do termo interprofissionalidade no cenário nacional (Dias, Vieira, Silva, Vasconcelos, & Machado, 2016), sua proposta, bem como suas bases conceituais não estiveram claramente demarcadas nessas políticas, nem mesmo obtiveram aproximações consistentes com as demandas derivadas da prática profissional.

Por outro lado, percebeu-se através de distintos posicionamentos nos fóruns, certo amadurecimento crítico e paulatina incorporação dos temas abordados no desenvolvimento das práticas dos profissionais, que mostravam entendimento sobre a necessidade de fortalecimento intersetorial, para a consolidação das ações coletivas de promoção da saúde. Em meio à multiplicidade de práticas e as interações mútuas, os agentes passaram a participar e desenvolver as ações propostas, independente da sua formação profissional, e isto, possivelmente, abriu espaço para que pudessem reconhecer as diferenças cotidianas inculcadas nas práticas, no *habitus* dos agentes e das instituições; e as estratégias utilizadas pelos indivíduos para salvaguardar ou galgar novas posições no subespaço social, retraduziam-se diante da possibilidade de transformar as práticas por meio de novos aportes (teóricos e metodológicos). Não sendo possível, segundo Bourdieu (2013), “evitar se situar ou ser situado no espaço de posições possíveis” (p.23).

Ainda segundo Bourdieu (2018) “os posicionamentos podem surgir como conversões ou negações. Em caso de negação, o retorno aos interesses primários inscritos no campo de pertencimento mais próximo, força a desistir dos jogos que permitiram os pertencimentos de níveis diferentes e muitas tomadas de decisão a favor ou contra” (p. x158). Desse modo, as circunstâncias concretas de implementação das ações intersetoriais, permeadas pelas decisões no subespaço social comum e a dinâmica de cada sistema local, podem explicar o alcance de distintos níveis de resultados e a sustentabilidade das ações em longo prazo nas diferentes realidades que encontramos. Sobre esta questão, destaca-se que a efetividade das ações de promoção da saúde está diretamente atrelada à mobilização social e técnicas de ampliação da participação dos diversos setores e atores (Bodstein & Magalhães, 2009).

Percebeu-se que o curso, ainda que não tenha sido concluído por todos os profissionais inscritos, possibilitou: 1) a geração de expectativas para expandir o conhecimento teórico-prático entre os profissionais da educação e saúde; 2) interlocuções centradas na promoção da saúde (aspectos conceituais até a forma como a promoção da saúde se configura no âmbito municipal); 3) a ênfase das ações da atenção primária, reconhecendo criticamente seus avanços e limitações e, o papel interprofissional para o desenvolvimento dessas ações; 4) o estímulo à organicidade para o planejamento das práticas de promoção de saúde considerando e articulando seus territórios de atuação e, 5) a estruturação de planos locais de ação intersetorial para aplicação prática das proposições estimuladas e formuladas no espaço virtual.

Aspectos da organização foram considerados restritivos à implementação da articulação, com destaque para a lógica de divisão de atribuições e dos papéis institucionais, reduzida a condição de coadjuvante no decorrer do processo, ou seja, meramente cooptados e localizados a margem do processo, sem exercer um papel determinante nas lutas internas. Bourdieu (2013) considera que o dispositivo para estas transformações é a tomada de consciência, que pode fundamentar um agrupamento voluntário de agentes, unidos por afinidades de *habitus* e de interesses de fazê-lo existir como força política na e por esta representação e em torno de interesses comuns conscientemente apreendidos que lhes designam os fins a um só tempo necessário.

Inojosa (2001) e Monnerat e Souza (2009) assentem que o insulamento dos trabalhadores da burocracia estatal é ao mesmo tempo barreira para a intersetorialidade e sintomática da dificuldade para a assunção de postura mais dialógica e interações mais horizontalizadas na gestão pública. Gestores e trabalhadores tendem a fazer movimento, involuntário ou intencional, de guarda de suas próprias especialidades, bem como de proteção de seu espaço pessoal, garantindo a impermeabilidade dos setores e de suas possibilidades de relação interpessoal.

A superação dos obstáculos ao desenvolvimento de políticas intersetoriais ainda é objeto de debate, especialmente no que concerne a necessidade de inserção de práticas interdisciplinares, colaboração e o compromisso dos envolvidos, sem manipulações e disputas pelo poder (Carvalho, Bodstein, Hartz, Matilda, 2014; Carvalho, Gastaldo, 2008). As mudanças necessárias no processo de trabalho

estão diretamente relacionadas com a mudança do modelo de atenção à saúde, para oportunizar a produção de saúde na escola por meio da aproximação entre a atenção básica e as escolas, com possibilidades de enfrentamento das desigualdades socialmente determinadas.

## Conclusão

A partir da experiência do curso EaD foram levantadas contribuições para ampliar a competência dos profissionais, para o desenvolvimento de ações intersetoriais, na medida em que promoveu aquisição de conhecimentos e impulsionou novas estratégias de relações integradas. A formação, ao ampliar conhecimentos relacionados à perspectiva intersetorial, proporcionou aos profissionais oportunidade para refletir sobre as suas práticas e sobre um movimento processual de pactuação de uma agenda articulada entre os setores e a consolidação de interconexão possivelmente sustentável no novo subespaço intersetorial local.

A utilização do espaço virtual traz como proposta apoiar as atividades de articulação entre setores educação e saúde e, sobretudo, oferecer mecanismos para socialização e possibilidade de planejamento compartilhado de ações. O curso mostrou-se reprodutível em casos que demandem articulação intersetorial, sendo inclusive adaptado por outro Projeto em Salvador, Bahia. Esta prospecção reitera a necessidade de análise de caminhos para implementação das ações propositivas e estratégicas com ênfase expressiva sobre as mudanças e revela necessidades de se investigar em qual proporção os projetos vigentes dizem respeito à efetivação de uma proposta de articulação intersetorial sinérgica que envolva compartilhamento de saberes para um objetivo comum.

As compreensões decorrentes dessa experiência podem impulsionar não só a realização de estudos nesse sentido, como a adoção de posturas mais permeáveis à atuação intersetorial e à participação da sociedade civil no desenho das políticas públicas. Contudo, a adoção e implementação da educação interprofissional não é tarefa fácil, uma vez que exige mudanças em diversas dimensões da realidade. No entanto, a aposta é que os ideais da reforma sanitária brasileira que orientaram a idealização do SUS e seus princípios basilares, ofereçam condições para que esse debate se fortaleça no

cenário brasileiro. O fomento para a interprofissionalidade e intersetorialidade encontra no ambiente virtual um aliado para a reflexão e ressignificação de práticas de saúde.

## Referências

- Borde, E., Akerman M., Morales C., Alvarez M.H., & Snyder N.S. (2016). Capacidades de investigación sobre determinantes sociales de la salud en Brasil, Colombia y México. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 34 (3), 330-41. <https://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a07>
- Bourdieu, P. (2013). *Homo academicus*. Tradução Ione Ribeiro Valle, Nilton Valle. 2ª ed. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Bourdieu, P. (2018). *Pierre Bourdieu: conceitos fundamentais*. Editado por Michael Grendel; tradução Fábio Ribeiro. Petrópolis, RJ: editora vozes.
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico: 292. [Acesso em 14 fev 2017]. Disponível em: <https://legislacao.planalto.gov.br>
- Cardoso, M. L. M., Costa, P. P., Costa, D. M., Xavier, C., & Souza, R. M. P. (2017). The National Permanent Health Education Policy in Public Health Schools: reflections from practice. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1489-1500. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
- Carvalho, A. I., Bodstein, R., Hartz, Z., & Matilda, A. H. (2014). Concepções e abordagens na avaliação em Promoção da Saúde. In: Hartz, Z., Potvin, L., & Bodstein, R. *Avaliação em promoção da saúde: Uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a Cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012* (pp. 38-50). Brasília-DF, CONASS.
- Carvalho, S. R., & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>
- Comerlato, D., Matiello, A. M., Colliselli, L., Renk, E. C., & Kleba, M. E. (2007). Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Revista Katálysis*, 10(2), 265-271. <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000200015>
- Czeresnia, D., & Freitas, C. M. (2003). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz:117-39.
- Dias, M. S. D. A., Vieira, F. M. B. R., Silva, L. C. C. D., Vasconcelos, M. I. O., & Machado, M. D. F. A. S. (2016). Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1789-1798. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>
- Dowbor, L. (2002). A comunidade inteligente: visitando as experiências de gestão local. In: Spink, P., Bava, S. C., & Paulics, V. (coord.) *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção* (p. 33-73). São Paulo: Instituto Polis.
- Fernandez, J. C. (2012) A. Autonomia e promoção da saúde. In: Pelicioni, M. C. F., & Mialhe, F. L. (Ed.). *Educação e promoção da saúde: teoria e prática* (pp. 499-512). São Paulo: Santos
- Fernandez, J. C. A., & Mendes, R. (2014). *Promoção da Saúde e Gestão Local*. São Paulo, Hucitec: Cepedoc cidades saudáveis, 2014, 2ª edição.
- Ferreira, I. R. C., Moysés, S. J., França, B. H. S., Carvalho, M. L., & Moysés, S. T. (2014). Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, 19(56), 61-76. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>
- Fleury, S. (2014). *Democracia e inovação na gestão local em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes / Editora Fiocruz.
- Inojosa, R. M. (2001). Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*. São Paulo, 22,102-110.
- Magalhães, R. & Bodstein, R. (2009). Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 861- 68. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300021>
- Mendes, R., Bógus, C. M., Westphal, M. F., & Fernandes, J. C. A. (2013). Promoção da saúde e redes de lideranças. *Physis (UERJ. Impresso)*, 23, 209-226. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000100012>
- Monnerat, G. L., & Souza, R. G. (2009). Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *Revista SER Social*. Brasília, 12(26), 200-220. [https://doi.org/10.26512/ser\\_social.v12i26.12708](https://doi.org/10.26512/ser_social.v12i26.12708)
- Oliveira, M. A. N. (2007). Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5). 585-589.
- Paradis, E., & Whitehead, C. R. (2015). Louder than words: power and conflict in Interprofessional education articles, 1954–2013. *Medical education*, Oxford, 49(4), 399-407. doi: 10.1111 / medu.12668
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., da Silva, J. A. M., & de Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
- Pinell, P. (2011). *Análise Sociológica das Políticas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Prado, N. M. B. L., & Santos, A. M. (2018). Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 379-395. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s126>
- Prado, N. M. B. L., Medina, M. G., & Aquino, R. (2017). Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade. *Saúde em Debate*, 41, 214-227. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s316>
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*, 20(56), 185-197. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
- Scager, K., Boonstra, J., Peeters, T., Vulperhorst, J., & Wiegant, F. (2016). Collaborative learning in higher education: evoking positive interdependence. *CBE Life Sciences Education*, 15(4), 1-9. doi: 10.1187 / cbe.16-07-0219
- Silveira, C., Bocayuva, C., & Zapata, T. (2002). Ações integradas e desenvolvimento local: tendências, oportunidades e caminhos. In: Spink, P., Bava, S. C., Paulics, V. (coord.) *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção* (pp. 245-270). São Paulo: Instituto Polis.
- Souza, A. H. (2015). *Práticas de EAD nas Universidades Estaduais e Municipais do Brasil: cenários, experiências e reflexões*. Florianópolis: UDESC.
- Teixeira, C. F. (2006). Promoção da Saúde: um diálogo permanente. In: Teixeira, C. F., Solla, J. P. *Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família* (pp. 85-108). Salvador: EDUFBA.
- Teixeira, C.F., & Paim, J.S. (2000). Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*, 6(34), 63-80.

## Gênero, Sexualidade e Assistência Ginecológica: A Percepção de Lésbicas, Mulheres Bissexuais e Homens Transexuais

Juliane de Lira Mendes  
Patrícia Pereira Tavares de Alcantara  
José Geraldo de Alencar Santos Junior  
Bruna Stephanie Bernardo da Silva  
Camila Almeida Neves de Oliveira  
Francisca Evangelista Alves Feitosa

### Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado que foi arduamente construída pelos movimentos sociais, estudantis e intelectuais da Reforma Sanitária Brasileira durante a luta pela redemocratização na última década de 1980. Esse mesmo processo resultou na mudança em vários âmbitos, como: jurídico, político, institucional, organizativo e operacional do sistema de saúde no Brasil (Paim & Almeida Filho, 2014).

Conforme a redemocratização, surgiram diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais, sendo atualmente configurada pelo Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTT) no Brasil. A expansão dessas ideias, desde então, vem provocando reflexões e mudanças, a partir da prática ativista, de valores na sociedade (Brasil, 2013a).

A universalidade, equidade e integralidade são princípios orientadores do SUS. Foram embasados na Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 (Brasil, 1990), esta criada para cumprir uma exigência constitucional, na qual diz que é direito de todos e dever do Estado garantir à saúde. Entretanto, diante de barreiras simbólicas que velam o preconceito e o estigma à população LGBTT, o acesso ao serviço de saúde é dificultado, fazendo com que deixe de se cumprir a universalidade. A falta

de conhecimento e/ou o negligenciamento por parte dos profissionais da saúde às demandas específicas desta população impedem a integralidade do cuidado. Assim como, a heteronormatividade nas práticas de saúde, a patologização da diversidade comportamental, a subjetividade preconceituosa de usuários e profissionais e o sexismo institucional obstruem as políticas de equidades (Guimarães, Cavadinha, Mendonça, & Sousa, 2017).

É preciso reconhecer e compreender que essas formas de preconceito não ocorrem de forma isolada, existem outras formas de discriminar socialmente um indivíduo; ao passo que a LGBTfobia ocorre, o machismo, o racismo e a misoginia reforçam o isolamento dessas pessoas (Brasil, 2013a).

Silva (2018) alerta ao reforço dado pelos profissionais da saúde quando desconhecem ou excluem mulheres lésbicas, bissexuais e homens “trans” do risco de desenvolvimento de câncer de colo uterino, câncer de mama e demais doenças apenas pelo comportamento afetivo e sexual estar fora do padrão cis-heteronormativo. Enquanto o preconceito for reproduzido, existirá o afastamento dessas pessoas, em especial, dos homens transexuais e as lésbicas masculinizadas, pois estes não podem esconder-se atrás da feminilidade. É necessário o preparo e a sensibilidade dos profissionais de saúde para o acolhimento de demandas específicas.

Por muito tempo, no que se refere às práticas sexuais dessa população e à contaminação por ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), acreditou-se que eles estavam fora do grupo de pessoas vulneráveis, principalmente as lésbicas e homens “trans” por, geralmente, não haver penetração peniana no ato sexual. Diante do aumento de casos de HIV/AIDS a partir da década de 1980 e um maior envolvimento desse grupo populacional nas pesquisas, essa informação começou a ser desmitificada (Cabral et al., 2019).

Diante disso, a construção da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais é um marco histórico, resultante da luta dos movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos dessa população. Foi viabilizada durante o programa de reestruturação da saúde pública brasileira nos anos de 2008, buscando a difusão de maior equidade, chamado “Programa Mais Saúde – Direito de Todos”, e instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. A partir dessa política, as demandas específicas da população LGBTT foram reconhecidas; não só em combate ao HIV e outras IST, mas no sentido ampliado de saúde, respeitando

os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, a orientação sexual e identidade de gênero foram incluídas na análise de determinação social da saúde. Portanto, a Política LGBTTT tem como característica o entendimento de que existem consequências da discriminação e exclusão ao processo saúde-doença dessa população (Brasil, 2013a).

Entretanto, ao reconhecer essas demandas, a política nacional de equidade deste grupo populacional não é sensível às mesmas necessidades quando se trata do homem transexual que não passou por cirurgia de redesignação sexual. É importante firmar que estes estão vulneráveis igualmente às lésbicas e mulheres bissexuais, tendo a invisibilidade no sistema de saúde brasileiro como um agravante.

Assim, quando se trata de homens transexuais, o déficit de pesquisas e indicadores epidemiológicos que retratam da saúde deles, especificamente, ainda é muito alto, dificultando, portanto, o modo de pensar estrategicamente ações voltadas para esse grupo populacional (Sousa & Iriart, 2018).

Diante dessa problemática, emergem as seguintes questões norteadoras deste estudo: Como ocorre o atendimento ginecológico à população LGBTTT em questão? Existem facilidades e/ou dificuldades que permeiam esse atendimento? Como essa população reconhece o referido atendimento? Qual o nível de consciência dessas pessoas quanto à exposição às ISTs?

Justifica-se a realização deste estudo pela necessidade de discussões ampliadas que permeiam a temática, assim como pela elevada incidência de câncer de colo de útero e mama no quadro epidemiológico de morbimortalidade do Brasil. Um outro fator são as experiências pessoais da autora, enquanto lésbica e usuária do SUS, nos serviços de saúde e o compartilhamento informal dessas experiências com outras mulheres. Além das vivências nos campos de estágio durante toda a graduação, que corroboraram com as pessoas, destacando a ausência dessa população e a falta de campanhas e/ou materiais educativos nos serviços de saúde.

Dessa forma, este estudo torna-se relevante pela experiência que os(as) próprios(as) usuários(as) possuem ante suas especificidades no cuidado ginecológico nos serviços de saúde brasileiro, público e/ou privado, nos variados níveis de atenção. Pautando-se, ainda, no fortalecimento da luta por visibilidade e ressignificação das ações de saúde voltadas a esse grupo populacional em questão.

Diante do exposto o presente estudo se propôs a investigar as vivências no cuidado ginecológico de mulheres cisgêneros lésbicas, bissexuais e homens transexuais nos serviços de saúde brasileiros.

## Metodologia

### Tipo de Estudo

Para investigar as vivências no cuidado ginecológico de mulheres cisgêneros lésbicas, bissexuais e homens transexuais que residem no Brasil, optou-se pela realização de um estudo de campo, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, com a finalidade de conhecer vivências, percepções, opiniões, atitudes, e outras características da subjetividade humana.

Conforme Oliveira, Silva, Gonçalves, Fonseca, Barbosa, Fischer e Luz (2014), a pesquisa descritiva ajudou nas coletas de dados sem interferência do pesquisador de forma ampla através de observações, entrevistas e questionários.

A pesquisa qualitativa, de acordo com Minayo (2002), responde a questões muito particulares. Esse tipo de pesquisa foca em questões que não podem ser quantificáveis. Portanto, ela trabalha com situações de motivos, significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um universo mais profundo dos processos que não podem ser reduzidos às variáveis.

### Local de Estudo

O estudo foi realizado durante o 57º Congresso Nacional da União Nacional dos Estudantes – CONUNE, no Distrito Federal, Brasília, entre os dias 10 e 14 de setembro de 2019. O CONUNE é o maior e mais representativo fórum de discussões e deliberações do movimento estudantil brasileiro. Momento este que reuniu estudantes de todo o Brasil para debater pautas sobre a conjuntura política, a educação e o próprio movimento estudantil.

### Participantes do Estudo

As(os) participantes deste estudo foram mulheres cisgêneros lésbicas, bissexuais e homens transexuais que residem no Brasil, sendo selecionados a

partir dos critérios de elegibilidade.

Os critérios de inclusão utilizados foram: auto afirmar-se lésbica ou bissexual e/ou homem transexual; no caso de homens trans, que não tenham passado pelo procedimento cirúrgico de redesignação sexual; que residam no Brasil; com idade igual ou superior a 18 anos. Já os critérios de exclusão: que possuía alguma limitação que poderia inviabilizar este a comunicar-se efetivamente durante a coleta de dados.

Deste modo, é importante destacar que as contribuições dadas ao estudo foram de forma aberta a participar ou não, partindo do entusiasmo e desejo dos sujeitos.

### **Procedimento e Instrumento de Coleta de Dados**

Para obter a amostragem, foi aplicada a técnica metodológica denominada de “Bola de Neve”; é uma forma de amostragem não probabilística que utiliza cadeias de referências. A partir dessa técnica metodológica, a construção foi da seguinte forma: inicialmente, foram encontrados informantes-chave, denominados como sementes, com a finalidade de auxiliar a pesquisadora a iniciar seus contatos e a tomar conhecimento do grupo a ser pesquisado. Nesta pesquisa, em particular, a semente foi o Levante Popular da Juventude.

Em seguida, foi solicitado aos indivíduos indicados pelas sementes que apontassem novos contatos com as características definidas que estivessem presentes no congresso, tendo como base o próprio Movimento Social, e assim sucessivamente. Dessa forma, o quadro de amostragem cresceu a cada entrevista.

Em um dado momento, o quadro de amostragem tornou-se saturado, não havendo novos nomes indicados ou os nomes encontrados não trouxeram novas informações ao quadro de análise (Vinuto, 2014).

A entrevista foi utilizada para coleta de dados. Através da entrevista, a pesquisadora pode obter informações subjetivas, ou seja, que se relacionam com valores, atitudes, vivências e opiniões dos sujeitos entrevistados, de acordo com Boni e Quaresma (2005).

O instrumento escolhido foi a entrevista semiestruturada, que combinou perguntas abertas e fechadas, na qual o entrevistado teve a possibilidade de discorrer sobre o tema. Assim como, caso acontecesse a dificuldade do informante

com o tema, o entrevistador pudesse dirigir a discussão para ajudar a recompor o contexto ou fazer perguntas adicionais.

O espaço utilizado foi o de auto-organização do Levante Popular da Juventude, mais especificamente através do Setor de Diversidade Sexual e Gênero, para entrevistar os(as) participantes desta pesquisa. Logo, a entrevista foi realizada individualmente e gravada através de um aplicativo de gravação de voz apenas para fins de transcrição; assim, não sendo perdida qualquer palavra ou entonação de voz. A mesma foi realizada em locais estratégicos e viáveis à participação segura dos(as) selecionados(as).

### **Análise de Dados**

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que tem como principal fundamentação teórica a de Representação Social, de acordo com Figueiredo, Chiari e Goulart (2013).

Para esta pesquisa, o DSC foi escolhido como método para a análise de dados. Cada discurso-síntese, elaborado com partes de discursos de sentidos semelhantes, está organizado em um quadro dividido em eixos temáticos. Os eixos temáticos são três, sendo estes: (1) Barreiras na assistência preventiva aos cânceres de mama e colo de útero; (2) Assistência preventiva às Infecções Sexualmente Transmissíveis para quem?; (3) Reconhecendo as necessidades para pautar as mudanças.

### **Procedimentos Éticos**

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi enviado um pedido de autorização para coleta de dados ao movimento social Levante Popular da Juventude por meio de um Termo de Anuência. Em seguida, submetido na Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número de aprovação 3.606.467.

O estudo é fundamentado nos aspectos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas referentes à realização de estudos envolvendo seres humanos (Brasil, 2013b).

A resolução 466/12 considera que os elementos da bioética devem ser incorporados na pesquisa, como autonomia, não maleficência, beneficência

e justiça. Os participantes do estudo necessitam do conhecimento claro e livre do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em qualquer pesquisa, que deve possuir uma linguagem acessível a fim de que todas as pessoas fiquem cientes da sua participação e colaboração, além do poder de decisão de abandonar o estudo a qualquer momento.

Todos os participantes desta pesquisa tiveram acesso às informações pertinentes por meio do TCLE e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (TCPE), que foram disponibilizados, assinados e datados pelo pesquisador e, posteriormente, assinados pelo participante. O TCLE constou de informações esclarecendo sobre os benefícios e/ou riscos da pesquisa, a aplicação do instrumento de coleta de dados e o caráter de sua participação voluntária, fortalecendo assim o princípio ético da autonomia, entre outras informações concernentes ao estudo. O TCPE reafirmou a participação do indivíduo na pesquisa e resguardou o pesquisador quanto a todo e qualquer acontecimento/situação que pudesse vir a surgir com relação a suposta não retirada de dúvidas e/ou questionamentos relacionados à pesquisa. O presente levantamento de dados envolveu um risco mínimo de constrangimento da(o) participante da pesquisa, em função da presença de um pesquisador frente aos dados coletados referentes à assistência ginecológica associada à orientação sexual e identidade de gênero, mas esse teor pode ter reduzido após a garantia do sigilo, privacidade e discricção total.

Os benefícios da pesquisa foram oferecer os resultados como uma ferramenta de impulso científico e para a comunidade central da pesquisa, para ajudar na melhoria da assistência ginecológica às lésbicas, mulheres bissexuais e homens transexuais, como também levantar o assunto dentro da academia.

## Resultados e Discussão

Para a análise dos dados da presente pesquisa foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo, organizado em quadros a partir do discurso-síntese, na qual foram divididos em três eixos descritos na sequência.

Os recortes das narrativas obtidas durante esta pesquisa foram discutidos com base na literatura científica, na perspectiva de estabelecer um diálogo entre os achados.

## Eixo 1: Barreiras na Assistência Preventiva ao Câncer de Colo de Útero e Mama

Neste eixo, os achados da pesquisa tiveram relação com a assistência preventiva ao câncer de colo de útero e ao câncer de mama, desde o acolhimento até a realização do exame colpocitológico e de mamas, tendo em vista as influências que provocam o distanciamento desse grupo populacional ao serviço.

Foram organizados através de quadros, de forma que os discursos convergentes pudessem ser sintetizados formando um Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). E, dentro de cada DSC, foram definidas as ideias centrais dos discursos. Facilitando, assim, o entendimento do assunto.

Quadro 1. Questão 1: Você já fez alguma consulta ginecológica? Se sim, quanto tempo faz? Qual frequência? Se não, por quê?

Ideia Central 1: barreiras para manter uma frequente assistência.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Eu já fiz, mas só uma vez. Eu tinha 13 anos [...] porque tem toda essa questão da sexualidade, porque a gente não tem esse acompanhamento. A gente que é mulher lésbica talvez não consegue conversar de boa com o ginecologista [...] primeiro tem a questão de como eu nasci biologicamente uma mulher, acho que é meio um tabu ainda procurar ajuda ginecológica e tal [...] depois da identidade de gênero piorou [...] eu me senti mais frustrado [...] a primeira vez que eu fui foi muito ruim [...] então acho que por isso eu num consigo fazer... ir com frequência, apesar de saber da importância.</i>
Ideia Central 2: assistência ginecológica frequente.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Sim. A última foi ano passado, em agosto. Todo ano [...] já têm três meses. Depois que eu me assumi foi a primeira vez que eu fiz [...] normalmente eu faço o preventivo de ano em ano. Tipo, quando tem campanha e tal.</i>
Ideia Central 3: assistência ginecológica nunca realizada.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Não, não sei. Nunca pensei sobre isso [...] eu tinha vergonha e depois de um tempo eu só não priorizei [...]. Acho que mais por falta de direcionamento e também pelo tabu que tem [...] porque antes eu não achava necessário. Hoje eu preciso, mas não tenho dinheiro e pelo posto demora muito.</i>

Fonte: Elaboração própria.

O Quadro 1 expõe três discursos formados a partir da primeira questão norteadora do instrumento de coleta. Com base no primeiro discurso, foi captada como ideia central 1 a existência de barreiras para manter a frequente assistência ginecológica dessas pessoas. Sentimento de frustração e tristeza foram observados através das falas, consequência do distanciamento dos sujeitos à assistência preventiva. Apesar de entender a importância da regularidade, experiências ruins em consultas anteriores os fazem não procurar novamente o serviço. Tais experiências, vale ressaltar, estão diretamente ligadas aos tabus e preconceitos dos profissionais em torno da orientação sexual e identidade de gênero, segundo os mesmos relatos.

Silva (2018) vai de encontro às narrativas quando, em sua pesquisa, afirma que os tabus cotidianos refletem nos serviços de saúde, sendo que o enfrentamento a estas barreiras ainda é central para a população LGBTT. Acarretando, pois, o distanciamento destas pessoas às unidades de saúde.

A segunda ideia central foi reunida com base nos discursos de frequência na realização da consulta ginecológica por mulheres, em sua totalidade. Nenhum dos homens relatou ter um acompanhamento frequente, sendo, portanto, encaixados seus discursos nas ideias centrais 1 ou 3.

Crispim, Barreto, Nogueira e Almeida (2018) observam em sua pesquisa a inexistência de atividades que englobam outras mulheres se não as héteros e/ou mães. Faz-se com que o acolhimento às pessoas fora do padrão cisnormativo fique prejudicado, ocorrendo a ausência dessas pessoas nas Unidades Básicas de Saúde.

Dentro dessa perspectiva, a ideia central 3 sintetiza as experiências dessas pessoas fora do rastreamento do câncer de colo de útero e mama. Portanto, retrata a assistência ginecológica nunca realizada por elas. Pode-se visualizar a partir desse DSC que diversas são as razões pela não procura do serviço, mas o mais evidente é a falta de entendimento sobre as próprias necessidades de prevenção ou cuidados com a saúde ginecológica. A percepção é que o déficit de conhecimento acerca da temática é resultante de um longo processo de tabus culturalmente construídos que impedem o livre diálogo e, conseqüentemente, escassez de informações seguras. Quando se fala em educação sexual, a problemática central trabalhada é a gravidez na adolescência e não a conscientização da prevenção de ISTs de forma geral. Menos ainda, a diversidade do comportamento sexual é visualizada como importante.

Quadro 2. Questões 2 e 5: Alguma vez você informou ao profissional de saúde sobre sua orientação sexual? Ou identidade de gênero? Se sim, como foi? Se não, por quê? Já sofreu algum preconceito em consultas ginecológicas? Como foi? Você acha que estava relacionado a sua orientação sexual e/ou identidade de gênero?

Ideia Central 1: não foi questionado pelo profissional.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Nunca. Na verdade, porque não foi perguntado e aí a gente percebe que os profissionais partem do princípio que a gente é hétero, cis [...] eu acho que talvez exista uma normalização em torno da heterossexualidade, assim... e talvez os profissionais não sejam formados pra se atentar que existem outras sexualidade, né!? [...] a questão dos homens trans hoje na sociedade é complicada, né!? [...] a gente não sai muito expondo por causa dos preconceitos, das opressões e tudo mais, aí fica mais complicado [...] não informei, ela (médica) deduziu.</i>
Ideia Central 2: não foi questionado, mas foi informado.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Eu informo, mas nem sempre eles perguntam [...] sim [...] de início ele não perguntou [...] porque até então a consulta tava sendo numa postura pra relações heterossexuais [...] ele começou a falar umas coisas sobre camisinha e tal, e aí eu falei que não fazia uso porque era lésbica. Aí ele falou assim: [...] “você num tem perigo de ter filho então, né!?” falou alguma coisa assim brincando [...] e aí ela perguntou se eu tinha medo de engravidar e eu que não, aí perguntou se eu usava algum tipo de anticoncepcional e eu disse que não [...] eu acho que ela tava preparada... num sei... pra uma mulher hétero e quando falei ela não soube me orientar [...] ficou um clima super estranho e a gente foi pro exame [...] sim, sobre a identidade de gênero, foi mega constrangedor.</i>
Ideia Central 3: preconceito (ou violência) sofrido na assistência ginecológica
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Foi meio constrangedor porque o profissional não estava preparado pra atender uma pessoa trans [...] eu ainda sou tratado como mulher, como uma mulher sapatão [...] você percebe que tem uma coisa que você meio que não se sentiria à vontade pra falar [...] ela só olhou pra minha cara e perguntou: “você já fez sexo de verdade? Tipo, com homem?” [...] o preconceito que digo foi dela não saber me orientar... e orientar, inclusive, que eu experimentasse fazer sexo com homem [...] eu saí de lá desnorreada do mesmo modo que eu fui, sabe!? [...] mais me atrapalhou, porque me deixou com uma certa barreira de voltar no ginecologista e fazer consultas periódicas.</i>

Fonte: Elaboração própria.

No Quadro 2 foram fundidas as respostas das perguntas 2 e 5 pela proximidade da abordagem. Uma se trata de informações dadas ao profissional de saúde, no ato da assistência, sobre a orientação sexual e de gênero. E, a outra, adentra as experiências de preconceito (ou violência) dentro da consulta ginecológica, sendo entendida pela pessoa entrevistada ou não.



A primeira ideia central, de três, é a do profissional que não perguntou sobre a orientação sexual ou identidade de gênero durante o levantamento do histórico do paciente, antecedendo a realização dos exames preventivos. Assim como descrito por Hauer (2017), em que a heteronormatividade é defendida como padrão do comportamento e organização de vidas em torno da heterossexualidade, assim foram os relatos que descrevem o comportamento do profissional de saúde durante a consulta.

O receio das opressões silencia as pessoas com orientação sexual ou identidade de gênero fora do esperado socialmente. Diante de tais dificuldades, os profissionais devem estar abertos, sensíveis e preparados para a escuta ativa e a preparação do ambiente objetivando deixar a pessoa sob cuidado confiante para descrever o comportamento sexual praticado. Para esse tipo de assistência, entender as práticas sexuais é tão importante quanto o respeito à diversidade.

Na segunda ideia central, é relatado o fato de o profissional não perguntar a orientação e identidade de gênero, mas a própria pessoa informar por entender que é algo importante ou pelo direcionamento que o profissional dá durante a consulta, não enxergando outras possibilidade se não a da mulher hétero e que busca prevenir a gravidez, pois, assim como Crispim et al (2018) alertam, o profissional de saúde deve atentar-se para a possibilidade de estar atendendo qualquer pessoa, sem informações pré-formadas.

Por fim, no terceiro quadro, a ideia centro de número três é descrita como o preconceito (ou violência) sofrida na consulta ginecológica por parte dos profissionais de saúde. Por mais que muitos entrevistados tenham respondido que nunca sofreram preconceito, a maioria relatou, no decorrer das falas, momentos nas quais descreviam a situação de preconceito, mesmo que simbólico.

Sousa e Iriart (2018) mencionam a vulnerabilidade dos homens trans à violência dentro de uma sociedade pautada na cisheteronormatividade. Arraigada na prática da aversão às pessoas transexuais, o cuidado e a construção de estratégias para suprir as demandas de saúde dessa população ficam muito abaixo da real necessidade.

A discriminação e o preconceito são elementos fortes para a não cobertura dessas mulheres e homens trans no rastreamento de câncer de colo de útero e mama, influenciando na qualidade do atendimento e forte potencial para o adoecimento, criando barreiras institucionais e deixando-os desassistidos apenas pelo comportamento fora do padrão socialmente aceito.

Quadro 3. Questão 4: Quais as facilidades você encontrou para ter acesso ao devido cuidado ginecológico? E quais as dificuldades?

Ideia Central 1: facilidades de acesso.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>O Sistema Único de Saúde é uma facilidade se a gente pensar historicamente [...] como eu tô na Universidade, eu tenho atendimento [...] há uma certa facilidade porque existe um PSF no bairro [...] tem campanha direto de preventivo, de mama.</i>
Ideia Central 2: dificuldades de acesso.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>As dificuldades são sobre esperar meses por uma consulta, esperar meses por um exame [...] então tem toda uma burocracia [...] muita dificuldade de ter informações [...] moro dentro da Universidade e aí numa zona rural, a cidade é meio precarizada, então não tem uma ginecologista [...] o ambulatório trans da cidade foi fechado [...] e o que era pelo SUS, hoje a gente paga 300, 400 reais em uma consulta [...] a incompreensão da sexualidade [...] eu acho que um pouco de medo mesmo, de novo passar pela mesma situação chata igual aconteceu nessa última vez, sabe!?</i>

Fonte: Elaboração própria.

Diante dos diálogos sintetizados no Quadro 3, foram formadas duas ideias centrais em torno das respostas da questão 4 do instrumento de entrevista. Em suma, uma retrata as facilidades e a outra as dificuldades de acesso aos serviços ginecológicos, respectivamente.

Quando foram mencionadas as facilidades, de acordo com a ideia central 1, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi bastante lembrado pelos participantes. Sendo a maior política de Estado, o SUS, como Paim e Filho (2014) referem, foi construído de forma árdua pelos movimentos de Reforma Sanitária, sendo uma grande conquista do povo brasileiro, esse sistema é reconhecido como a maior facilidade encontrada pelos entrevistados.

Entretanto, as dificuldades também perpassam pelo SUS. Apesar de sua grandiosidade, o sistema de saúde público brasileiro demanda maiores investimentos financeiros. Enquanto isso, as filas de espera e a burocratização dificultam a busca das pessoas pelo acompanhamento ginecológico. Outra dificuldade, que ainda se volta para o SUS, é a ausência de ambulatórios especializados para essa população. As demandas são inúmeras e como já mencionado, as barreiras simbólicas estão presentes. Ambulatórios voltados a

essas pessoas são utilizados como estratégia de aproximação, como na cidade de Recife – PE.

## Eixo 2: Assistência Preventiva às Infecções Sexualmente Transmissíveis Direcionada para quem?

No terceiro eixo é refletido sobre, além de entender a importância da prevenção, ter acesso às opções de métodos preventivos como essencial para o combate as ISTs. Não surte o devido efeito apenas instigar a conscientização quanto aos riscos de contrair ISTs, dar o suporte, assim como é dado às relações heterossexuais, é primordial para o avanço da política de equidade que é voltada a população LGBTT.

Quadro 4. Questão 7: Você acha necessário utilizar barreiras protetivas contra Infecções Sexualmente Transmissíveis? Por quê? Você utiliza alguma? Se sim, qual?

Ideia Central 1: dificuldade de material específico.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Vou ser sincera, não uso. Mas acredito na importância [...] o problema são quais [...] acho que existe uma dificuldade de ter condições de fazer isso, porque num tem nada específico pra isso, assim, nem nada do sexo lésbico [...] se você não tem uma relação heterossexual, por exemplo, e você cresceu ouvindo que [camisinha] é pra não engravidar, sabe que você não corre o risco de engravidar, então você fica, tipo assim... [...] eu acho que falta o “rolê” da prevenção mais feminina [...] acho que falta material específico, acho que falta proteção [...] utilizo camisinha com relações heterossexuais e com mulheres eu não utilizo nada.</i>
Ideia Central 2: déficit de conhecimento sobre IST.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Tal hora a galera disse que é necessário e “tãrã”, mas nem sei direito [...] é normal crescer ouvindo que você precisa usar camisinha, senão você vai engravidar, sabe!? E é só. Não por que previne doenças [...] eu acho que seria necessário em algumas coisas, mas também não sei nem muito em quais, nem como fazer, como seria, assim [...] eu acho importante [...] a depender de com quem a gente se relaciona [...] até hoje eu nunca utilizei porque todas as minhas parceiras sempre foram, assim, pontuais [...] como isso não é falado, a gente nem tem tanta noção das coisas que acontecem.</i>
Ideia Central 3: tipos de barreiras protetivas.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Não tem muitas opções [...] camisinha, no caso se eu for com homem cis [...] é mais pra hétero ou casal gay [...] camisinha feminina que não é muito disseminada [...] vi camisinha pros dedos, pra língua, gel que limpa a mão, coisas do tipo [...] plástico filme pra fazer sexo oral. Tipo, um pouco mais do que eu tava disposta a tentar na minha vida.</i>

Fonte: Elaboração própria.

Os discursos feitos pelos entrevistados são claros quanto à escassez de barreiras preventivas às ISTs. Entender a importância não basta, pensar e desenvolver métodos para outros tipos de comportamento sexual, se não o heterossexual, perpassa as discussões de saúde. O patriarcado e o machismo estão intimamente ligados aos (des)interesses de uma sociedade inteira em visualizar também estas relações, quando são mulheres e/ou homens trans o público central.

Resultante da heteronormatividade, comentada por Hauer (2017), a ordem sexual exige comportamento heterossexual. Logo, tudo o que foge a esse padrão é desconsiderado e invisibilizado, formando, assim, mais uma barreira à população LBT (Lésbicas, Bissexuais e Transexuais) quanto aos cuidados da saúde ginecológica.

A dificuldade de material específico, como trata o primeiro DSC do Quadro 4, é um empecilho real na vida dessas pessoas. Enquanto as pessoas nas relações heterossexuais escolhem quais barreiras utilizar e, ainda, se quer utilizar ou não, a população LBT não tem esse poder de escolha. Apesar de entender que as ISTs também atingem lésbicas e homens trans, no ato sexual não há material específico para esse público.

Cabral et al. (2019) retratam que, ao longo de muitos anos, essa população estava fora do grupo de pessoas vulneráveis a contrair IST. Não por mudanças no comportamento sexual, mas pela ausência de pesquisas. A desmistificação passou a acontecer com a organização do movimento LGBTT e o aumento de casos de HIV/Aids na década de 1980.

Mesmo com a possibilidade de transmissão de HIV em relações homossexuais, e com a comprovação de tal, sua magnitude é desconhecida. Como retrata Facchini e Barbosa (2006) no Dossiê de Saúde das Mulheres Lésbicas, estudos sobre a percepção delas sobre o risco de transmissão do HIV são raros e demonstram que a maioria das mulheres que fazem sexo com mulheres consideram estar em baixo risco.

Como traz o segundo DSC, tendo como ideia central o déficit de conhecimento sobre IST, o “não saber o que fazer” foi diversas vezes repetido ao longo das entrevistas. Retrata, portanto, um reflexo da sociedade que não tem acesso à educação sexual, mas uma construção de tabus acerca da temática que exclui o diálogo aberto.

Além dos riscos de não haver qualquer discussão sobre métodos de prevenir IST, ainda existem os riscos na disseminação de informações errôneas,

como o uso do plástico filme no sexo oral. Não desenvolver material específico reforça a vulnerabilidade, pois objetos são usados apenas como adaptações sem, de fato, suprir as demandas da população LBT.

### Eixo 3: Reconhecendo as Necessidades para Pautar as Mudanças

Guimarães et al. (2017) referenciam a responsabilidade dos movimentos sociais e lideranças na construção de políticas públicas que atendam às principais demandas da população alvo, como aconteceu na construção da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

Entretanto, depois de desenvolvidas as políticas públicas, não há a garantia de sua efetivação. Por isso, no empoderamento da população é importante o entendimento de suas demandas de saúde e daquilo é direito do usuário do sistema de saúde, sendo este o assunto tratado no presente eixo da pesquisa.

Quadro 5. Questão 3: Você acha que esse tipo de informação [orientação sexual e identidade de gênero] é importante em consultas ginecológicas? Por quê?

Ideia Central 1: sexo diferente, abordagem diferente, orientação diferente.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Sim, porque a gente, LGBT, não tem esse fácil acesso a informações sobre o sexo seguro ou alguma coisa do tipo, eu acho que essas informações são mais pra pessoas heterossexuais [...] devem existir cuidados diferentes do que uma mulher hétero precisa ter [...] se você for bi ou sapatão tem algumas especificidades que acredito que é importante informar [...] eu tive que descobrir tudo sozinha e esse caminho torna mais perigoso, né!? Mais fácil que acabe pegando alguma doença [...] acho muito importante ter essa informação e também a pessoa, o profissional saber lidar com isso, saber falar sobre [...] o profissional deve orientar a respeito disso [...] porque, na verdade, a única pergunta que eles fazem é se a gente tem relação sexual, não pergunta com quem.</i>
Ideia Central 2: preconceito como determinante.
Discurso do Sujeito Coletivo: <i>Acho que não necessariamente isso, acho que é necessário pegar mais, tipo, tá tendo parceiro ou não, coisas do tipo [...] porque é algo pessoal, você não tá escondendo, mas é algo... tipo, você não precisa ficar informando pra sociedade que você é hétero [...] e você tem que sempre falar como se precisasse se explicar, sabe!?</i>

Fonte: Elaboração própria.

Como demonstra a primeira ideia deste eixo, parte das pessoas entrevistadas têm consciência daquilo que é necessário para elas, enquanto saúde, assim como, é real a lacuna nas informações sobre como manter uma relação sexual de forma que proporcione a proteção de IST, além da heteronormativa.

A percepção do cuidado diferenciado dentro dos diversos tipos de comportamento sexual é presente nos discursos da maioria das pessoas, embora não saibam como cuidar-se, proteger-se ou onde buscar estas informações.

O entendimento dos profissionais de saúde, responsáveis por consultas ginecológicas, sobre as relações sexuais e como são feitas, é essencial na conduta clínica do procedimento, pois, entendendo as relações, são tomadas decisões diferentes. Como, por exemplo, se é necessário ou não a realização de testes rápidos, o que recomendar de barreiras contra IST, o que abordar na educação em saúde, se há recomendação para encaminhar a outro equipamento. Ou seja, são muitas condutas diferentes que podem levar a uma assistência de qualidade e assertiva, vai depender do comportamento sexual da pessoa sob cuidado.

E, envolvendo tudo isso, o conhecimento das pessoas LBT acerca de suas demandas em saúde é primordial. Entendendo que, caso o profissional não esteja atento, o usuário saberá quais informações são importantes, se deve procurar a gestão para sugerir mudanças no atendimento ou se há necessidade de procurar outro profissional melhor capacitado para suas demandas.

De acordo com Oliveira e Nery (2016), são reconhecidos os avanços conquistados por essa população em questão, entretanto, a heteronormatividade é tão enraizada na cultura brasileira que a população LGBTTT é determinada a estar atenta em todos os espaços que frequenta, inclusive na consulta ginecológica.

Como desenvolve a segunda ideia central do Quadro 5, o preconceito determina o entendimento de pessoas LBT quando relaciona a exposição da sexualidade a uma forma de se justificar diante da sociedade. Não perceber essa informação como importante, nesse sentido de cuidado da saúde, também é demonstrar o quão perigoso para a própria saúde são os preconceitos sofridos diariamente por estas pessoas.

Quadro 6. Questão 6: Você acha necessário para o cuidado da sua saúde realizar o exame de Papanicolau? E o exame de mama?

Ideia Central 1: autopercepção de cuidado.
Discurso do Sujeito Coletivo: Sim [...] de mamas também, sempre faço [...] o autoexame eu faço sempre [...] nós mesmas temos que identificar alguma coisa através do toque. É nosso corpo, a gente tem que conhecer.
Ideia Central 2: orientação sobre autoexame das mamas nas consultas.
Discurso do Sujeito Coletivo: Exame de mama não, só o Papanicolau [...] é só o toque, né!? [...] inclusive, esse assunto nem foi mencionado [...] nem orientou, nem nada.

Fonte: Elaboração própria.

Um consenso nos discursos foi a importância do exame de colo de útero e de mamas, ainda que, parte significativa destas pessoas nunca tenham realizado. A ideia do cuidado com as mamas é bem disseminada entre as mulheres cis com campanhas midiáticas (Outubro Rosa), assim, foi mencionado o autoexame das mamas entre as mulheres entrevistadas, como visto na primeira ideia central do Quadro 6.

Decerto, os homens transexuais relataram o desconforto em todas as etapas da assistência ginecológica, desde o acolhimento até o exame em si. Portanto, a auto percepção de sua saúde é intensificada ao passo que os equipamentos de saúde não estão preparados para recebê-los.

Todavia, na mesma pergunta, houve relatos sobre a não abordagem do profissional no momento da consulta sobre o autoexame das mamas. Sabendo que não há como prevenir os cânceres de colo de útero ou mama, mas sim a detecção precoce, a consulta ginecológica precisa estar completa, ao passo que uma etapa é equivocada ou ignorada, prejuízos podem ser sofridos por estas pessoas.

## Considerações Finais

A presente pesquisa oportunizou a concretização de um estudo com um público mais amplo com relação à assistência ginecológica, visto que em pesquisas anteriores havia essas limitações. Além da percepção de lésbicas e mulheres

bissexuais, como já existem, os homens transexuais também puderam relatar suas vivências e percepções com relação a esse atendimento. Embora em menor número, eles contribuíram na relevância do estudo e em sua complexidade.

Apesar da conquista da política pública específica para essa população, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais deve ser reformulada com a inclusão do homem trans como público alvo de atendimento ginecológico na política. Conseqüentemente, devendo haver a inclusão desses homens nos cuidados normalmente voltados apenas para as mulheres cis, desde o planejamento reprodutivo até os exames preventivos de câncer de colo de útero e mamas.

Para que aconteça essa inclusão no atendimento, conhecer onde estão essas pessoas é essencial. Portanto, deverá ser feito o mapeamento no território de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) através do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e possíveis parceiros, como: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e escolas. Sabendo que envolve diversas facetas de uma problemática, esse mapeamento deve ser feito da forma sensível às particularidades e possíveis barreiras individuais.

O elo de confiança entre as pessoas LBT e os profissionais de saúde do território deve ser fortalecido após o mapeamento. Tendo em vista o acompanhamento ginecológico, os profissionais deverão preparar-se de forma que a dignidade e o respeito à diversidade deverá estar presente desde o nome social, flexibilização da rotina de exames de Papanicolau, conhecimento das especificidades, até o atendimento sigiloso, se for o interesse do usuário.

Percebeu-se também a insegurança do público alvo da pesquisa, principalmente quando foi levantado o conhecimento acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis – encontrando-se, destarte, mais uma lacuna formativa. Como cenário de formação social, as escolas devem ser ferramentas no combate às opressões – além de ser, geralmente, na adolescência o período de reconhecimento da identidade de gênero e orientação sexual das pessoas. Sendo melhor abordada a temática, os adolescentes estarão mais aptos a respeitar a diversidade sexual, a prevenir ISTs nos variados comportamentos sexuais e desenvolver maior segurança ao falar sobre o assunto, chegando a sua devida normalidade.

Portanto, o vínculo das equipes da ESF com as escolas de seu território deve ser fortalecido. Sabendo que a pauta ainda permanece protegida, uma tática para abrir a

discussão é a formação inicial de gestores educacionais, professores e pais/responsáveis. Essa é uma forma de conhecer as demandas da comunidade, de uma forma geral, e, paralelamente, quebrar as barreiras do diálogo relacionadas à temática.

Nessa perspectiva de desenvolver o Programa Saúde na Escola (PSE) e sabendo da inutilidade da camisinha para a proteção contra ISTs para lésbicas e homens trans, a idade estabelecida para a vacina contra o HPV deve ser revisada de acordo com as especificidades. Podendo haver a necessidade de estender o período de vacinação como estratégia de proteção aos mais vulneráveis.

Apesar da Unidade Básica de Saúde ser a principal porta de entrada do SUS, a partir das entrevistas, foi possível o entendimento que ainda estamos longe dessa realidade para a população LGBTQT. De acordo com as barreiras na prevenção de ISTs com esse público, outro viés a ser implantado pelo Sistema Único de Saúde deve ser os ambulatorios específicos à população LGBTQT. Assim, o ambiente e os serviços serão, de forma acolhedora, estratégicos às suas demandas. Sendo outra alternativa de porta de entrada no sistema, fortalece o cuidado integral e equânime.

Aponta-se como uma limitação deste estudo o desafio de analisar os dados obtidos sem grande aporte teórico bibliográfico disponível. Apesar de maior diálogo sobre as orientações sexuais e identidades de gêneros, ainda existem diversas lacunas que permeiam a sociedade e se refletem nos serviços de saúde.

Dito isso, futuros estudos poderão contribuir com a divulgação e/ou desenvolvimento de instrumentos de prevenção de IST para o comportamento sexual entre pessoas de gênero feminino cis e para homens trans. Reconhecer a importância da prevenção de ISTs está em constante avanço, porém as dificuldades de proteção estão na pouca ou nenhuma opção de material específico para esses tipos de comportamentos sexuais.

Espera-se assim, que a pesquisa subsidie amplas discussões acerca desta temática, tanto no ambiente acadêmico quanto na sociedade de forma geral.

## Referências

- Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. Em *Tese*, 2(1), 68-80. Retrieved from <https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento

dos serviços correspondentes e dá outras providências. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)

- Brasil (2013a). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexual, Travestis e Transexuais. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013b). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diário Oficial da União, DF, 13 jun. (12). Seção 1, p. 59-59.
- Cabral, K. T. F., Pereira, I. L., Almeida, L. R. D., Nogueira, W. B. D. A. G., Silva, F. V. D., & Costa, L. D. F. P. (2019). Assistência de enfermagem às mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 79-85. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i01a237896p79-85-2018>
- Crispim, J. E. B., Barreto, E. F., de AG Nogueira, W. B., & de Almeida, S. A. (2018). Assistência de enfermagem à mulher lésbica e bissexual na atenção básica: protocolo de atendimento. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 10(Especial), 34-39. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v10.7599>
- Facchini, R., & Barbosa, R. M. (2006). Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. In *Dossiê saúde das mulheres lésbicas: promoção da equidade e da integralidade*. Retrieved from [http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie\\_da\\_saude\\_da\\_mulher\\_lesbica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dossie_da_saude_da_mulher_lesbica.pdf)
- Figueiredo, M. Z., Chiari, B. M., & de Goulart, B. N. (2013). Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. *Distúrbios da Comunicação*, 25(1). Retrieved from <https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/14931/11139>. pdf
- Fraga, L., & Carneiro, C. C. G. (2016). Saúde coletiva: teoria e prática. Jairnilson Silva Paim e Naomar de Almeida-Filho (orgs.). 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p. Trabalho, Educação e Saúde, 14(1), 313-315. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00104>
- Guimarães, R. D. C. P., Cavadinha, E. T., Mendonça, A. V. M., & Sousa, M. F. (2017). Assistência a população LGBT em uma capital brasileira: o que dizem os Agentes Comunitários de Saúde?. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 11(1), 121-139. Retrieved from <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2327.pdf>
- Hauer, M. (2017, julho). Saúde De Mulheres Lésbicas na Atenção Primária: Expectativas de Usuárias do Sistema Único de Saúde. Seminário Internacional Fazendo Gênero 11 & 13th Women's Worlds Congress (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017, ISSN 2179-510X. Retrieved from [http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499386647\\_ARQUIVO\\_SaudedemulhereslesbicasnaAtencaoPrimariaexpectativasdeusuariasdoSistemaUnicodeSaude.pdf](http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499386647_ARQUIVO_SaudedemulhereslesbicasnaAtencaoPrimariaexpectativasdeusuariasdoSistemaUnicodeSaude.pdf)
- Minayo, M. C. D. S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (21ª edição). Petrópolis: Editora Vozes.
- Oliveira, A. D. D. S., & Nery, I. S. (2016). Mulheres que fazem sexo com mulheres: atitudes e práticas sobre prevenção ao HIV/AIDS. *Revista de Enfermagem UFPI*, 10-17. Retrieved from <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5177/pdf>
- Oliveira, A. B. S., Silva, C. F., Gonçalves, C.A., Fonseca, J. R. H., Barbosa, K. E. Fischer, M. A., & Luz, R. A. (2014). *Manual de metodologia científica*. (2. Edição). Itumbiará- GO. Retrieved from [https://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/14131809042014Introducao\\_a\\_Metodologia\\_Cientifica\\_Aula\\_1.pdf](https://www.cesadufs.com.br/ORBI/public/uploadCatalogo/14131809042014Introducao_a_Metodologia_Cientifica_Aula_1.pdf)
- Paim, J. S., & Almeida Filho, N. D. (2014). Saúde coletiva: teoria e prática. In *Saúde coletiva: teoria e prática* (pp. xvi-695).

Silva, D. F. D. M. (2018). Trajetórias de atendimento e cuidado nos Serviços de saúde a Lésbicas e Bissexuais do agreste Pernambucano. (Bacharelado). Universidade Federal de Pernambuco. Vitória de Santo Antão, PE, Brasil. Recuperado de <https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/26020/1/SILVA%2c%20DANIELE%20FELIX%20MELO.pdf>

Sousa, D., & Iriart, J. (2018). “Viver dignamente”: necessidades e demandas de saúde de homens trans em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34, e00036318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036318>

Vinuto, J. (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, Campinas, 22(44), 203-220. <https://doi.org/10.20396/tematicas.v22i44.10977>



**SEÇÃO D**

**Diálogos com o Centro-Oeste**

## Promoção da Saúde para uma Vida Melhor: Um Estudo Etnográfico do Programa Academia da Saúde no Estado de Goiás

Fernanda Ramos Parreira  
Marta Roverly de Souza

Criado em 2011, o Programa Academia da Saúde (PAS, Brasil, 2011) surge como uma proposta de tornar concreta a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Com inspiração em iniciativas como “Agita São Paulo” e “Programa Academia da Cidade”, experiências criadas e fomentadas nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco, com enfoque na atividade física e visando a mudança de hábitos e comportamentos, bem como a melhoria dos modos de vida da população.

Em sua portaria de criação, n. 719, de 7 de abril de 2011, o enfoque dado ao programa estava em oportunizar a articulação intra e intersetorial e potencializar as ações integradas entre Atenção Primária, Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde. Em sua portaria de redefinição do programa – Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013 (Brasil, 2013) –, reforça a necessidade de integrar as ações entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, centralizada na promoção da saúde, prevenção e atenção de doenças e agravos não transmissíveis (Brasil 2011).

Em seu artigo 2º, a portaria que institui o Academia da Saúde expõe como objetivo central do programa de “[...] contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (Brasil, 2013, p. 1). Logo, o programa é considerado um serviço integrado aos diversos serviços e redes de atenção à saúde, com enfoque a Atenção Primária à Saúde (APS).

No programa são considerados valores e princípios relacionados ao fortalecimento da participação social, a mobilização comunitária e ao

*empoderamento* individual e coletivo. A valorização do controle social e da participação comunitária encontra-se atrelada a constituição de grupo de apoio à gestão do pólo “Academia da saúde, formado pelos gestores, profissionais, usuários e lideranças comunitárias.

A participação social é um componente importante à mensuração do grau de democracia em uma sociedade, como aponta Dahl (2005). Com isso faz-se referência à convergência entre duas dimensões de democratização, a contestação pública e o direito de participação, ambos fundamentais para o fortalecimento da democracia brasileira nas políticas de saúde engendradas após a criação da “Constituição Cidadã” e desde a Lei Orgânica n. 8.080/1990, que reverbera nas políticas públicas de saúde criadas recentemente, a exemplo da Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2017, a participação comunitária é apontada como uma das nove diretrizes elencadas na política, e destaca a importância de incentivar a participação dos cidadãos visando ampliar a autonomia e a capacidade do auto-cuidado e o cuidado das coletividades do território, através da articulação intra e intersetorial e a integração de ações e serviços de saúde (Brasil, 2017a).

Na versão revisada da Política Nacional de Promoção da Saúde, a nova PNPS, a participação da comunidade está presente nos princípios, nos valores fundantes e nas diretrizes da política. Como princípio, a participação social é vista como as intervenções pautadas na visão de atores distintos, seja de cunho individual, sejam coletivas. Suas atuações são necessárias à identificação das demandas e necessidades dos territórios e corresponsáveis pelo processo de tomada de decisão, planejamento, implantação, implementação e avaliação.

Enquanto diretriz, na PNPS aponta-se o “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” (Brasil, 2014, p. 13).

Esse capítulo é fruto de estudo desenvolvido durante pesquisa de doutorado, no período de 2016 a 2019, na linha de pesquisa “Direitos Humanos, Violência e Diferença”, e aborda a etapa de pesquisa de campo realizada junto a

quatro municípios do estado de Goiás que possuem pólos do programa Academia da Saúde em funcionamento. Foram realizadas 21 entrevistas com coordenadores, profissionais e usuários do programa. Aos coordenadores e profissionais foram aplicadas entrevistas semiestruturadas, e aos usuários foram realizadas entrevistas do tipo episódicas, visando captar narrativas vinculadas ao cotidiano dos entrevistados-usuários. Utilizou-se ainda a técnica de observação direta e ocorrida durante o período de coleta de dados nos territórios pesquisados.

Inicialmente, o capítulo descreve os territórios investigados em relação ao programa Academia da Saúde e sua configuração sociodemográfica. Em seguida, aporta-se ao conceito de participação social buscando identificar a forma de acesso e participação dos sujeitos entrevistados junto aos polos do programa e compreender as lacunas e desafios existentes ao fortalecimento da participação social e a mobilização comunitária no contexto da saúde pública, em especial à promoção da saúde.

### O Programa Academia da saúde como estratégia de ambientes e territórios saudáveis

A promoção da saúde, normativamente, trata do reconhecimento de que as condições de vida, trabalho, lazer e demais componentes socioeconômicos impactam qualitativamente na saúde. Ou seja, os modos de organização e produção da sociedade conectam-se com a noção de determinação social da saúde. Reconhecer isso é o primeiro passo para a ruptura com um sistema [re] produtor de desigualdades e iniquidades.

A Nova Promoção da Saúde é uma tentativa de romper com uma lógica hegemônica que atua no processo saúde-doença a partir de uma reflexão crítica e democrática por meio do **empoderamento** social e da valorização da autonomia para além de enquadramentos sociais ancorados em modos e estilos de vida considerados corretos (Akerman, 2015).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), baseada no princípio de regionalização proposto pelo SUS, destaca como eixo operacional a **territorialização**, que decorre do processo de regionalização da política a partir de programas e ações implementadas nos territórios, pois a PNPS

a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização dos serviços de saúde e para organizar a RAS;

b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios;

c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e de acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer as identidades regionais (Brasil, 2014, p. 2).

A perspectiva da promoção da saúde parte, inclusive, de uma discussão sobre a importância da atuação da saúde pública no contexto de cidades e ambientes saudáveis, pois traz, em seu arcabouço teórico, as premissas da concepção de saúde ampliada e vinculada ao paradigma de produção social da saúde, como traz a Carta de Ottawa (World Health Organization, 1986) e que são debatidos por autores dessa área (Czeresnia, 2003; Green, Poland e Rootman, 2000; Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny, & Monticelli, 2006; Lefevre & Lefevre, 2004, 2007; McQueen & Jones, 2007; Withelaw et. al., 2001).

Na Carta de Ottawa (World Health Organization [WHO], 1986), para a incorporação da perspectiva da promoção da saúde são necessários:

[...]

1. Elaboração e implementação de 'políticas públicas saudáveis';
2. Criação de 'ambientes favoráveis à saúde';
3. Reforço da 'ação comunitária';
4. Desenvolvimento de 'habilidades pessoais';
5. 'Reorientação do sistema de saúde' (Buss, 2003, p. 26).

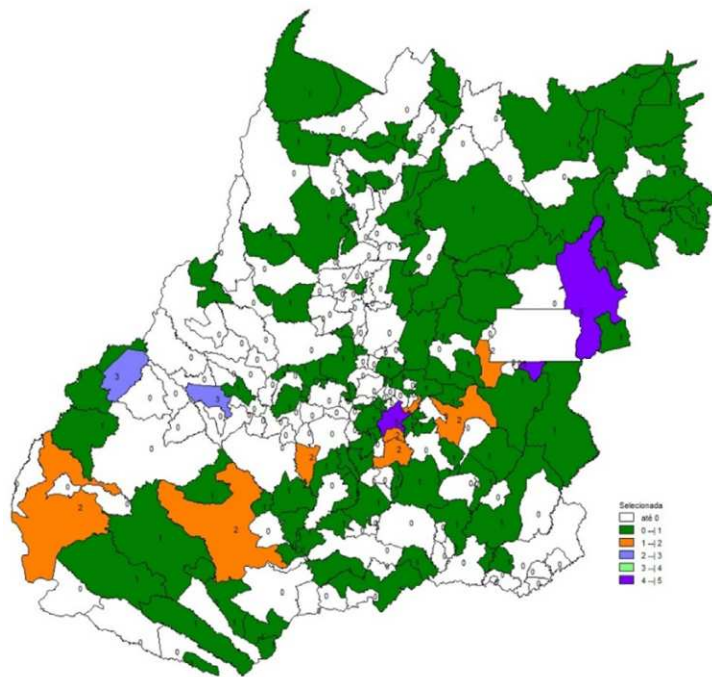
O potencial do Programa Academia da Saúde de difundir os princípios e as ações da promoção da saúde se mostra por sua capacidade de expansão no território, uma vez que 2.618 municípios estão habilitados junto ao programa, em um universo de 5.570 municípios registrados no ano de 2017, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE] (2017). Isso significa



que os municípios habilitados no PAS representam, percentualmente, 47% dos municípios brasileiros. Evidentemente, não é suficiente somente a expansão territorial para que o modelo de promoção da saúde se implemente no território, mas sua expansão é o primeiro passo para que esse processo de mudança de concepção e visão do campo da saúde se efetive.

Em Goiás, é possível avaliar que houve boa expansão ao longo dos anos, de 2014 que havia 72 municípios habilitados, passou-se a 122 municípios, no ano de 2017, dos 246 municípios do Estado, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1. Distribuição de polos nos municípios do estado de Goiás, no ano de 2017.



Fonte: elaborado pelas autoras em programa Tabwin, utilizando dados do Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde (Brasil, 2017b).

A implantação de polos do Programa Academia da Saúde oportuniza a discussão teórico-conceitual e sobre as práticas de saúde com foco na perspectiva da promoção da saúde, especialmente na relevância de se instituírem espaços e ambientes saudáveis.

Ao desenvolver um estudo que se volta a avaliação de políticas e programas de saúde é importante investigar lugares com condições sociais e econômicas distintas, propiciando uma análise da representatividade do programa nesses territórios. Os quatro municípios pesquisados – Aparecida de Goiânia, Hidrolândia, Mineiros e Ouro Verde de Goiás – tem distribuição espacial e demográfica distinta e isso influenciou na escolha dos locais onde foram instalados os polos do Programa Academia da Saúde.

Os municípios de Aparecida de Goiânia e Mineiros possuem dois polos do Programa Academia da Saúde cada um, enquanto os dois municípios de menor porte de urbanização – Hidrolândia e Ouro Verde de Goiás – possuem apenas um polo habilitado e em funcionamento. Aparecida de Goiânia e Mineiros estão entre os 20 municípios mais populosos de Goiás, o primeiro ocupava, em 2018, o 2º lugar, e o segundo estava no último lugar (IBGE, 2018a). Hidrolândia, conforme estimativa populacional (IBGE, 2018a), é o 54º (quinquagésimo quarto) município mais populoso e Ouro Verde de Goiás fica na posição 173 (cento e setenta e três).

É interessante notar que o município de Ouro Verde de Goiás é considerado predominantemente rural e mostra taxa de crescimento geométrica populacional negativa (-0,22, em 2017). No Censo Populacional (IBGE, 2010), o referido município contava com 4.034 (quatro mil e trinta e quatro) habitantes, sendo estimado, para o ano de 2017, uma queda nesse número para 3.971 (três mil, novecentos e setenta e um) habitantes. A distribuição populacional de Ouro Verde de Goiás e dos demais municípios participantes da pesquisa de campo, de acordo com o Censo Demográfico 2010, segue a tendência nacional e mundial de processo de envelhecimento populacional (IBGE, 2010).

Em relação ao incentivo financeiro disponibilizado aos municípios com programa implantado, aproximadamente 21% (vinte e um por cento) dos municípios respondentes do formulário eletrônico do SUS (FormSUS), em 2017 (n = 122), no estado de Goiás afirmaram receber incentivo de custeio mensal, previsto na Portaria n. 1.707, de setembro de 2016 (Brasil, 2016).

Mota, Viana e Bousquat (2016) destacam que mesmo havendo previsão de contrapartida municipal para implementação do programa Academia da Saúde, o que se observa é a dependência financeira dos municípios, especialmente de pequeno porte, para manutenção do pólo e suas respectivas atividades desenvolvidas. É

ressaltada pelos autores que a implantação do programa ocorre de forma indutiva e com o incentivo financeiro do Ministério da Saúde aos municípios.

Os quatro municípios participantes da pesquisa recebem, em sua totalidade, pelo menos para um polo, o incentivo de custeio mensal de manutenção do PAS. Em relação aos repasses realizados na modalidade “Fundo a Fundo”, excetuando-se o município de Aparecida de Goiânia, que tem recursos mais expressivos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, os demais apresentam mais financiamento para o bloco destinado à Atenção Básica no período de 2015 a 2017 (IBGE, 2018b).

Ainda, partindo dessa configuração de fortalecimento da APS nos territórios brasileiros, o que se mostra no estado de Goiás, de acordo com os municípios habilitados ao PAS e respondentes do FormSUS 2017, é a Atenção Primária como responsável pela gestão do PAS (78%); em torno de 16% compreendem como sendo um programa com gestão compartilhada entre Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde. Isso pode ser considerado uma dificuldade da gestão municipal e estadual em atuar de forma articulada intrasetorialmente e sem compreender as bases que fundamentam a criação do programa.

Durante o ciclo de monitoramento anual do Programa Academia da Saúde, no ano de 2017, levantou-se o grau de representação e participação das áreas e equipes (a exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família [NASF]) envolvidas com as ações e atividades desenvolvidas nos polos em funcionamento no estado de Goiás.

Dentre os municípios habilitados no programa, 79,5% possuem NASF implantado. Quanto à disponibilidade dos profissionais do NASF para planejamento conjunto e suporte técnico ao Programa Academia da Saúde, 20,3% dos respondentes não recebem apoio significativo; 29,7%, apoio regular; e 50% apoio pontual.

O próprio Programa Academia da Saúde passa a se constituir em um espaço de fortalecimento da humanização e à integralidade do cuidado. Nesse contexto, conseqüentemente, equipamentos de saúde como o Programa Academia da Saúde passam a ser incorporados à organização dos serviços de saúde. Em um dos polos visitados é possível observar essa intenção de tornar o polo do programa em um espaço voltado à integralidade do cuidado, e expresso como arte de rua (Grafite) na frase “Saúde + Vida = Vida Melhor”, conforme Figura 2.

Figura 2. Registro fotográfico de Polo do Programa Academia da Saúde (POLO F).



Fonte: Acervo próprio (2017).

A disponibilidade de equipamentos sociais e serviços de saúde impactam no desenvolvimento socioeconômico de determinado território e reforça a compreensão da determinação social. Trata-se de assumir a “[...] visão saúde-doença como resultante de um processo social [...]” (Garbois, Sodré, & Dalbello-Araújo, 2017, p. 65) e que investimentos, sob a ótica intersetorial, influenciam os indicadores sociais, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano, da taxa de mortalidade materna, da taxa de mortalidade infantil, da proporção de pobres, dentre outros. Pontua-se que os municípios que apresentam melhor infra-estrutura, disposição de bens e serviços e suporte de recursos humanos capacitados aos seus munícipes podem alcançar melhores indicadores sociais (Tabela 1).

Tabela 1. Relação de indicadores sociais dos quatro municípios pesquisados, 2010.

Município	Índice de Gini <sup>a</sup>	IDHm <sup>b</sup>	Taxa de Alfab. <sup>c</sup>	TMI <sup>d</sup>	Ppob <sup>e</sup>	Rdpc <sup>f</sup>	Taxa de analfab. <sup>g</sup>	Água <sup>h</sup>
Aparecida de Goiânia	0,49	0,718	95,04	13,2	5,22	689,30	5,30	98,43
Hidrolândia	0,47	0,706	93,49	13,7	5,31	651,41	7,09	97,81
Mineiros	0,56	0,718	93,03	12,6	6,03	869,04	7,55	98,38
Ouro Verde de Goiás	0,49	0,719	89,19	14,2	13,50	525,12	11,79	95,58

Nota. Fonte: elaborada pelas autoras com base em dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010).

<sup>a</sup> Mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima). <sup>b</sup> Índice de Desenvolvimento Humano municipal. <sup>c</sup> Taxa de alfabetização. <sup>d</sup> Taxa de Mortalidade Infantil. <sup>e</sup> Proporção de pobres (considerando os indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010). <sup>f</sup> Renda per capita (razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 1º agosto de 2010). <sup>g</sup> Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nessa faixa etária multiplicado por 100). <sup>h</sup> Percentual da população que vive em domicílios com água encanada.

Ao tratarmos dos aspectos que afetam o processo de saúde-adoecimento-doença é importante considerar aqueles que geram desigualdades e iniquidades em saúde (Arcaya, Arcaya e Subramanian, 2015; Becerra Posada & Mujica, 2016; Mujica, 2015). As condições sociais de vida e saúde influenciam substancialmente, impactando, inclusive, nos dados de mortalidade. Retoma-se a concepção ampliada de saúde e do paradigma de produção social da saúde para compreender que fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais são condicionantes e de determinação social (Butler, 2015; Carvalho, 2013; Czeresnia, 2003; Lefevre & Lefevre, 2004). Essa conjuntura reverbera na tomada de decisão, na elaboração de políticas públicas e nos tipos de ações e atividades priorizadas, especialmente no Programa Academia da Saúde.

Acerca dos dados de mortalidade preliminarmente disponíveis no portal de informações de saúde (SIM/DataSUS), estes apresentam convergência em relação ao cenário de mortalidade nacional, mundial e nos locais pesquisados (Tabela 2), compreendendo as quatro causas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e advindas de doenças do aparelho respiratório.

Tabela 2. Proporção de óbitos, por sexo e causa, nos quatro municípios pesquisados, no ano de 2016.

Causa do óbito (CID BR10a)	Aparecida de Goiânia				Hidrolândia			Mineiros			Ouro Verde de Goiás		
	Sexo				Sexo			Sexo			Sexo		
	Masc	Fem	Ign	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total	Masc	Fem	Total
Doenças infecciosas e parasitárias (CID 001-031)	120	110	0	230	8	8	16	4	3	7	2	-	2
Neoplasias (CID 032-052)	193	210	0	403	10	6	16	33	16	49	1	1	2
Sangue e org hematológicos (CID 053-054)	3	6	0	9	-	-	-	1	2	3	-	-	-
Endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID 055-057)	48	41	0	89	4	6	10	12	7	19	2	2	4
Transtornos mentais e comportamentais (CID 058-059)	13	10	0	23	3	2	5	5	2	7	-	-	-
Doenças do sistema nervoso (CID 060-063)	31	27	0	58	3	0	3	5	9	14	-	-	-
Doenças do ouvido e da apófise mastoide (CID 065)	-	1	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças do aparelho circulatório (CID 066-072)	454	330	0	784	24	9	33	50	44	94	10	7	17
Doenças do aparelho respiratório (CID 073-077)	174	125	0	299	7	7	14	15	12	27	1	2	3
Doenças do aparelho digestivo (CID 078-082)	120	63	0	183	8	2	10	20	8	28	1	-	1

Doenças da pele e tecido subcutâneo (CID 083)	6	3	0	9	1	-	1	-	-	-	-	-
Doenças sist osteomusc e tecido conjuntivo (CID 084)	6	4	0	10	-	-	-	-	-	-	-	-
Doenças do aparelho geniturinário (CID 085-087)	28	30	0	58	2	-	2	6	7	13	-	-
Gravidez, parto e puerpério (CID 088-092)	-	3	0	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Afecções origin no período perinatal (CID 093-097)	32	31	0	63	2	-	2	10	4	14	1	-
Malf confên, deform e anomal cromossômicas (CID 098-100)	21	18	1	40	-	2	2	5	3	8	-	-
Sint, sin e ach anorm clín. e lab, ncop (CID 101-103)	20	10	0	30	1	-	1	4	-	4	1	-
Causas externas de morbidade e mortalidade (CID 104-113)	451	70	0	521	13	5	18	43	8	51	2	2
Total	1720	1092	1	2813	86	47	133	195	117	312	17	13

Nota. Fonte: elaborada pelas autoras com base em dados disponíveis em MS/SVS/CGIAE, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (dados preliminares, 2016). a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Percentualmente, a causa que mais impacta na mortalidade das populações dos quatro municípios investigados é oriunda de doenças cardiocirculatórias, representando, em alguns casos, mais de 50%, a exemplo no município de Ouro Verde de Goiás (56,7%), seguindo por Mineiros (30,1%), Aparecida de Goiânia (27,9%) e Hidrolândia (24,8).

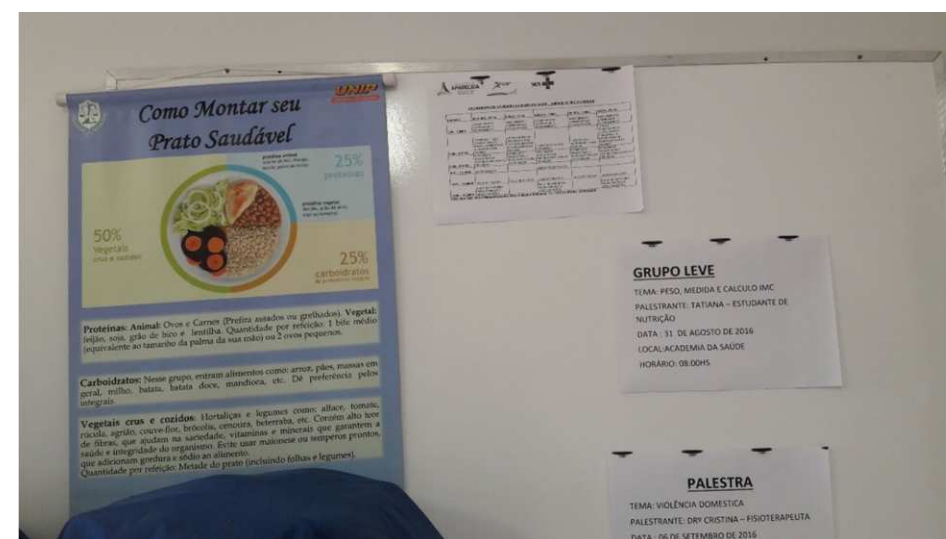
A preocupação quanto às doenças crônicas não transmissíveis e a redução da mortalidade prematura (abaixo de 70 anos) advém dos objetivos presentes

no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNTs) e que subsidiou a primeira versão da PNPS, e, por conseguinte, o Programa Academia da Saúde. Não obstante, é um ponto limitador, que se sustenta na perspectiva preventivista e de orientação negativa da saúde.

Dos polos respondentes ao monitoramento (n=75), em 2017, 98,7% informam desenvolver ações focadas nas práticas corporais/atividade física, 92% desenvolvem práticas de educação em saúde e 85,1% atividades de promoção de alimentação saudável. Nesse contexto, os profissionais de saúde vinculados ao Programa Academia da Saúde são aqueles que atuam com tais temáticas apresentadas na PNPS (Brasil, 2006) – práticas corporais/ atividade física, alimentação saudável e adequada.

Esse enfoque nas práticas corporais e na alimentação saudável foi evidenciado tanto nos dados disponíveis via FormSUS, bem como durante pesquisa de campo, corroborado com os registros de imagens dos polos visitados (Figura 3 e 4). Durante as visitas, foi possível identificar uma preocupação em publicizar as atividades desenvolvidas junto aos polos, com destaque para as atividades vinculadas à temática de alimentação saudável e práticas corporais.

Figura 3. Registro fotográfico de Polo do Programa Academia da Saúde (POLO B).



Fonte: Acervo próprio (2017).

Figura 4. Registro fotográfico de Polo do Programa Academia da Saúde (POLO D).



Fonte: Acervo próprio (2017).

Nos polos visitados identificou-se também a presença de profissionais com formação que atendiam as demandas relacionadas ao enfrentamento e à redução das DCNTs, como fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionistas.

Ainda sobre os dados do monitoramento, ano 2017, 89,2% priorizam as ginásticas (aeróbica, funcional, alongamento, pilates e/ou localizada) e 87,8% desenvolvem grupos de caminhada e corrida; as práticas menos desenvolvidas no programa são artes marciais (10,8%) e atividades esportivas (27%).

Considera-se que dois fatores interferem no baixo incentivo das práticas corporais vinculadas às lutas e aos esportes. O primeiro refere-se à necessidade de equipamentos e/ou espaços adequados ao seu desenvolvimento, como instalação de tatames ou quadra poliesportiva. Em segundo, profissionais com formação e/ou qualificação para determinado tipo de modalidade.

No caso de Goiás, conforme dados já apresentados, muitos polos contam, exclusivamente, com a presença de profissional fisioterapeuta, limitando as possibilidades de desenvolvimento de atividades para além das ginásticas e dos grupos de caminhada. Ainda, por vezes não se promove a ressignificação das práticas a partir da cultura corporal e da multivocalidade, elementos fundantes

das práticas corporais enquanto prática social (Damico & Knuth, 2014; Lazarotti Filho, Silva, Antunes, Silva & Leite, 2010; Mendes & Carvalho, 2016).

A valorização de determinadas categorias profissionais, especialmente da área da fisioterapia e educação física, advém da preocupação de intervir nos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), especialmente o sedentarismo e a obesidade, presentes nas portarias ministeriais que constituem o programa e que referenciam as ações previstas no Plano Nacional de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das DCNTs e as ações prioritárias da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006, com enfoque no estímulo de atividades físicas.

Além das atividades mencionadas, os quatro municípios visitados apresentaram outras estratégias criadas para tratar da temática de alimentação saudável e adequada, a saber: os grupos de controle de peso e reeducação alimentar, a exemplo do “Grupo LEVE”; “Grupo Amigos da Balança” e “Grupo Quem perde, Ganha”.

Pontua-se que as atividades desenvolvidas no contexto do programa assumem uma configuração de práticas de controle e contenção, um caráter utilitarista e performático.<sup>2</sup> Utilitarista sob a condição de que tais atividades sirvam para garantir uma melhoria na saúde pela prevenção de doenças, aqui com enfoque nas não transmissíveis. Aponta-se para uma dualidade entre as práticas concretas desenvolvidas no polo, chamadas de práticas de controle e contenção, e as práticas abstratas presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde, que podem ser denominadas de práticas emancipatórias em saúde.

Nessa busca por fortalecer práticas emancipatórias, nota-se que novos agentes – usuários(as) e profissionais de saúde – passam a participar da gestão – a exemplo da constituição de conselhos de saúde – e dos processos de trabalho na saúde pública no Brasil com mais expressividade, especialmente na Atenção Primária. No caso da PNPS, ficam garantidos, por meio de seus objetivos, diretrizes e atividades, a inclusão de novas autoridades em saúde, enfermeiros,

<sup>2</sup> Performático é aqui tratado a partir da noção de performatividade de Butler, considerando como um conceito que se constitui pelo discurso, ou seja, na linguagem, sendo a performatividade o ato da fala e o ato do corpo à regulação e normatização de sujeitos e seus corpos, envolta pela temporalidade e espacialidade. Não obstante, essa autora propõe a subversão performática com vistas a garantir direitos e poder a identidades invisibilizadas. Para Butler (2018 p. 35), “[...] a performatividade é um modo de nomear um poder que a linguagem tem de produzir uma nova situação ou de acionar um conjunto de efeitos”. E exemplifica que “[n]ão é por acaso que Deus geralmente receba o crédito pelo primeiro ato performático: ‘Faça-se a luz’, e então de repente a luz passa a existir” (Butler, 2018, p. 35).

nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, profissionais de educação física, dentre outros. Ainda, há a participação social, uma vez que preconiza a criação de grupo de gestão ao PAS.

No estado de Goiás, é possível observar um aumento importante em relação à criação e à efetivação dos trabalhos dos grupos de apoio à gestão, ao comparar os resultados dos monitoramentos realizados nos anos de 2016 e 2017. Em 2016, 39,7% dos municípios respondentes constituíram grupo de gestão (n=63), mas, em 2017, esse percentual atingiu 50% dos polos participantes (n=75).

Sobre a composição do grupo de apoio à gestão do polo Academia da Saúde no estado de Goiás, dos polos que instituíram o grupo de apoio à gestão, em 2016, praticamente todos (96%) apontam a participação da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS), NASF e dos profissionais do programa; 40,9% têm a presença dos usuários/familiares; e 18,2% das lideranças comunitárias para composição do grupo de apoio à gestão.

No ano de 2017, dos 38 polos que constituíram grupo de apoio à gestão do Programa Academia da Saúde, 94,7% contavam com a participação da equipe UBS/NASF; 86,8% com profissionais do programa; 44,7% usuários/familiares; e 34,2% com lideranças comunitárias participando da constituição do grupo de apoio.

No monitoramento de 2017 levantou-se a forma de participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) junto ao Programa Academia da Saúde e, dos 122 municípios habilitados e participantes do monitoramento anual, 58% afirmaram desenvolver ações articuladas com o conselho municipal.

Além das dificuldades apresentadas pelos municípios habilitados no Programa Academia da saúde de articular-se não apenas com o conselho municipal, há também limitações quanto a articular-se, intersetorialmente, com outras instituições e grupos societais. No monitoramento de 2017, 28,4% dos 75 polos respondentes destacaram a dificuldade de realizar articulação intersetorial. A cooperação intra e intersetorial é um princípio posto pela Política Nacional de Promoção de Saúde e baseia-se no entendimento advindo de documentos elaborados pela OMS, como a Carta de Bangkok (fortalecimento das parcerias para o empoderamento comunitário) e a Declaração de Helsinque (promoção da saúde em todas as políticas).

Em Goiás, as parcerias para fora da esfera governamental, ou seja, com instituições e estâncias não governamentais, acontecem junto às associações

comunitárias ou de bairros (26,1%) e as instituições religiosas (30,4%). É pouco incentivada a cooperação com organizações não governamentais [ONGs] (8%), instituições de ensino superior (13%) e as do tipo privada (11,6%).

A participação da sociedade, no âmbito político-governamental, é uma dimensão basilar à democratização, como consideram Dahl (2005) e Howlett, Ramesh e Perl (2013). Para esses autores, a participação social potencializa o modelo democrático, pois a participação é a garantia, institucional, das liberdades – de votar, de ser votado, de expressão e opinião, de associação e adesão a grupos e de manifestação, ao passo que a ampliação da participação oportuniza a criação de cidadãos mais competentes e eficazes.

### Acesso e Participação: entre a reprodução e produção de práticas e saberes em promoção da saúde.

Os marcos legais e históricos da Promoção da Saúde tratam de reforçar a importância da participação social, como apresentada inicialmente na Declaração de Sundsvall (WHO, 1991). A Carta de Bangkok (WHO, 2005) incentiva a mobilização comunitária como um processo capaz de melhorar a saúde (individual e coletiva). No ano de 2009, na VII Conferência Global de Promoção da Saúde, em Nairóbi, evidenciou-se a necessidade de fortalecer as lideranças comunitárias para desenvolver o **empoderamento** comunitário.

No entanto, mesmo com pressupostos normativos sobre a participação comunitária, para Carvalho (2013) há uma contradição advinda da concepção dual na área – a Promoção da Saúde Tradicional e a Promoção da Saúde Radical –, pois a primeira cumpre a função de **desempoderar** (*disempowering*), enquanto a segunda traz um discurso libertário-emancipador.

Ao tratar de acesso, deve-se considerar não apenas o acesso da população aos serviços públicos de saúde, mas também entender como coordenadores e profissionais chegaram ao serviço, quais motivos os levaram a atuar em determinado programa e trabalhar com determinada política pública.

Lefevre e Lefevre (2004) consideram que a saúde/doença é uma teia complexa que é transpassada pelos interesses dos atores envolvidos, por pontos de vista, por relações de poder e inter-relações entre instituições e sistemas sociais, políticos e econômicos. Nessa complexa teia, a maneira como são

acessados os atores envolvidos – por meio das formas e tipos de participação: excludente ou inclusiva, ativa ou passiva, regulatória ou emancipatória – é fundamental para compreendermos o modelo de saúde e promoção de saúde que entremeia a vida dos sujeitos e das coletividades no contexto do Programa Academia da Saúde.

Ao longo da etapa de pesquisa de campo observou-se a presença majoritária de mulheres, tanto como trabalhadoras ou coordenadoras no polo do programa Academia da Saúde, como também em relação aos usuários.

Destaca-se, em relação ao perfil das entrevistadas, das coordenadoras às usuárias, a questão do papel da mulher e os espaços e as profissões vistas como tipicamente femininas. Isso fica claro quando se evidencia a presença massiva de mulheres na coordenação do programa, em grande parte atuando diretamente na execução das atividades do polo. Para Hirata e Kergoat (2007), isso se relaciona à conformação da “divisão sexual do trabalho”.

No programa há a forte presença de mulheres adultas e idosas. A compreensão das usuárias entrevistadas acerca do programa refere-se a um espaço exclusivo e destinado para o público feminino. A presença feminina no programa é marcada por uma compreensão hegemônica do papel social atribuído à mulher. Para as entrevistadas, a mulher precisa cuidar de sua saúde com o intuito de desempenhar seu papel doméstico-familiar. Uma delas gostaria de ver o polo cheio de mulheres realizando as atividades propostas.

Goellner (1999) destaca que a imagem da mulher, ao longo da história, está estreitada a três dimensões: beleza, maternidade e feminilidade. Um ponto a ser considerado, é que mesmo com as conquistas feministas, o papel reprodutivo colocado como papel prioritário para as mulheres ainda não foi superado.

Quanto ao perfil do público, os municípios visitados enfatizaram a presença de participantes idosos nas atividades desenvolvidas pelo Programa Academia da Saúde, fato que corresponde aos dados apresentados nos monitoramentos anuais, via FormSUS, em que nos períodos de 2015 a 2017 cerca de 100% dos municípios respondentes alegaram desenvolver atividades para a população idosa (2015: 100%; 2016: 100%; 2017: 98,6%). A fala da coordenadora estadual do PAS e responsável por seu acompanhamento e monitoramento corrobora essa constatação:

*Olha como é uma demanda espontânea, então vai referenciar muito o município pra essa porta de entrada. Mas o que o Estado tem de ... observação, vamos dizer, são usuários em sua grande maioria feminino, usuários com uma idade um pouco mais ... no contexto do envelhecimento, eu diria de 40 a 69 anos o público participante, a grande maioria. Apesar de que alguns municípios já trabalham com grupos específicos, grupo de gestantes, grupo de hipertensos, e alguns poucos já trabalham com grupos de crianças e adolescentes, inclusive pelo PET também. (Coordenador Estadual).*

As falas das coordenadoras municipais também apontam para esse perfil de mulheres adultas e idosas.

*É mais a terceira idade. Assim, atinge todos os níveis, mas a maior demanda é da terceira idade. (Coordenador Municipal 3).*

*Mais mulheres numa faixa de idade entre... de vinte e cinco a quarenta anos, mais ou menos. (Coordenador Municipal 4).*

Para além da estruturação social que culturalmente delega à mulher o papel do cuidado e da responsabilidade com a saúde e a educação familiar, os tipos de atividades realizadas não são considerados interessantes para a população masculina ou para a juventude.

No caso dos homens, culturalmente não há uma aproximação desse público ao universo do autocuidado e da promoção da saúde. Ademais, os polos tendem a desenvolver atividades físicas de baixa intensidade e/ou aeróbicas, comumente identificadas como práticas corporais para as mulheres, como explicitados nos discursos das coordenadoras entrevistadas.

*[...] a gente tem as caminhadas com alongamento. A gente tem o Pilates, Auriculoterapia, Grupos Específicos, por exemplo, aqui a gente tem o Grupo de Alimentação Saudável que chama “Quem PERDE, GANHA”. Esse grupo a gente iniciou em fevereiro ou março, o último encontro será agora sexta-feira, dia 14 de setembro. Foi um grupo bem dinâmico, o pessoal participou bastante. Temos o grupo de estimulação precoce, que é realizado com as crianças encaminhadas pelo médico da Unidade de Saúde. Ações desenvolvidas em datas comemorativas, como o Dia da Mulher, Dia Nacional da Saúde. Temos também o Grupo de Mulheres, que é conduzido em parceria com as meninas*

da Vigilância Epidemiológica, especificamente da chefia de Violência. Lá na Academia II a gente tem grupo de artesanato, e atividades parecidas com as do pólo I, Pilates, Caminhada, Alongamento, Atividades em Datas Comemorativas – Dia Mundial da Saúde, que envolveu todas as Unidades próximas da Academia –, Festa Junina, que é uma tradição na unidade, Dia das Crianças, a questão do Bazar. Os Bazares, onde vendemos roupas, etc., e é uma forma da comunidade participar, se engajar no movimento e traz um recurso financeiro interessante para a unidade. Esse recurso ajuda na realização de passeios, por exemplo, lá na unidade II tem o CEO das Artes, uma praça, que é gerida pelo pessoal da Cultura e Assistência Social, que possui diversas atividades à comunidade e fica próximo a Academia do [nome suprimido]. Direto eles vão para o CEO das Artes, como tem o auditório, tem o “CinePIPOCA”, as pessoas vêm para a unidade fazer atividades como a Zumba, e o pessoal gosta bastante de dança. Lá ainda tem o Grupo “LEVE”, que desenvolve ações parecidas com o “Perde e Ganha”, inclusive estão na segunda edição, e tem atingido bastante resultados positivos. (Coordenador Municipal 1).

[...] desenvolve as atividades físicas, a caminhada, alongamento. Tem a Zumba, tem a dança. Cada semana tem uma dança. E agora a gente está com um projeto pra tá fazendo uma piscina lá, para os idosos. Então, tem as reuniões que a gente faz lá com eles, o forró. (Coordenador Municipal 2).

Dentre os usuários entrevistados há o predomínio de participantes casados ou em união estável, com escolaridade em nível fundamental ou ensino médio, que afirmaram possuírem renda familiar média de cerca de dois salários-mínimos.

As mulheres entrevistadas que não estão aposentadas realizam atividades que coincidem com o trabalho doméstico, como cuidar da casa e dos filhos(as), e até mesmo dos netos(as). Relatam desenvolver trabalhos artesanais ou como revendedoras de produtos de catálogo de beleza, com vistas a complementar a renda familiar. Trabalham também como merendeiras ou auxiliares de serviço gerais em instituição escolar.

Sobre suas rotinas diárias, relatam suas tarefas domésticas e o cuidado com a família:

É, acordo cedo, tomo café, já lavo uma cozinha, já lavo roupa, limpo casa e tal, tal, tal [...] onze horas mais ou menos eu faço o almoço, busco o neto na escola e vou trabalhar. (Usuária 4).

Olha, eu levanto ali pelas 6h30 da manhã, primeiramente eu oro a Deus, né, agradeço a Deus pelo, pela noite dormida, aí vou cuidar dos meus afazeres, tomo meu cafezinho, um pãozinho integral francês, meu leite com cappuccino, e... aí vou fazer, vou fazer os afazer de casa, depois eu saio pra trabalhar um pouco na rua, né? Trabalhar, que eu trabalho com vendas, né? Deixo as revistas, depois eu passo recolhendo as revistas, vou entregar produto, alguém me liga pra mim levar algum produto, ver se eu tenho, levo o produto, e aí... isso durante o dia, né? Aí eu almoço, depois tomo meu lanche, durmo meu soninho da tarde, depois aí eu lancho, aí à noite eu vou pra Igreja, geralmente, quase todos os dias eu vou pra Igreja. Eu sou Evangélica. E aí volto, como alguma coisa, ou janto, ou como alguma coisinha e dormir de novo. (Usuária 5).

Ai, eu levanto de manhã, horário 6h, 6h30, aí faço o café da manhã, né, aí dou uma arrumada na casa, aí venho aqui pra academia três dias, né, e durante a semana eu faço, faço almoço, faço, lavo roupa, faço, assim, todo o serviço de casa, né? Porque é só eu na casa, então tem que ser só eu mesmo, né? É rotina mesmo, né? (Usuária 11).

O tempo livre também está envolvido no contexto familiar ou religioso. A forma como usufruem o tempo livre reflete na avaliação que os usuários têm em relação à qualidade das relações familiares e sociais. Nesse sentido, suas crenças religiosas são um componente importante à sociabilidade e socialização:

Olha, agora tá um pouco a desejar, mas, assim, família é um relacionamento bom, com a minha igreja... que eu tô falando, tá deixando a desejar esses amigos que eu considero família. Hoje em dia, com a correria da vida, eu acho que tá todo mundo distanciando um pouco. Eu sinto isso, não sei. Eu vejo que essa questão de vir, almoçar junto, essa semana mesmo eu conversava com uma grande amiga minha, e a gente sente falta disso, mas ninguém tem tempo, entendeu? (Usuária 4).

É razoável, né? Boa, boa, nem existe, né? Deus me deu até uma criança especial, né? Nós somos duas irmãs que tem, eu e mais uma irmã. A minha irmã, a outra, a filha dela é auditiva, né? E eu tenho o meu, que é síndrome de down. Aí muitas vezes, por causa de ter uma criança especial, sempre entra em atrito com o povo, né? Fica assim, mais... assim, nossos meninos nunca é chamado pra passear, sabe, sem a gente, né? Aí às vezes entra em atrito por isso, né? Porque nunca é chamado pra ir... (Usuária 10).



*É muito boa, graças a Deus. Eu tô com essa idade e eu nunca tive, assim, atrito com ninguém, nunca tive discussão com ninguém. Eu tenho uma amizade, assim, de coração, amor. Amigo assim, igual, eu moro mais próximo aqui da minha cunhada, né, que a gente já morou toda a vida assim, próxima uma da outra, e eu nunca tive do que falar dela. Tenho, tenho meu genro, tenho minha neta que eu criei, né, ela casou. Saiu lá de casa pra casar, né? Então eu não sou, tenho minhas vizinhas, eu gosto muito delas, elas também de mim, nunca ninguém teve queixa uma da outra. As irmãs lá da Igreja, eu me dou bem com todo mundo... (Usuária 11).*

A influência da igreja na vida dos entrevistados oportuniza analisar a questão do por que de a gestão municipal realizar uma maior articulação com as instituições religiosas (30,4% dos municípios respondentes), como já apresentado nos dados do monitoramento do programa, em 2017, no estado de Goiás. É interessante ressaltar, também, a ascensão religiosa, por vezes de uma corrente religiosa específica, que tem se intensificado no universo das políticas públicas, bem como exercido influência na gestão pública (Burity, 2008; Gomes & Menezes, 2015; Eccel, 2018).

Claramente, o Brasil também se mostra seguindo essa nova configuração sócio-político-religiosa. Gomes e Menezes (2015) destacam que, no Brasil, a forte presença de atores religiosos no cenário legislativo torna frequente os discursos religiosos nos debates públicos sobre temas sociais e morais tidos como controversos, como a descriminalização do aborto; o direito à união civil homoafetiva; a reprodução assistida; a eutanásia; os estudos com células tronco-embrionárias; a descriminalização da maconha, dentre tantas outras pautas abordadas na cena política e religiosa. Para essas autoras,

A efetividade da participação das instituições religiosas, com seus representantes nas distintas esferas sociais, indica quanto os valores religiosos integram e influenciam as discussões e as orientações legislativas, médicas e jurídicas, que seriam, inicialmente, consideradas como dimensões dirigidas pela racionalidade e a laicidade (Gomes & Menezes, 2015, p. 30).

O hibridismo que tem se constituído entre o campo político e religioso trata de gerar posicionamentos e valores que passam a ser incorporados não apenas normativamente, mas nas práticas sociais. Além disso, promovem um

emolduramento/enquadramento social de dimensão biopolítica, que enfatiza o controle dos corpos, bem como das vidas, como é tratado por Butler (2015, 2018) e Foucault (1977, 1984, 1987).

Essa percepção e mensuração do valor da vida e o reconhecimento daqueles considerados “dignos” de usufruir do programa também aparece nos discursos dos entrevistados quando são levantados os motivos de inserção no programa e a criação do polo em determinado bairro e/ou comunidade. Para eles, a implantação do programa recorre a uma tentativa de melhorar a qualidade de serviços públicos à população assistida, mas também como uma forma de excluir e invisibilizar, ainda mais, àqueles que não se enquadram no perfil social que a comunidade almeja como modelo, a exemplo dos usuários de drogas.

O relato da Usuária 10 explicita essa visão de que o programa tem um caráter higienista, ao buscar tornar um local utilizado para depositar lixo e usado por pessoas usuárias de drogas em um espaço para acesso da comunidade a equipamentos de ginástica e ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

*Porque, por exemplo, de primeiro isso aqui era só terra, né? Mato, lixo. Aí vieram e promoveram a Academia da Saúde aqui pra nós e hoje só tá faltando aqueles aparelhos, né, aí de fora pra gente fazer, né? Era mais era depósito de lixo, né? Isso aqui era muito feio. (Usuária 10).*

Em outro trecho, a entrevistada pontua que, antes da instalação do polo, o espaço era frequentado por usuários(as) de drogas: “Ah, era mais era pessoal de droga, essas coisas, né?” (Usuária 10). Essa noção que segmenta socialmente determinados grupos advém de uma concepção de subalternidade. Para Souza (2017, 2018), a instituição de uma raiz estrutural advém da segmentação da sociedade brasileira em cidadania e subcidadania. Essa divisão social entre cidadãos e subcidadãos esteve e é, por diversas vezes, marcada pela cor da pele/raça. Jessé Souza (2018, p. 231) diz que

*[a] marginalização permanente de grupos sociais inteiros tem a ver com a disseminação efetiva de concepções morais e políticas, que passam a funcionar como ideias-força nessas sociedades. É a explicação que atribui a marginalidade desses grupos a resíduos a serem corrigidos por variáveis economicamente derivadas – dominantes, não só em Florestan, mas em todo o*

*debate nacional teórico e prático acerca do tema das causas e dos remédios da desigualdade – que melhor contribui para a sua permanência e naturalização.*

Além disso, reforça Butler (2011, 2015, 2018) que a existência do sujeito ocorre pela interação entre o eu e o outro. Essa interação entre os sujeitos, com o uso do discurso, nos enquadramentos engendrados pela sociedade, propicia o (re) conhecimento, ou a invisibilização, do outro.

Acerca da participação, para as participantes – coordenadoras estadual e municipal, profissionais e usuários –, existem entendimentos distintos sobre o nível de participação de cada agente no planejamento e na gestão do programa. A gestão estadual considera relevante a participação da comunidade no planejamento, na gestão e na avaliação do programa, especialmente pela essência democrática e com vistas ao **empoderamento social**.

Sobre a participação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) junto aos polos visitados, percebe-se que esta é pouco efetiva. Para as entrevistadas, há dois cenários: em um ocorre a ausência de representatividade dos conselhos junto ao programa Academia da Saúde; em outro, a presença dos conselhos restringe-se à participação de seus membros como usuários do polo do programa.

*É, então (risos). Eh... o que eu tenho a afirmar assim mais, Conselho nunca veio não... (Profissional de Saúde A).*

*Não, nunca vi. Vim aqui, conversar comigo, nunca vieram não. Eles só, eles passam as demandas só pra secretária. (Profissional de Saúde E).*

*Igual o seu [nome suprimido], né, que ele é um participante do projeto, ele trabalha aqui, tá com problema no joelho, mas ele é do Conselho Municipal de Saúde, então querendo ou não eles sempre estão presentes também. (Profissional de Saúde C).*

Para a Coordenadora Municipal 1, a participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) não ocorre diretamente no programa e avalia que existem falhas de comunicação e interação entre a gestão e o controle social.

É interessante destacar que a participação da comunidade, normativamente, não se restringe a frequentar às atividades propostas, mas também em sua inclusão

nas etapas de planejamento e gestão do programa. Sobre o grau de participação dos usuários, duas coordenadoras identificam a participação no planejamento e na gestão de maneira informal:

*Mais específico das Academias, eu vejo que a população participa sim. Não que seja de uma forma tão política assim, mas a população quem dá o retorno sobre a atividade desenvolvida, se foi positiva ou se não foi. Ela [a comunidade] faz sugestões de ações. Especificamente das Academias da Saúde, a comunidade participa e participa bastante. (Coordenador Municipal 1).*

*Não, não nas reuniões. Mas existem sempre palpites, a gente sempre escuta alguma coisa, “ah:: podia fazer isso”, “podia fazer aquilo”, a gente já escutou, então assim, com palpites sim, mas em reuniões não. (Coordenador Municipal 4).*

Elas consideram que há falta de interesse do próprio público em participar das reuniões de planejamento, ou, ainda, falta de incentivo e estímulo por parte da gestão municipal em fomentar essa participação social:

*A comunidade, aqui de [município suprimido], não é muito... Assim, meio termo, ela não é muito participativa. Assim, a gente chama, comunica, tivemos o conselho municipal. Em si a comunidade é bastante..., geralmente, que participa mais são os idosos que usufruem dos serviços. Eles participam mesmo. (Coordenador Municipal 2).*

*Não. Não participa. Eu acho que não tem, não existe esse espaço, não existe esse convite. Porque quem participa são os coordenadores das respectivas unidades e dos respectivos setores. A comunidade não. (Coordenador Municipal 3).*

O baixo nível de participação dos usuários na gestão e no planejamento do programa passa a ser considerado como uma decisão individualizada e de responsabilidade do próprio usuário. No entanto, na PNPS (Brasil, 2014) a participação social é um princípio a ser adotado e as intervenções – conforme a visão de diferentes atores, grupos e coletivos – devem buscar identificar lacunas e soluções para as necessidades e demandas, sendo esses atores corresponsáveis por todas as etapas de gestão, do planejamento à avaliação das ações desenvolvidas.

Para as profissionais, a interação com a comunidade ocorre, prioritariamente, através das atividades realizadas junto aos usuários. Inclusive, é reconhecida, pelas profissionais, a ausência de participação desses no planejamento e gestão do programa. Relatam que a forma de participação envolve a avaliação de desempenho da profissional junto ao grupo que usufrui das atividades do polo, servindo para reavaliar o planejamento das ações por parte da profissional.

Quanto à percepção dos usuários sobre a sua participação no programa, predominantemente, ela ocorre apenas na frequência às atividades ali realizadas. Há, contudo, usuários que atuam como voluntários na execução de atividades, a exemplo de uma usuária, que relata atuar como tutora nas aulas de artesanato:

*Eu participo como voluntária no projeto de artesanato, eh, pratico os exercícios, o Pilates, muita coisa aqui. Pilates, caminhada, tudo eu tô participando. (Usuária 2).*

*[...] a gente vem nas aulas e também, tipo assim, a gente dá sugestões, né, a gente podia ter uma aula de zumba, a gente podia hoje fazer aula lá fora, aqui dentro.... Eh... que nem agora vai ter o bazar, a gente vem, ajuda na organização, eh, é aberto pra gente tá se interagindo e tá participando. (Usuária 6).*

*Veza por outra temos alguns diálogos, né, que pergunta sugestões, né, de como que tá indo. Então assim, eh..., as agentes de saúde aqui do município elas é muito... engrenada também, eh, nesse..., na nossa saúde aqui, né? Então ela conversa muito conosco, lá, a nossa agente de saúde. Então a gente tá sempre dialogando, trocando ideias... (Usuária 7).*

Para além da participação na gestão do programa, questionaram-se aos usuários sobre sua participação na comunidade, se participavam da associação comunitária ou de bairro, conselho comunitário, grupo religioso, sindicato, movimentos sociais ou outro tipo de grupo ou coletivo, buscando identificar o nível de engajamento social e em que esfera os participantes se situam como mais atuantes.

Os discursos apontam para dois tipos de participação: a primeira trata-se da completa ausência de participação em qualquer grupo ou instituição; a segunda relaciona-se ao engajamento religioso e/ou ao contexto comunitário (associação de moradores, por exemplo):

*Não, do Conselho assim eu não participo, mas eu, eu frequento a igreja da paz, que fica em [endereço suprimido], lá no [bairro suprimido], né, no bairro [bairro suprimido]. Então assim, eu tô, eu tô muito bem, assim, eu tô só, igual eu falei, né, eu gostaria de participar de mais coisas, mas eu infelizmente, pra mim, eu não tô tendo tempo, mas eu gostaria. (Usuária 1).*

*É, eu realmente tô participando só da, do grupo religioso mesmo. Da Igreja Católica, é. Mas assim, eu não sou de ir todos os dias, né, é assim, no dia que eu me sinto bem eu vou, no dia que eu não me sinto, né? E... a gente participa de muitas outras partes também, né, uma visita para os irmãos lá, coloca [trecho inaudível], já bem isolado, sabe? Encontro de casais também, é. (Usuário 3).*

*Não, só o grupo religioso. Porque eu sou evangélica então, e lá na igreja eles dão o ministério pras pessoa, né? Eh, você vai tomar conta dessa parte, o outro toma conta daquela outra parte, e eu tomo conta de uma parte lá na Igreja. (Usuária 5).*

*Eu participei aqui, já participei aqui do conselho de saúde, já participei de vários conselhos [...]. (Usuário 9).*

Àquelas que consideram que participam do planejamento expõe que não é um processo formal, ou seja, institucionalizado dentro do programa, ora ficando a cargo do responsável por realizar a gestão do programa, ora ocorrendo de forma individualizada e feita pelo próprio profissional.

Também se levantou a questão da interação com outros agentes, coordenação do programa, equipe da UBS, equipe do NASF, comunidade e Conselho Municipal de Saúde junto às profissionais entrevistadas.

Em relação à coordenação e aos demais membros da equipe que compõe a UBS, a consideram como uma interação harmônica e tranquila. Contam com a presença de membros que compõe o NASF para executar ações e atividades junto ao polo, especialmente a equipe de enfermagem e nutrição.

A lacuna quanto à participação e ampliação da representatividade da sociedade civil na criação da primeira versão se apresenta no processo de revisão e reelaboração da PNPS, publicada em 2014 (Rocha et. al, 2014). Para as autoras o campo da promoção da saúde no Brasil apresentava avanços significativos. Mas,

mostrava-se oportuno a revisão da política para o fortalecimento do SUS, ao movimento de renovação da promoção da saúde e a agenda estratégica da Saúde Coletiva Brasileira.

Se as interações sociais ocorrem, em enquadramentos (des)construídos, por meio de discursos e ações entre os sujeitos envolvidos em determinado tempo e espaço, é possível afirmar que essas interações são emolduradas em modelos de saúde e promoção da saúde, dentro da realidade do Programa Academia da Saúde, e produzem cenários distintos e perspectivas distintas, no que toca à compreensão sobre saúde, doença, morte e vida.

## Conclusões

A participação da comunidade se concentra a executar as atividades propostas pelos profissionais do polo. Pontua-se que não existe um incentivo à participação destes no cenário de planejamento e gestão, ou seja, não se incentiva uma participação política e institucionalizada.

O grande desafio que se apresenta no contexto do Programa Academia da Saúde é colocar a saúde como ponto de partida ao esforço coletivo e ao protagonismo das coletividades para retirar sujeitos e vidas da condição precária – sem dignidade, sem direito à saúde, sem direito de viver. Para tanto, é necessária a institucionalização da participação da comunidade, através da efetiva participação não apenas no grupo de apoio à gestão, mas em outras esferas de tomada de decisões e de mobilização comunitária, para além da esfera religiosa.

Existe uma proto-participação social, ou seja, uma participação principiante e/ou estágio inicial de desenvolvimento, logo não institucionalizada. Pois a comunidade ou não atua no planejamento e gestão do programa, ou essa participação ocorre de maneira incipiente, não-sistematizada e com inclusão dessa no grupo de apoio à gestão. As lideranças comunitárias e o controle social não possuem uma visibilidade e participação, conforme os discursos apresentados. O mesmo ocorre aos profissionais do programa, que compreendem que seu papel é organizar as aulas ministradas e atividades promovidas.

Considera-se que para alterar essa condição de proto-participação e baixa atuação no planejamento e gestão do programa, voltada ao incentivo do protagonismo comunitário e empoderamento social, é fundamental o incremento de ações de educação em saúde, sob a perspectiva da educação popular em saúde, junto aos usuários do programa. Não obstante, é necessário ampliar o diálogo e a capacitação dos gestores, para que esses reconheçam a necessidade da participação social e comunitária como princípio não apenas vinculado a promoção da saúde, mas ao fortalecimento da democracia.

## Referências

- Akerman, M. (2015). Que tensões nos revelam a teoria e a prática da promoção da saúde? In M. F. A. S. Machado, M. S. de A. Dias & F. D. S. Forte (Eds.), *Promoção da Saúde: um tecido bricolado* (pp. 23-36). Sobral: Edições UVA.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8(1), 1-12. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4481045/>
- Becerra Posada F., & Mujica, O. (2016). Equidad en salud para el desarrollo sostenible. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 15(1), 16-26. Retrieved from <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/717>
- Brasil (2006). Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)
- Brasil (2011). Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. Instituição do Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>
- Brasil (2013). Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)
- Brasil (2014). Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)
- Brasil (2016). Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse de incentivo financeiro de custeio por meio de Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707\\_23\\_09\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html)
- Brasil (2017a). Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
- Brasil (2017b). FormSUS – serviço DATASUS de formulários eletrônicos. Brasília: Ministério da

- Saúde, 2017.
- Burity, J. A. (2008). Religião, política e cultura. *Tempo Social – Revista de Sociologia da USP*, 20(2), 83-113. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ts/v20n2/05.pdf>
- Buss, P. M. (2003). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Butler, J. (1997). *Excitable speech: a politics of the performatives*. New York: Routledge.
- Butler, J. (2011). Vida precária. *Contemporânea*, São Carlos: UFSCAR, 1(1), 13-33. Retrieved from <http://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/18>
- Butler, J. (2015). Quadros de guerra: quando a vida é passível de luto? (S. T. de N. Lamarão & A. M. da Cunha, Trans., 1ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Butler, J. (2018). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembléia*. (F. S. Miguens, Trans., 1ª ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carvalho, S. R. (2013). *Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito de mudança* (3ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 39-53). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dahl, R. A. (2005). Democratização e oposição pública. In R. A. Dahl (Ed.), *Poliarquia: participação e oposição* (pp. 25-38). São Paulo: EDUSP.
- Damico, J. G. S., & Knuth, A. G. (2014). O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: Hibridizações e borramentos no campo da saúde. *Revista Movimento*, 20(1), 330-350. Retrieved from <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/39474/28355>
- Eccel, D. (2018). Hannah Arendt e o problema da secularização na fundação de novos corpos políticos. *Trans/Form/Ação*, 41(2), 119-136. <https://doi.org/10.1590/0101-3173.2018.v41n2.07.p119>
- Foucault, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder* (4a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Garbois, J. A., Sodr e, F., & Dalbello-Araújo, M. (2017). Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate [CEBES]*, 41(112), 63-76. Retrieved from <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2017.v41n112/63-76>
- Green, L., Poland, B. D., & Rootman, I. (2000). The settings approach to health promotion. In B. D. Poland, L. Green & I. Rootman (Eds.), *Settings for health promotion: linking theory and practice* (pp. 1-43). California/USA: Sage Publications.
- Goellner, S. V. (1999). *Bela, maternal e feminina: imagens da mulher na Revista Educação Física* (Unpublished Thesis Dissertation). Universidade Estadual de Campinas. Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/2709>
- Gomes, E. C., & Menezes, R. A. (2015). Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*. 1(20), 28-48. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.05.a>
- Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P., Boehs, A. E., Wosny, A. M., & Monticelli, M. (2006). *Promoção da Saúde: trajetória histórica de suas concepções*. *Contexto Enfermagem*, 15(2), 352-358. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>
- Hirata, H., & Kergoat, D. (2007). Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de Pesquisa*, 37(132), 595-609. Retrieved from <https://www.scielo.br/pdf/cp/v37n132/a0537132.pdf/%20%20%20%20%20%20%20>
- Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2013). *Política pública, seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Retrieved from <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9758&t=microdados>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2017). *Panorama Populacional: Cidades e Estados*. Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/panorama>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018a). *Estimativa da População*. Retrieved from <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2018b). *Portal de consulta de recursos repassados aos municípios brasileiros – Fundo Nacional de Saúde (FNS)*. Retrieved from <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo>
- Lazarotti Filho, A., Silva, A. M., Antunes, P. C., Silva, A. P. S., & Leite, J. O. (2010). O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. *Revista Movimento*, 16(1), 11-29. Retrieved from <https://seer.ufrgs.br/Movimento/article/view/9000/7513>
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação. *Revista Eletrônica de Comunicação e Informação & Inovação em Saúde*, 1(2), 234-240. Retrieved from <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/907>
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2004). *Promoção de saúde: a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- McQueen, D. V., & Jones, C. M. (2007). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. Atlanta/USA: Springer.
- Mendes, V. M., & Carvalho, Y. M. (2016). *Práticas corporais e clínica ampliada*. 1. ed. São Paulo: Hucitec.
- Mota, P. H. S., Viana, A. L. D., & Bousquat, A. (2016). Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. *Saúde em Debate*, 40 (108), 64-73. Retrieved from <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2016.v40n108/64-73/pt>
- Mujica, O. J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad em salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(6), 433-441. Retrieved from <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n6/433-441>
- Rocha, D. C., Alexandre, V. P., Marcelo, V. C., Rezende, R., Nogueira, J. D., & Franco de Sá, R. (2014). *Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11), 4313-4322. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014>
- Souza, J. (2017). *A elite do atraso: da escravidão à lava-jato*. Rio de Janeiro: Editora Leya.
- Souza, J. (2018). *Subcidadania brasileira: para entender o país além do jeitinho brasileiro*. Rio de

Janeiro: Editora LeYa.

Withelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health Promotion International*, Oxford Academic, 16(4), 339-353, 2001. Retrieved from <https://academic.oup.com/heapro/article/16/4/339/656751>

World Health Organization (1986, novembro). The Ottawa Charter for health promotion. Ottawa: WHO. Retrieved from [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)

World Health Organization (1991). Declaracion de Sundsvall sobre los Ambientes Favorables a la Salud. Sundsvall: WHO. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59967>

World Health Organization (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok: WHO. Retrieved from [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr\\_050829\\_%20BCHP.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_050829_%20BCHP.pdf?ua=1)

## Por uma Utopia Sustentável: Educação Ambiental com Crianças de Educação do Campo no Contexto das Mudanças Climáticas<sup>3</sup>

Pedro Lusz  
Saulo Rodrigues Filho

### Introdução

As mudanças climáticas representam um desafio de grandes proporções à sustentabilidade ecossistêmica e à segurança da sociedade humana (Stern et al., 2006). Dentre os desafios estão: degradação dos solos, aquecimento global, aquecimento e acidificação dos oceanos, comprometimento da produção agrícola e, conseqüentemente, da segurança alimentar e nutricional. Soma-se a esses o desequilíbrio no sistema hidrológico, cujos impactos são sentidos em várias partes do mundo, comprometendo a estabilidade de sistemas humanos e naturais (Bursztyn, Rodrigues Filho, & Saito, 2016; Ford, & Pearce, 2010).

O conceito de mudanças climáticas tem sido forjado em debates conflituosos e é compreendido como uma mudança no estado do clima, que pode ser identificada por recursos estatísticos, com alterações na média e na variabilidade de suas propriedades e que persiste por um período prolongado, normalmente décadas ou mais. As alterações climáticas são também resultantes de processos internos no sistema climático, como alterações no ciclo do carbono por causas naturais, além de processos externos, quando as alterações são reações a ações antrópicas, persistentes na alteração da composição da

<sup>3</sup> Os autores agradecem à Direção e Coordenação da Escola Classe Frigorífico Industrial de Planaltina, DF; ao empenho das professoras/monitoras Maria Ângela, Lourena Paulino, Samara Lima e dos professores/monitores André Marvin, Franklin Berthoni, Moisés Ribeiro; e às crianças pela divertida e produtiva parceria nesta empreitada.

O primeiro autor agradece à CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

atmosfera em nível global e no uso extensivo da terra na exploração de suas condições naturais (IPCC, 2012).

Sinais inquietantes em torno das mudanças climáticas indicam que estamos atravessando uma área de turbulências, provavelmente duradoura. Dentre estes sinais, observa-se os impactos advindos de eventos extremos recentes, como ondas de calor, inundações, ciclones, incêndios florestais e secas prolongadas, provocando principalmente alteração nos ecossistemas, com forte perturbação na produção de alimentos e abastecimento de água (IPCC, 2014).

Em nível local, o Distrito Federal encontra-se em situação de risco elevado, pois a região Centro Oeste, com as especificidades do bioma Cerrado, é considerada muito vulnerável aos impactos causados pelas mudanças climáticas (Tamaio, 2013). Com a elevação das temperaturas e diminuição no volume de chuvas, é intensificado o risco de queimadas, bem como os riscos de doenças respiratórias. Mudanças no uso do solo, pressão antrópica e desmatamento desordenado acarretam perda de matéria orgânica, principalmente por interferência na ciclagem de nutrientes. Em adição a estes eventos, tem-se o uso de técnicas intensivas em insumos químicos na monocultura, causando também aumento de erosão e escassez de água, colocando em risco a segurança alimentar e hídrica das populações desta região (Rodrigues Filho et al., 2014).

A produção de capacidade adaptativa para enfrentamento das mudanças climáticas é premente, dado o seu impacto sobre a saúde das pessoas e a sobrevivência dos ecossistemas (Smit & Wandel, 2006). Esse esforço alinha-se ao conceito de desenvolvimento sustentável, compreendido com as condições com as quais as sociedades do presente consigam atender suas necessidades, respeitando as limitações dos recursos naturais e sem comprometer a possibilidade das gerações futuras atenderem as suas, com viabilidade econômica, inclusão e justiça social e equilíbrio ecológico (World Commission on Environment and Development, 1987). Pela sua centralidade na saúde das pessoas, o desenvolvimento sustentável constitui um dos eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde, ao lado do enfrentamento do tabaco e seus derivados, enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura e sustentável, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas e promoção da cultura da paz e direitos humanos (Brasil, 2015). Neste texto, exploramos a educação ambiental como uma estratégia para fortalecimento do desenvolvimento sustentável.

## A educação ambiental na escola

A educação ambiental precisa ser contemplada nos desenhos das políticas públicas, tendo como base o sistema educacional. Deve ser entendida como educação para a cidadania e instrumento de sensibilização para reflexões críticas em defesa das urgências socioambientais, do nível local ao global (Jacobi, 2003). O artigo 225 da Constituição Federal, de 1988, determina que o Poder Público deve promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino (Brasil, 1988). No segundo artigo das Diretrizes Curriculares Nacionais, a educação ambiental é apresentada como uma dimensão da educação, possibilitando à pessoa construir valores e habilidades socioambientais para uma convivência ética com o ambiente (Brasil, 2012). O Conselho Nacional de Educação, que aprovou o Parecer CNE/CP número 8, de 6 de março de 2012, reconhece a importância da educação ambiental diante do atual contexto, em que a preocupação com as mudanças climáticas exige ações eficazes para a sustentabilidade socioambiental (Brasil, 2012). A Política Nacional de Educação Ambiental recomenda que, nas escolas, a educação ambiental esteja presente em todos os níveis de ensino como uma prática educativa integrada (Brasil, 2002).

Diante destas recomendações, uma intervenção para o desenvolvimento de ações no contexto das mudanças climáticas, buscando envolver as pessoas, deverá eleger a escola como sua arena de debates e reflexões. De maneira positiva, a educação impacta a vida das pessoas profundamente, possibilitando um despertar ético para com a qualidade do meio ambiente com o qual convivem. A escola assume, assim, este papel transformador, tornando-se um centro de produção coletiva de conhecimentos e irradiação destas informações para a sociedade (Xavier & Nishijima, 2010). Em sua agenda 2030, a Organização das Nações Unidas, (ONU), com os Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS), recomenda, no ODS 13, a necessidade de melhorar a educação, aumentar a sensibilização das pessoas, com foco na escola, envolvendo professoras, professores, estudantes e comunidade, ampliando o desenvolvimento de ações para a produção de capacidade adaptativa às mudanças climáticas, do nível local ao global (ONU, 2017).

A educação ambiental é uma prática social que estimula a reflexão crítica da pessoa, ampliando sua compreensão do contexto no qual se encontra para a busca

de soluções dos problemas socioambientais em seu entorno e em nível regional, nacional e global. Em articulação com a educação, apresenta-se como instrumento sensibilizador, provocador e, conseqüentemente, empoderador. A educação ambiental ajuda a desenvolver uma consciência ética na relação da pessoa com o ambiente, respeitando os ciclos vitais da natureza e impondo limites à exploração dessas formas de vida pelos seres humanos (UNESCO, 1977; Brasil, 2002; Sato, 2003).

A educação ambiental é considerada fundamental na formação das crianças do Ensino Fundamental I e sua presença deve ser garantida em todos os níveis de ensino (Brasil, 2002). Torna-se, desta forma, indispensável a implementação de projetos de educação ambiental nas escolas, com participação das crianças e dos jovens em todas as suas fases, desenhando ações em resposta às urgências de seus entornos, partindo das complexidades do contexto lido (Saito, 1999).

Em projetos de educação ambiental com jovens e crianças, a presença de atividades com percepção ambiental aguçar suas sensibilidades sobre os ecossistemas, pois esta percepção compreende as relações entre a pessoa e seu contexto socioambiental. Desta forma, cada indivíduo, inserido no meio ambiente, percebe, age e responde diferentemente às ações do entorno (Dutra & Higuchi, 2018). Estas respostas ou manifestações resultam das leituras, reflexões, julgamentos e expectativas de cada pessoa, quando toma consciência do meio ambiente com o qual se relaciona. Ações educativas com crianças sobre educação ambiental tornam-se necessárias como instrumento de sensibilização e percepção da diversidade ecossistêmica (Xavier & Nishijima, 2010).

### **Educação do campo: arena de articulação coletiva com a educação ambiental**

A escola de educação do campo apresenta-se como arena privilegiada para problematização, sensibilização e empoderamento de suas comunidades, inseridas em contextos de vulnerabilidades e conflitos socioambientais. Como conceito, a educação do campo configura-se como uma categoria do sistema educacional voltada às trabalhadoras e aos trabalhadores do campo, em que suas políticas específicas são valorizadas. Combina luta pela educação com luta pela terra, pela Reforma Agrária, pelo direito ao trabalho, à cultura, à soberania alimentar e ao território (Caldart, 2012). As escolas de educação do campo têm, dentre a maioria de suas comunidades, pessoas ligadas à agricultura familiar

que estão nas categorias de Povos e Populações Vulneráveis (Brasil, 2016b). A educação do campo no Brasil foi forjada e implementada como resultado de lutas árduas e estratégicas dos movimentos sociais, principalmente do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, MST. Tornou-se oficial no Brasil em 1988, na I Conferência Nacional por uma Educação do Campo (Molina, 2006).

Projetos de educação ambiental são amplamente adotados nas propostas pedagógicas de instituições educacionais no Brasil (Viégas & Guimarães, 2004). Quando programas desta natureza são desenhados e executados de cima para baixo, em forma de transferência de informações, ignorando os conflitos e as complexidades do contexto, sem a participação da comunidade local nas reflexões sobre o sentido dos conceitos debatidos e a importância destes para suas urgências, perde-se as oportunidades de mobilização coletiva (Saito, 1999).

As manifestações de crianças sobre o meio ambiente estão relacionadas às suas experiências e suas vivências no contexto socioambiental no qual os desafios ecossistêmicos tornam-se presentes em suas vidas cotidianas. Por isto, a educação ambiental debatida na escola deve ser crítica, participativa e não apenas informativa e conceitual (Barraza & Cuarón, 2004; May, Johnson & Finch, 2016; Xavier & Nishijima, 2010). Entender um conceito pode ser importante para uma criança, mas é preciso se perguntar se ela sabe o que este representa. Portanto, atividades de educação ambiental com crianças poderão se tornar mais eficazes, contar com maior engajamento quando estruturadas com ações em sala de aula e no campo, permitindo às crianças sentirem-se tomando parte nas informações percebidas e produzidas.

Este estudo pretende avançar o estado da arte em educação ambiental com crianças de educação do campo ao examinar as seguintes perguntas de pesquisa: Como as crianças das escolas de educação do campo percebem os sinais das mudanças climáticas e seus efeitos em suas vidas? Podem estas crianças contribuir para a produção de capacidade adaptativa aos desafios impostos por estas mudanças?

O objetivo deste estudo foi compreender as percepções das crianças das escolas de educação do campo sobre as mudanças climáticas e refletir sobre suas contribuições para produção coletiva de conhecimentos e de capacidade adaptativa aos desafios impostos por estas mudanças.

Para tanto, serão desenvolvidas atividades, partindo das experiências das crianças e suas leituras, para que elas possam problematizar sobre os sinais das



mudanças climáticas no contexto socioambiental no qual estão inseridas (Freire, 1988). Busca-se, com estas ações, responder à escassez de projetos e intervenções desta natureza nos quais as crianças tomam parte em suas etapas, articulando seu desenvolvimento de baixo para cima, em diálogo com outras leituras, em resposta às suas urgências, usando os recursos produzidos, coletivamente, nas atividades da intervenção (Fraser, Dougilla, Mabeeb, Reeda, & McAlpine, 2005; Saito, 1999). O estudo buscou articular um diálogo entre mudanças climáticas, educação ambiental e educação do campo, debatendo e reforçando ações coletivas com as crianças, a escola e suas comunidades (Jacobi, Guerra, Sulaiman, & Nepomuceno, 2011).

Nesta narrativa, propõe-se o conceito de utopia sustentável, desenvolvido pelos autores, em articulação com várias leituras. A contribuição deste conceito será para designar o uso dos saberes locais, das experiências do entorno, atentando-se às complexidades do contexto em discussão, para refletir, influenciar e atuar em ações que desenharão políticas ambientais responsáveis, possibilitando um ambiente saudável, respeitando as pessoas e suas urgências socioambientais (Freire, 1988; Ribeiro, 2016; Santos, 2006 Smit & Wandel, 2006).

## Método

### Delineamento

Este estudo foi realizado com pesquisa ação participativa (Barbier, 2007; Toledo & Jacobi, 2013; Tozoni-Reis, 2007), num paradigma construtivista social (Creswell, 2010). Neste contexto de urgências climáticas e ambientais, a produção de conhecimentos deu-se coletivamente escutando as vozes locais, suas experiências, saberes e demandas. A pesquisa ação participativa é, eminentemente, pedagógica e política. Serve à educação da pessoa, organizando-se coletivamente em seu entorno. Procura unir a pesquisa à ação para o desenvolvimento do conhecimento, com atenção ao contexto histórico e socioambiental (Freire, 1988; Saito, 1999).

### Contexto

Este estudo foi desenvolvido na Escola Classe Frigorífico Industrial de Planaltina-DF. Esta escola pertence à Secretaria de Educação do Distrito Federal, da Regional de

Planaltina, e está localizada na DF 230, KM 05, Fazenda Pípiripau, em Planaltina, DF, a 41 KM da região central de Brasília. A escola funciona em regime integral. As atividades foram realizadas no chamado contra-turno, no período vespertino, que atende às crianças que estudam no turno matutino e participam do período integral.

A escola está inserida em um contexto de conflitos socioambientais de profunda vulnerabilidade. Mesmo tratando-se de uma escola de educação do campo, aproximadamente 90 por cento de seus estudantes não vivem no campo. Estão em áreas periurbanas, com um nível preocupante de insegurança ambiental, problemas sanitários, hídricos, alimentares e nutricionais. Os problemas de exclusão e restrições vividos por estas comunidades se aprofundam com os efeitos da degradação socioambiental, das mudanças climáticas e da insegurança hídrica (Brasil, 2016a; Brasil, 2016b; IPCC, 2014).

## Participantes

Um total de 110 crianças, meninas e meninos, entre 6 e 11 anos, do Primeiro ao Quarto ano do Ensino Fundamental I, participaram da pesquisa. A escola aceitou a proposta de se realizar a intervenção com suas crianças e comunidades e mediou os encontros do primeiro autor com as famílias e as crianças que aceitaram o convite, feito pessoalmente. Todas as crianças do período integral participaram da pesquisa. Não houve desistência. Como as atividades deste período não contam com professores da escola, as crianças estudam com o apoio de monitoras e monitores.

## Materiais

Nesta intervenção, como recursos de problematização e sensibilização, usou-se os seguintes materiais:

- Livro Sapaçada Sem Brejo (Lusz, 2010), uma fábula escrita em linguagem de cordel, ilustrada, que retrata o drama de famílias de sapos que são atingidas por ações insustentáveis do chamado mundo moderno e, ao se verem em perigo de extinção, se unem, se articulam e promovem uma grande manifestação, exigindo respeito aos seus direitos ecossistêmicos. A escola recebeu a doação de 115 exemplares do livro para uso das crianças nas atividades da pesquisa.
- Filme O Grande Ditador, de Charles Chaplin (1940). Utilizou-se a

cena na qual o personagem central brinca com um globo terrestre, jogando-o para cima, chutando-o, ameaçando deixá-lo cair.

- Filme de animação Príncipes e Princesas, de Michel Ocelot (1999), do qual utilizou-se a história A Bruxa, reflexão sobre a leitura e o respeito.
- Filme, O Circo, de Charles Chaplin (1928), cujas cenas abordam autodefesa, sem uso da violência e da empatia.
- CDs Coração Sertanejo, Eduardo Kusdra (2012) e Melodia dos Pássaros, Nature Project (2004). Contém uma mescla de músicas com sons de pássaros.
- Materiais adicionais incluíram aparelho de Data Show, computador com leitora de CD, material de papelaria e planta baixa da escola.

## Instrumentos

Usou-se, como suporte para a execução das atividades desta intervenção os seguintes instrumentos:

- Diário de campo: foi utilizado para registrar os procedimentos usados, relatos das crianças e fatos relevantes ocorridos durante a inserção no campo.
- Questionário Percebendo Meu Ambiente, desenvolvido pelos autores, com a pergunta: *Você percebeu alguma alteração no ciclo da chuva nos últimos anos?*

## Procedimentos de coleta de dados

Esta intervenção usou a observação participante para produção e coleta de dados, com recursos que ampliaram a percepção dos símbolos das diversas linguagens, possibilitou convivência com as crianças no tecido de uma sólida parceria na produção coletiva de conhecimentos (Correia, 2009; Mónico, Alferes, Castro, & Pereira, 2017; Peruzzo, 2003). O desenho das atividades contou, ainda, com a participação da direção e coordenação da escola, de monitoras e monitores e decisões coletivas, em debates realizados nas rodas de conversa, com reflexões e participação das crianças.

Em articulação com a metodologia da pesquisa ação participativa, esta pesquisa foi desenvolvida com atenção a quatro ciclos (Barbier, 2007; Tripp, 2005). O primeiro ciclo compreendeu as atividades de leituras e aproximação dos debates sobre as mudanças climáticas, a educação do campo e a educação

ambiental, presentes na introdução e na narrativa deste capítulo. Estas atividades foram fundamentais para o desenho deste estudo sobre as mudanças climáticas com atenção às urgências locais. Trata-se de um tema que ressalta a necessidade de ações interdisciplinares, razão pela qual a educação ambiental e a educação do campo despontam como campos epistêmicos privilegiados para a problematização e discussão dos desafios identificados naquele contexto territorial (Molina, 2006).

O segundo ciclo fez parte das atividades de pré-campo, dedicadas à observação e percepção do contexto com vistas à preparação para a intervenção. Foram quatro encontros entre o primeiro autor e a escola. Destes, três foram conversas com a direção e coordenação para acertos de agenda, definição de participantes, contatos com as famílias e recorte sobre as urgências socioambientais percebidas pela escola. Realizou-se um encontro com o corpo docente no qual se apresentou os desafios e objetivos da pesquisa.

O terceiro ciclo compreendeu as atividades com as crianças nos sete encontros. A intervenção foi desenhada, priorizando-se a produção de capacidade adaptativa aos efeitos das mudanças climáticas com atenção ao contexto no qual o estudo estava inserido.

Os encontros seguiram um formato de roda de conversa, em três etapas, sempre aberto às adaptações impostas pelas urgências dos entornos das crianças. A primeira parte começava sempre com avaliação das atividades do encontro anterior, direcionando o debate para o tema proposto. Na segunda parte, problematizava-se sobre o que havia provocado mais inquietação nas crianças, em articulação com os sinais destas reflexões em suas lidas, em articulação com o objetivo do encontro. Na terceira parte, as denúncias de Sapaíada Sem Brejo cruzavam com as demandas apresentadas pelas crianças, suas urgências socioambientais e os desafios proposto no tema do dia. Os encontros eram finalizados com atividades lúdicas, tecendo interrogações a serem lidas e percebidas nas reflexões cotidianas das crianças, que seriam debatidas no próximo encontro. As rodas de conversa aconteciam em sala de aula, no pátio e nos arredores da escola, sombras, quadra esportiva e na sala de informática equipada com recursos audiovisuais.

As atividades foram desenvolvidas em sete encontros, com duração aproximada de uma hora, com grupos variando entre 20 e 30 crianças. Anotações minuciosas sobre os resultados das atividades foram feitas após cada encontro no Diário de Campo. A Tabela 1 detalha os temas por encontro.

Ao final das atividades com desenhos, o primeiro autor, com apoio das monitoras e monitores, conversava com cada criança. Após observação minuciosa da ilustração, perguntava-se à criança o que ela havia dito em seu desenho. As respostas, sempre com poucas e inquietantes palavras, eram anotadas no verso da ilustração e analisadas posteriormente, em diálogos com as reflexões em torno do tema debatido no encontro. Nas atividades com narrativas orais, as reflexões eram anotadas no Diário de Campo. Após cada encontro, as anotações foram organizadas num relatório detalhado. Estas informações eram discutidas no início do encontro seguinte, refletindo sobre os sentidos de cada tema e os conceitos desenvolvidos nas percepções advindas das atividades anteriores, conectando-os com o contexto socioambiental dos entornos (Barbier, 2007).

O quarto ciclo compreendeu a apresentação dos resultados da intervenção à escola, quando se debateu sobre as possibilidades de implementação da estrutura desenhada nas atividades. Decidiu-se que as crianças participarão das atividades a serem executadas para o desenvolvimento da utopia sustentável na escola. Os três primeiros ciclos foram concluídos, ao passo que o quarto ciclo encontra-se suspenso, em decorrência da pandemia por covid-19, em andamento enquanto redigimos este texto.

Tabela 1. Temas, objetivos e procedimentos de coleta de dados por encontro.

Encontro	Tema e Objetivos	Procedimentos
1	Percebendo o Meu Ambiente - Favorecer percepção ambiental e capital socioambiental das crianças sobre os sinais das mudanças climáticas e alterações nos ciclos das chuvas	Roda de conversa sobre conceitos em torno das mudanças climáticas, do contexto local ao global, em articulação com leituras do livro Sapaia da Sem Brejo. Responderam, com ilustrações e narrativas orais a pergunta: você observou alguma mudança na chuva nos últimos tempos?
2	Leituras e releituras sobre mudanças climáticas no cotidiano das crianças - Informar sobre percepção ambiental. Ler impactos de ações e práticas cotidianizadas nos entornos	Roda de conversa com dramatização do livro Sapaia da Sem Brejo com atividade coletiva quando as crianças refletiram sobre os sinais das mudanças climáticas denunciadas no livro e as de seus entornos
3	Educar-se para questionar e refletir - Estimular ações para identificação de vulnerabilidades climáticas dos entornos das crianças. Debater e ampliar visão crítica, pensando num futuro sustentável e saudável	Roda de conversa em que as crianças refletiram sobre conexões entre os avisos que percebem na natureza, lidos em debates anteriores e os sinais das mudanças climáticas. Possibilitou debater sobre o papel socioambiental a ser vivido nestas arenas de construção coletiva para um futuro sustentável

4	A pessoa e o mundo – Encorajar a leitura do mundo pela leitura do cinema. Favorecer articulações entre as provocações percebidas na cena do filme com as urgências do contexto socioambiental do entorno das crianças	A atividade teve como instrumento de problematização e sensibilização o filme O Grande Ditador, de Charles Chaplin (CHAPLIN, 1940), provocando as crianças a refletirem sobre o papel da pessoa e suas ações nos desafios climáticos e ambientais, buscando diálogos entre o filme, o drama da Sapaia da Sem Brejo e o contexto socioambiental de seus entornos
5	A pessoa e as outras pessoas – Estimular a leitura dos símbolos com os quais a natureza se expressa nos entornos das crianças. Informar sobre as potencialidades da arte como instrumento de problematização e sensibilização como recursos para convivência ética no contexto socioambiental	Roda de conversa na qual as crianças apreciaram a história A Bruxa, parte do filme de animação Príncipes e Princesas, de Michel Ocelot (OCELOT, 1999) e uma cena do filme, O Circo, de Charles Chaplin (CHAPLIN, 1928). Convidadas a refletirem sobre a arte de ler o ambiente, além das letras codificadas em livros, filmes e músicas, articularam os temas das histórias com o drama da Sapaia da Sem Brejo e a degradação socioambiental de suas lidas
6	Mudanças climáticas na própria pele – Estimular leitura dos entornos, mapeando as vulnerabilidades ambientais da escola, identificando recursos produzidos coletivamente para produção de capacidade adaptativa às urgências ecossistêmicas percebidas neste mapeamento	Nesta roda de conversa, com base nas percepções absorvidas nas atividades anteriores, se problematizou sobre os desafios climáticos e ambientais, refletindo sobre ações sustentáveis. As crianças retornaram às suas salas e, com apoio de monitoras e monitores, expressaram suas ideias a serem debatidas no próximo encontro
7	A utopia sustentável – Favorecer o desenho de um projeto educacional interdisciplinar para a escola, por uma utopia sustentável	Roda de conversa com reflexão coletiva sobre as urgências dos entornos da escola e das crianças, buscando compreender o contexto socioambiental onde labutam. Atividades baseadas nas percepções do mapeamento ambiental no encontro anterior. Produziu-se, coletivamente, temas para uma utopia sustentável, apresentados na figura 2

Fonte: Elaboração própria.

**Reflexividade do pesquisador:** As atividades que compõem este capítulo são partes da pesquisa de mestrado do primeiro autor, sob a orientação do segundo autor, no Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília. Foram conduzidas pelo primeiro autor que é historiador, escritor com experiência em projetos educacionais com crianças, contador de histórias. De origem rural, tem com forte ligação com as pessoas do campo, suas diversidades e seus saberes.

## Procedimentos de análise de dados

Neste estudo, optamos pelo uso da Análise Temática como metodologia para tratamento e apresentação dos dados qualitativos. A análise dos dados compreendeu quatro etapas. a) Com leituras do Diário de Campo os dados foram estruturados em articulação com as produções coletivas e as demandas dos entornos das crianças, facilitando a familiarização com os dados. b) As anotações com as informações obtidas nas rodas de conversa de cada encontro foram lidas e relidas atentamente. Este processo de busca nas entrelinhas possibilitou a construção dos temas, debatidos e compreendidos coletivamente. c) Os temas foram estruturados e nominados a partir das discussões da literatura em articulação com as urgências das crianças e de seus entornos. d) Optou-se por uma narrativa crítica sensibilizadora e acessível às leituras das crianças que tomaram parte e colocaram suas vozes e suas cores nas atividades, priorizando as urgências socioambientais de seus entornos, da escola e de suas comunidades. Desta forma, estruturou-se o relato destes dados (Braun & Clarke, 2006; Silva & Borges, 2017).

**Aspectos éticos.** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, CEP/CHS da Universidade de Brasília, UnB, CAAE: 11946319.0.0000.5540. Todos os requisitos éticos foram observados na condução deste estudo.

## Resultados

### Como as crianças das escolas de educação do campo percebem os sinais das mudanças climáticas e seus efeitos em seu cotidiano?

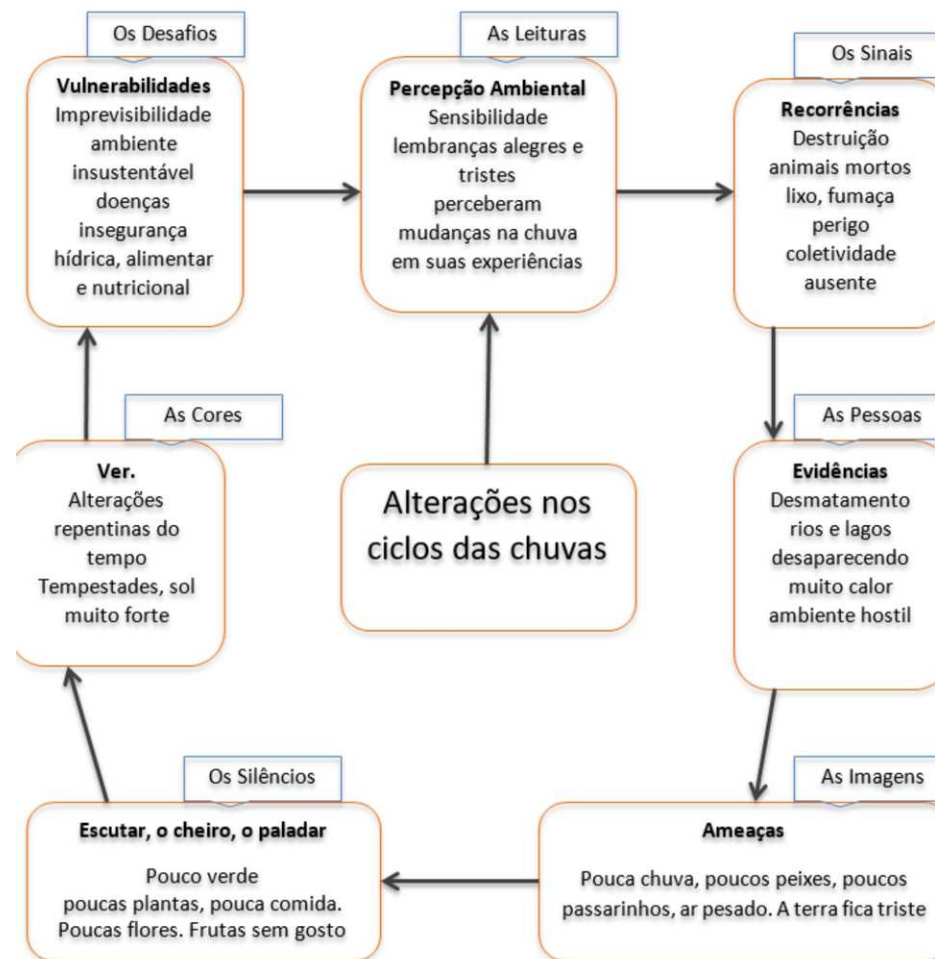
Os dados deste estudo compreendem os resultados das atividades do terceiro ciclo, realizadas nos encontros com as crianças, com base nas reflexões dos ciclos um e dois.

A primeira pergunta foi problematizada em articulação com as mudanças nos ciclos das chuvas. Foi discutida em nosso primeiro encontro, que forneceu as informações apresentadas nos temas a seguir.

Inseridas num contexto conflituoso e vulnerável, as crianças percebem os sinais das mudanças climáticas em suas próprias lutas, em suas peles, cotidianamente. Confrontadas com a pergunta *Você percebeu alguma mudança*

*na chuva nos últimos tempos?* se expressaram com criticidade e demonstraram curiosidade e interesse por possíveis maneiras de se relacionar com a natureza de forma mais respeitosa e sustentável. Suas percepções foram agrupadas em sete temas sumarizados na Figura 1. Uma frase coletiva sumarizando as percepções das crianças sobre as mudanças climáticas encerra a narrativa de cada tema.

Figura 1. Temas reveladores das percepções das crianças às mudanças climáticas.



Fonte: Elaboração própria.

*As Leituras.* As crianças demonstraram senso crítico e inquietação ao refletirem sobre os desafios das mudanças climáticas e alteração nos ciclos das

chuvas. Percebem o ambiente como um contexto de exclusão e perigo, com lembranças alegres e tristes, como uma arena de embates constantes pela vida, em meio a um entorno de incertezas. Houve uma articulação entre este tema e as reflexões do primeiro encontro, *Percebendo o meu ambiente*, evidenciando o capital socioambiental das crianças, como demonstrado em suas palavras. *A chuva está sempre com pressa e o sol continua quente, sem se importar com as nuvens.*

*Os Sinais.* As reflexões que nos aproximaram deste tema ampliaram nossa percepção sobre os desafios socioambientais vividos pelas crianças, denunciados em suas recorrências, nas quais lidam com a devastação ambiental percebida por elas na destruição, desesperança, insegurança, animais mortos, lixo, queimadas, enchentes e estradas fechadas. Estruturam suas narrativas com eventos presentes em seus entornos, apontando a ausência de coletividade. Percebeu-se uma conexão inquietante entre este tema e o segundo encontro, *Leituras e releituras sobre as mudanças climáticas no cotidiano das crianças*. Uma frase profunda provocou um silêncio pesado e traduziu o tema. *Tem alguma coisa muito perigosa por perto.*

*As Pessoas.* As crianças já se sentiam confortáveis em nossa arena de reflexões, mesmo sabendo-se inseridas num contexto de muitos conflitos. Conectaram os dramas vividos pela Sapaia da Sem Brejo com seus dramas pessoais e as urgências que ameaçam as pessoas de seus entornos. Manifestaram discordância em relação às ações que destroem seus futuros. Em suas narrativas, denunciaram as exclusões e as injustiças sociais, como se apresentassem também um pedido de socorro, em defesa de suas práticas cotidianas. Lamentam ausências, lembrando as perdas de rios e lagos secando. Em diálogo com o terceiro encontro, *Educar-se para questionar e refletir*, viram neste tema sinais de abandono do ambiente do qual se sentem parte. Este tema sensibilizou as crianças, falando de suas peijas. *Não podemos destruir a casa das pessoas.*

*As Imagens.* As atividades com as quais se produziu, coletivamente, informações para este tema, evidenciou que as crianças, em suas ações e reflexões, percebem que as ameaças são reais, algo perigoso está se aproximando. Denunciaram esta ameaça na ausência do canto e das cores dos passarinhos, na ausência de peixes nas águas de suas comunidades, na diminuição das chuvas. Conectando este tema às reflexões do quarto encontro, *A pessoa e o mundo*, recorreram a muitas histórias sobre insegurança para um futuro sustentável. Os dramas percebidos no contexto no qual estão inseridas foi enfatizado na frase. *Será muito bom aprender a ver a natureza.*

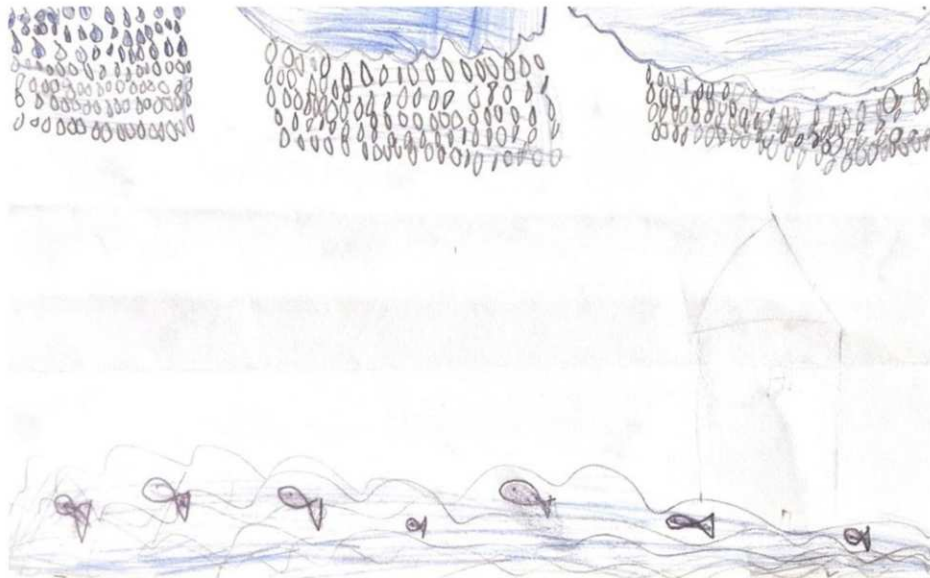
*Os Silêncios.* As crianças denunciam angústia e apreensão nas recorrências de suas narrativas, em seus discursos silenciosos, na percepção de tantas ausências em seus entornos. Sentem faltas. Falta-lhes o verde da natureza, o ar saudável e a presença dos passarinhos para suas manifestações lúdicas e suas utopias questionadoras. Falta-lhes sinais de respeito aos princípios e valores dos ecossistemas, onde tantas vidas se manifestam e são agredidas. Falta-lhes exemplos de convivência ética com a natureza, sinais aniquilados pela devastação de seus entornos socioambientais. As leituras sobre este tema articularam-se com os debates do quinto encontro, *A pessoa e as outras pessoas*. Foi concluído com uma frase em forma de lamento. *As frutas não são mais cheirosas e os passarinhos sumiram.*

*As cores.* Ao se manifestarem sobre seus projetos para outras arenas de embates e outros contextos, as crianças demonstraram inquietação e insegurança. Evidenciam sinais de autonomia e sensibilidade, advindos das atividades deste estudo e de suas experiências. Enfrentam os desafios de suas tarefas com um sentimento ambivalente. Ao mesmo tempo que apreciam aventuras saudáveis, gostam de ampliar seus capitais culturais, manifestam cansaço, impaciência e desolação. Este tema dialogou com o sexto encontro, *Mudanças climáticas na própria pele*, embasando as percepções das crianças que denunciam as ameaças aos seus contextos socioambientais. Não escondem suas incertezas sobre os desafios climáticos. Sabem que há algo medonho acontecendo. O humor do tempo, a rispidez das chuvas repentinas e tempestuosas. A fúria escaldante do sol e o calor que machuca a pele. Estes sinais foram denunciados numa frase bastante assustadora. *A chuva é muito forte, leva o lixo e mata os peixes.*

*Os Desafios.* Este tema foi motivo de debates e ações transformadoras para as crianças. Seus resultados chegaram com as experiências de várias leituras. Manifestou-se no capital socioambiental construído no percurso da pesquisa. As crianças, mesmo embaladas por uma forte curiosidade, manifestavam com cautela ao refletirem sobre o futuro. Eram desafiadas por incertezas, diante do contexto que pouco lhes possibilita. Lembranças tensas, doenças, destinos interrompidos, sinais de fragilidade na resiliência do solo. Na pele e nas palavras, carregam sinais das ameaças da miséria presente, das dores de uma vida desnutrida. Numa manifestação profunda de consciência, não escondem suas vulnerabilidades. Não escondem também o desejo de seguir e determinação para poder seguir. Sonham com outras maneiras de se

relacionar nestes territórios. Este tema articulou-se com o sétimo encontro, *A utopia sustentável*, impulsionando as crianças a ousarem. E ousaram propondo um ambiente saudável, até para não viverem o drama exposto na frase com a qual encerraram as discussões. *Se a chuva não vem, não tem bichos e a terra fica triste.*

Figura 2. A chuva está mudada. Demora chegar. Quando chega passa muito rápido. É muito forte. Provoca enchentes, arrasta muito lixo e até mata os peixes (Menina do primeiro Ano A).



Fonte: Acervo dos autores.

### Podem as crianças das escolas de educação do campo contribuir para a produção de capacidade adaptativa aos desafios impostos pelas mudanças climáticas?

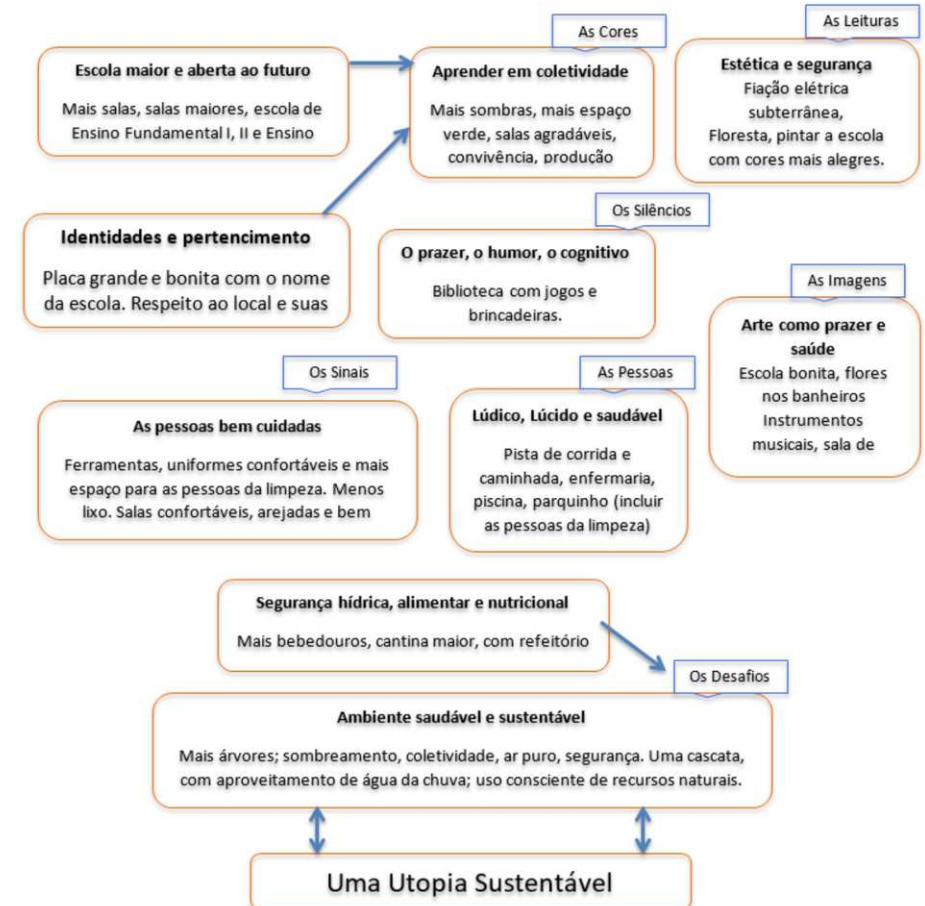
A segunda pergunta foi problematizada em articulação com as urgências socioambientais, percebidas nos entornos das crianças, compreendendo aqui insegurança hídrica, alimentar e nutricional.

A comunicação com os dados evidenciou uma profunda transformação no olhar crítico das crianças. Os dramas, desafios e ameaças expostos na Figura 1, são retomados e respondidos, com proposições para produção de um ambiente sustentável, na Figura 3. As crianças perceberam brechas e se manifestaram

articulando suas leituras com temas relevantes às suas arenas de reflexões, urgências e possibilidades (Freire, 1988; Jacobi, 2003).

Recusando uma vida destinada a fatalidades, as crianças responderam a segunda pergunta, contrapondo os sinais de angústia vividos em nosso primeiro encontro, com disposição para um futuro sustentável, conforme revelam os sete temas descritos na Figura 3, resultados produzidos coletivamente nos sete encontros.

Figura 3. Soluções apresentadas pelas crianças para a produção de capacidade adaptativa aos desafios impostos pelas mudanças climáticas.



Fonte: Elaboração própria.

*As Leituras.* Nas rodas de conversa, com produção coletiva de conhecimentos, as crianças compreenderam, logo nas primeiras atividades, que

é preciso ler para perceber o ambiente no qual se labuta. Este tema foi assim denominado por representar a importância do processo de educar-se e sensibilizar-se para o contexto no qual se encontra. As crianças, demonstrando prazer pelas descobertas coletivas, responderam nossa segunda pergunta, manifestando uma profunda ligação com suas práticas cotidianas. Apresentaram, em suas proposições, valores que absorveram pela percepção ambiental, traduzindo a importância de um ambiente sustentável, seguro e agradável. Em articulação com as reflexões de nosso primeiro encontro, *Percebendo o meu ambiente*, as crianças leram seus entornos agregando sentido aos seus campos de embates, planejando um ambiente saudável, numa expressão de beleza e estética, em harmonia com a natureza. Demonstraram suas percepções com a frase: *é bom ter muitas árvores e sombras boas para conversar e aprender coletivamente.*

*Os Sinais.* As reflexões em torno das urgências socioambientais, no contexto vulnerável no qual as crianças estão inseridas nos possibilitaram ampliar o olhar sobre um lado muito especial presente nas proposições delas. Trata-se de habilidades para se colocar na pele de outra pessoa e desejar que esta seja percebida com dignidade. Ao debatermos ideias e desafios na estruturação deste tema, as crianças demonstraram equilíbrio e coragem para sonhar com um ambiente saudável. Evidenciaram prazer por uma vida com respeito aos ecossistemas, solidária e sustentável. Em suas recorrências, respondendo aos desafios de suas vidas, apresentados na Figura 1, defenderam mais segurança e conforto para se aprender com respeito. Entendem que as pessoas podem e devem viver em harmonia com a natureza em uma relação saudável e divertida. Várias crianças propuseram recursos e equipamentos confortáveis para as pessoas da limpeza, pois as percebem como partes fundamentais para o conforto da escola e a produção de capacidade adaptativa aos desafios das mudanças climáticas. Este tema dialogou com o segundo encontro, *Leituras e releituras sobre as mudanças climáticas nas lidas das crianças*, cuja expressão de percepção ambiental foi: *Se a sala for bonita e alegre, será mais fácil aprender.*

*As Pessoas.* Este tema foi debatido em uma roda de conversa bastante agitada, na composição da Figura 3. As crianças manifestaram suas preocupações com a sustentabilidade da escola que estavam propondo para o futuro. Queriam um ambiente sustentável, divertido, em um território sem barreiras. Novamente,

desenhando um ambiente para ser lugar de gente, trouxeram à discussão a questão da inclusão. Disseram: *Precisa de um parquinho, com brinquedos fortes para que as pessoas da limpeza também possam brincar.* São crianças, sonhadoras, ousam crer em uma utopia sustentável. Porém, jamais se comportaram com inocência. Sabem que o terreno não estava muito seguro. Forjam suas lidas num contexto inóspito, violento e excludente. Desenvolvem um capital de resiliência consistente. Remetem-nos às metáforas do bambu. Sofrem, gemem, reclamam, se curvam, denunciam. Contudo, ao verem seus desejos e suas proposições respeitados, apropriam-se de seus recursos. Percebeu-se uma articulação deste tema com as urgências debatidas no terceiro encontro, *Educar-se para questionar e refletir*, no qual o empoderamento das crianças foi traduzido com a frases: *Pensar é bom para ver coisas novas.*

*As imagens.* Demonstrando compreensão das urgências que eram debatidas em nossas rodas de conversa as crianças imprimiam suas ideias e propostas em cada brecha vislumbrada. Refletindo sobre este tema, trocaram as denúncias em tons raivosos por críticas em linguagem lúdica e lúcida. Manifestaram ideias e projetos para uma vida digna, com arte, prazer e situações divertidas. Equipadas com instrumentos de leituras, sensibilização, libertação e aprendizagem, produzidos no percurso da intervenção, percebiam que outros ambientes são possíveis. Manifestando coletivamente por uma utopia sustentável, conectaram este tema com o quarto encontro, *A pessoa e o mundo*. Neste encontro, usamos como problematização e sensibilização o filme *O Grande Ditador*, de Charles Chaplin. A leitura centrou-se na cena em que o personagem brinca com o globo terrestre. A cena termina com a explosão do globo, nas mãos da personagem que, ao perceber que o mundo com o qual brincou e do qual zombou, foi destruído por suas ações se mostra descontente e se joga sobre uma mesa, chorando, com o globo esfaляlado na mão.

As crianças foram convidadas a se manifestarem sobre a sensação de se verem ameaçadas por ações semelhantes às mostradas na cena. Dialogaram com as denúncias de Sapaíada Sem Brejo e expressaram suas críticas com profundo senso de respeito aos direitos ecossistêmicos, neste relato coletivo: *Senti tristeza e raiva porque o mundo é de todo mundo. Se o mundo morre, todo mundo morre também.* A tradução do tema foi feita com a frase: *O mundo é de todo mundo e pode continuar bonito.*

*Os Silêncios.* Ao refletirem sobre as urgências que deram bases para este tema, as crianças demonstravam sinais de sensibilização, expressando suas percepções

ambientais com segurança e prazer pelas descobertas. As cenas de destruição e tristeza, recorrentes nas manifestações da Figura 1, já não ocupavam suas ideias. Convidadas para ações que pudessem transformar, positivamente, seus entornos, expuseram consciência crítica, respeito pelos debates, com gosto refinado e problematizador pela arte de pensar. Evidenciou-se o despertar de expressões de alegria, de prazer pelas cenas de humor saudável e lúdico. Conhecedoras de desafios árduos em suas lidas, agiram com satisfação ao serem incluídas nas arenas de construção coletiva de conhecimentos. Apreciavam dizer que sabem aprender e aprendem que viver sustentavelmente é possível e muito bom. Este tema foi problematizado em conexão com o quinto encontro, *A pessoa e as outras pessoas*, que foi ampliado pela frase: *Sabendo ler, fica mais fácil conseguir as coisas sem ter que destruir*.

*As Cores.* As complexidades de cada contexto devem estar no foco de estratégias de uma intervenção, incansavelmente (May et al., 2016). Ainda que estas complexidades estejam quase sempre dissimuladas em cada etapa dos percursos, deve-se atentar aos seus sinais. Observando as inquietações das crianças e absorvendo as sutilezas com as quais manifestaram sensibilidade e empoderamento coletivo, percebeu-se que elas viam as artimanhas desafiadoras do contexto no qual estão inseridas. Ao desenharem uma escola para um futuro saudável e inclusivo, o fizeram com profundo senso de parceria e apresentaram ações para uma utopia sustentável pensando em recursos que possibilitem alegria e prazer em comunidade, incluindo árvores, sombras, espaços verdes e com grama. Propuseram a construção de um lugar para se conversar e produzir coletivamente, sabendo que não estarão nele. Este tema dialogou com os desafios do sexto encontro, *Mudanças climáticas na própria pele* e foi sumariado na frase: *A irmã do nosso amigo vai crescer, vai ter filhos e eles poderão estudar e brincar nesta escola*.

*Os Desafios.* Estruturar este tema foi muito difícil. A roda de conversa na qual foram vivenciadas as atividades que o embasaram foi marcada por debates inquietantes às emoções das crianças. Abriam-se para as reflexões de autonomia, pensando na construção de um ambiente inclusivo, coletivo e saudável. Sensibilizadas pelas atividades que fizeram parte de nossas rodas de conversa, as crianças trouxeram proposições valiosas para produção de capacidade adaptativa aos desafios das mudanças climáticas. Em todos os temas e debates manifestaram respeito e carinho pela escola e seus valores. Encontram ali conexões de suas raízes com um território sem fronteiras, evidente em seus sonhos (Santos, 2006). Entendem este espaço como

lugar possível à sua segurança alimentar e nutricional (Brasil, 2011). As crianças são atendidas pela merenda escolar. Para muitas, as principais refeições na semana. Para outras, as únicas. Provavelmente esteja aqui a razão das recorrências, em todos os encontros, em torno desta segurança, conforme defenderam, uma escola legal, um ambiente bom, saudável e sustentável, para ser um lugar de gente, precisa de vários bebedouros, cantina grande, com refeitório, horta orgânica, agroecologia e, com respeito aos ecossistemas, frutas para os passarinhos, que trarão alegria para a vida e os sentidos. Manifestando empoderamento em todas as situações onde suas vozes são percebidas, evidenciam desejo e forças para superarem as vulnerabilidades que tanto lhes pesa e sufoca. Este tema articulou-se com o sétimo encontro, *A utopia sustentável* que, representada em um desenho para ser lugar de gente, foi expresso na frase: *Precisa ter árvores, para ter sombra, ter flores, ter passarinhos e ter alegria para quem chegar poder ver, escutar e sentir*.

Figura 4. A escola no futuro será inclusiva e muito agradável. Um parque novo com brinquedos fortes para as pessoas da limpeza poderem brincar. Vários tipos de árvores, muitas coisas nos banheiros, postes de luz com fios subterrâneos, sala maior e uniforme bem confortável e fresquinho para as pessoas da limpeza. A BIBLIOTECA será o maior espaço da escola (Menina do Quarto Ano).



Fonte: Acervo dos autores.



## Discussão

Os achados desta pesquisa sugerem que as crianças percebem os sinais das mudanças climáticas e seus efeitos em suas vidas com sensibilidade, perspicácia e os mostram em suas vozes e em seus discursos sucintos, mas contundentes, jamais silenciosos (Foucault, 1986). Suas lembranças, suas memórias, são dominadas por marcas de apreensão e uma mistura de desejo pela vida saudável e pouca certeza sobre a sustentabilidade do futuro, pois a ameaça dos eventos soprados pela velocidade da história, passaram por elas e deixaram marcas em suas angústias e esperanças (Benjamin, 2012).

Desafiadas a viverem num contexto de conflitos socioambientais constantes, estas crianças traçam e trançam seus rumos numa dura experimentação, onde continuar em movimento é preciso e nem sempre possível (Tamaio, 2013). Sensibilizadas por suas percepções ecossistêmicas, sentiram-se partes de um movimento que estava transformando suas utopias e seus desejos em uma estrutura possível para um futuro sustentável. Leram o entorno da escola, refletiram e se manifestaram sobre suas estruturas, mapeando suas vulnerabilidades (Melazo, 2005). O fizeram indo além das críticas e reclamações e, respondendo às ameaças denunciadas na Figura 1, apresentaram várias proposições para a construção de um ambiente sustentável, conforme demonstrado na Figura 2, integrando suas percepções e ações aos debates globais em torno das mudanças climáticas (IPCC, 2014; ONU, 2015).

Quando elegemos esta escola como nosso local, nosso campo de inquietações, reflexões e sensibilização, o fizemos cientes de sua inserção num contexto conflituoso. A percebemos como espaço privilegiado de produção e difusão de conhecimentos na sensibilização e formação de cidadãs e cidadãos conscientes de seu papel socioambiental (Freire, 2018; Xavier & Nishijima, 2010). Ao reconhecer o contexto da escola como arena de desafios a uma intervenção, este estudo se fundamentou na força da participação coletiva, vivenciada em suas atividades e seguiu-se, cautelosamente, sem grandes tropeços. Por que será que funcionou? Foi a questão problematizada numa roda de conversa.

Dentre as percepções de satisfação para com as estratégias da intervenção, as crianças, numa manifestação coletiva, disseram: *nossa pesquisa funcionou porque estava muito animada. As rodas de conversa eram sobre nossa vida e foram muito divertidas. Era bom pensar e descobrir que estávamos fazendo uma coisa*

*muito importante. Foi bom porque entendemos o que foi dito. Descobrimos que sabemos perguntar, ler, entender e pesquisar. Foi bom porque ninguém desconfiava de ninguém. Não precisava ter medo. Todo mundo acreditava que era preciso mudar muita coisa nas relações da escola e das comunidades com a natureza. Foi bom descobrir que estávamos pesquisando e que é bom ter curiosidade e que podemos mudar muita coisa sem machucar a natureza. Foi bom porque pensamos muito. E é preciso pensar. Pensar é bom. Pensar é bom para mostrar coisas novas.*

As crianças mostraram, nestas palavras lúdicas e lúcidas, a força de seus olhares críticos, percebendo as urgências de suas atividades coletivas, agregando sentidos aos saberes e experiências absorvidas na intervenção. Palavras que conectam nossas buscas com o poder da educação e suas ferramentas libertadoras (Freire, 2016). A comunicação, em uma arena de produção coletiva, foi percebida como ponto importante pelas crianças (Howes et al., 2017). Esta parceria tornou-se fundamental para cuidarmos das armadilhas que emperram a eficácia de intervenções com educação ambiental em escolas (Jagosh et al., 2015). Desenhamos nossa intervenção em diálogo com outras leituras, articulando saberes e experiências locais, do contexto das crianças e das produções acadêmicas (Fraser et al., 2005).

As produções coletivas advindas deste estudo reforçaram os sinais de ganhos importantes que foram gerados na escola. Dentre estes, pode-se destacar: (a) apropriação, por parte das crianças e da escola, das possibilidades de se trabalhar com pesquisa ação participativa para aumentar a percepção ambiental nas ações de suas comunidades. (b) Reconhecimento da importância da educação ambiental como instrumento de sensibilização e reflexão no contexto das mudanças climáticas. (c) Percepção das contribuições transformadoras das crianças, quando suas vozes são percebidas e respeitadas. (d) Estruturou-se um projeto de extensão, contribuindo para a inovação e produção científica, articulando diálogo entre leituras, a universidade, a escola e os saberes locais. (e) Evidenciou-se a força coletiva das crianças produzindo, capacidade adaptativa às mudanças climáticas (Freire, 2018; Jacobi, 2003; IPCC, 2014). (f) Houve a adoção, por parte da escola, da estrutura desenhada pelas crianças como projeto interdisciplinar, que providenciou recursos para algumas ações, horta orgânica, pista de caminhada e corrida, roda de leitura à sombra do ingazeiro e agroecologia. Estas ações são partes do quarto ciclo e seguirão com o retorno das atividades da

escola, interrompidas pela pandemia de Coronavírus, de 2020.

Espremidas dentro de uma lógica perversa dos tempos capitalistas, as crianças são expostas a um nível de violência devastador. Violência física, psicossocial, patriarcal e a violência estrutural do sistema predatório, quase sempre representado pelas garras que devastam o Cerrado, na prática da monocultura e pela ausência do Estado. Este contexto transforma estas crianças e suas comunidades em pessoas vulneráveis e ameaçadas pelos desafios das mudanças climáticas (Brasil, 2016b). Contudo, os sinais de destruição, presentes em seus discursos, foram diminuindo com a sensibilização vivenciada no decorrer da intervenção. Nas últimas atividades, as marcas de angústia e desolação deram lugar aos embates por uma utopia sustentável. Ainda que tentássemos justificar as manifestações das crianças como rompantes de inocência, de dramaticidade contundente e experiências infantis, por poucos anos de leituras, esta justificativa não seria consistente. Os sinais de suas percepções evidenciam sensibilidade, empoderamento, identidade e um forte senso de compreensão do contexto no qual pelejam (Freire, 1988). Quando denunciam a devastação ambiental, a perda da resiliência do solo, o desaparecimento de espécies e a instabilidade do clima, suas leituras são consistentes e bem articuladas com as produções científicas recentes (Ford & Pearce, 2010; IPCC, 2014; Peace & Myers, 2012; Rodrigues Filho et al., 2014; Tamaio, 2013).

Convidadas a tomarem parte na construção de um ambiente saudável para um futuro sustentável, as crianças agiram com determinação. Sequer levaram em conta que o faziam para épocas nas quais não colheriam, diretamente, os frutos de suas ações, pois não estariam mais naquela escola. Ainda assim, contrariando Tuan (1980), manifestaram-se, indo muito além de impulsos biológicos e, sensibilizadas por suas percepções ambientais, demonstraram empatia e respeito às demais formas de vida dos ecossistemas (Pavarino, Del Prette, & Del Prette, 2005). Entenderam que desenhar o futuro foi, talvez, o que fizeram as pessoas que por ali atuaram antes delas, permitindo que se encontrassem naquele contexto.

Como limitações, apontamos o fato da intervenção não ter sido acompanhada por professoras ou professores e sim por monitoras e monitores que não permanecerão na escola, o que poderá dificultar a implementação e continuidade das atividades propostas. As atividades desenvolvidas no segundo ciclo não foram conectadas às ações do estudo, pela ausência de membros do corpo

docente na intervenção. O estudo não conseguiu atingir dois de seus objetivos, antes da finalização deste capítulo e da dissertação da qual ele é parte. Trata-se do início das atividades propostas pelas crianças e de um encontro com estas e suas famílias para o compartilhamento dos resultados da pesquisa e da intervenção, atividades interrompidas pela pandemia provocada pelo Coronavírus em 2020.

Estudos futuros poderão privilegiar pesquisas longitudinais, acompanhando as crianças em suas percepções, auxiliando-as na problematização destas leituras com suas famílias, suas comunidades e seus entornos. Estas reflexões serão importantes para a produção de capacidade adaptativa aos desafios impostos pelas mudanças climáticas (IPCC, 2014; Smit & Wandel, 2006).

A educação ambiental terá muito a agregar nas ações das escolas de educação do campo. Estas ações serão ainda mais sustentáveis quando realizadas com o envolvimento de professoras e professores, com atenção ao contexto para a proposição de temas relacionados aos entornos (Saito, 1999). Destaca-se também a necessidade de propor ações fora da escola, envolvendo os estudantes e as comunidades, considerando os contextos conflituosos nos quais estão inseridos.

## Considerações Finais

O estudo evidenciou e fortaleceu a importância da educação ambiental como instrumento de problematização e sensibilização para se desenvolver e aprimorar a percepção ambiental em crianças da educação do campo. Destacou a força dos saberes locais e das experiências do entorno. Ressaltou a necessidade de escutar as vozes destas pessoas, pois demonstraram possuir senso de coletividade e recursos importantes para a produção de capacidade adaptativa aos desafios das mudanças climáticas. As crianças articularam suas reflexões e produções com os objetivos Política Nacional de Promoção da Saúde, ao evidenciarem a importância de atividades coletivas, considerando as complexidades e urgências dos entornos, propondo ações baseadas na comunidade, capazes de favorecer saúde por um ambiente sustentável, num contexto seguro, justo e inclusivo (Brasil, 2015).

Outrossim, o estudo indicou a importância de se desenvolver intervenções ambientais, no contexto das mudanças climáticas, com atenção às urgências dos entornos. Para isto, faz-se necessário dar atenção ao papel das crianças nestas

arenas. Ao se desenhar projetos levar em conta suas proposições que, conforme percebido nesta intervenção, produzem informações valiosas em resposta às vulnerabilidades socioambientais de seus entornos, que contribuirão na produção de um ambiente sustentável. Desta feita, o estudo possibilitou a inserção das atividades da intervenção na rotina das crianças e da escola, contribuindo para o debate em torno das mudanças climáticas, da educação do campo e da educação ambiental. Abrindo assim, possibilidades para rodas de conversa, envolvendo a sociedade nas questões socioambientais, assim como a necessidade de se ampliar este debate para as propostas de formação de professores com criticidade e problematização para estas reflexões.

Estas crianças têm muito a nos dizer. Ouvir suas vozes será transformador. Ao refletirem sobre as questões climáticas e ambientais, que apresentam-se como desafio ao contexto no qual estão inseridas, propuseram e defenderam maneiras de se viver em harmonia com as diversidades ecossistêmicas. Apresentaram-se com uma profunda capacidade para a compreensão de uma ética ambiental. Ao pensarem em outras pessoas, sejam estas de seus entornos familiares, sejam estas de seus entornos ecossistêmicos, o fizeram desenhando uma utopia sustentável.

## Referências

- Brasil (2011). Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional, CAISAN. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, Artigo 225. Brasília: Senado Federal.
- Brasil (2012). Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Ambiental. Brasília: Ministério da Educação.
- Brasil (2016a). Mudanças Climáticas e Recursos Hídricos: avaliações e diretrizes para adaptação. Brasília: Agência Nacional das Águas (ANA).
- Brasil (2016b). Plano Nacional de Adaptação à Mudança do Clima, PNAMC. Brasília: Ministério do Meio Ambiente.
- Brasil (2002). Política Nacional de Educação Ambiental (PNEA). Brasília: Ministério do Meio Ambiente.
- Brasil (2015). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Barbier, R. (2007). A pesquisa-ação. (L. Didio, trad.). Brasília: Liber Livro Editora.
- Barraza, L., & Cuarón, A. D. (2004). How values in education affect children's environmental knowledge. *Journal of Biological Education*, 39(1), 18-23, <https://doi.org/10.1080/00219266.2004.9655949>
- Benjamin, W. (2012). Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. (S. P. Rouanet, trad.). São Paulo: Editora Brasiliense.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Bursztyn, M., Rodrigues Filho, S., & Saito, C. H. (2016). Mudanças climáticas e desenvolvimento regional. In M. Bursztyn & S. Rodrigues Filho (Eds.), *O clima em transe: vulnerabilidade e adaptação da agricultura familiar* (pp. 9-15). Rio de Janeiro: Garamond.
- Caldart R. S. (2012). Educação do campo. In R. S. Caldart, I. B. Pereira, P. Alentejano & G. Frigotto, (Eds.), *Dicionário de Educação do Campo* (pp. 257-265). São Paulo, Brasil: Expressão Popular.
- Carta de Ottawa. (1986, novembro). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Retrieved from [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)
- Brasil, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 30-36.
- Creswell, J. W. (2010). Projeto de pesquisa (métodos qualitativos, quantitativos e mistos). (M. F. Lopes, trad.). São Paulo: Artmed.
- Dutra, K. G. M., & Higuchi, M. I. G. (2018). Percepções ambientais de crianças que vivem em espaços degradados na Amazônia. *Ambiente & Sociedade*, 21, e00871
- Ford, J. D., & Pearce, T. (2010). What we know, do not know, and need to know about climate change vulnerability in the western Canadian Arctic: a systematic literature review. *Environmental Research Letters*. <https://doi.org/10.1088/1748-9326/5/1/014008>
- Foucault, M. (1986). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, Brasil: Forense Universitária.
- Frasera, E. D. G., Dougilla, A. J., Mabeeb, W. E., Reeda, M., & McAlpine, P. (2005). Bottom up and top down: Analysis of participatory processes for sustainability indicator identification as a pathway to community empowerment and sustainable environmental management. *Journal of Environmental Management*, 78, 114-127.
- Freire, P. (1988). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.
- Freire, P. (2016). *Pedagogia da autonomia*. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.
- Freire, P. (2018). *Pedagogia da esperança*. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.
- Howes, M., Wortley, L., Potts, R., Howes, A., D., Neumann, S. S., Davidson, L., Smith, T. & Nunn, P. (2017). Environmental sustainability: A case of policy implementation failure? *Sustainability*, 9, 165. <https://doi.org/10.3390/su9020165>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2014. Retrieved from [https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/05/SYR\\_AR5\\_FINAL\\_full\\_wcover.pdf](https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2018/05/SYR_AR5_FINAL_full_wcover.pdf). Pachauri, R. K., & Meyer, L. A. (Eds.). (2015). *Climate Change 2014: Synthesis Report*.
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). 2012. Glossary of terms. In: *Managing the Risks of Extreme Events and Disasters to Advance Climate Change Adaptation*. [Field, C.B., V. Barros, T.F. Stocker, D. Qin, D.J. Dokken, K.L. Ebi, M.D. Mastrandrea, K.J. Mach, G.-K. Plattner, S.K. Allen, M. Tignor, and P.M. Midgley (eds.)]. A Special Report of Working Groups I and II of the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Cambridge University Press, Cambridge, UK, and New York, NY, USA, pp. 555-564. 2012. Retrieved from <https://www.ipcc.ch/report/managing-the-risks-of-extreme-events-and-disasters-to-advance-climate-change-adaptation/>
- Jacobi, P. (2003). Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. *Cadernos de Pesquisa*, 118, 189-205.

- Jacobi, P. R., Guerra, A., F. S., Sulaiman, S. N., & Nepomuceno, T. (2011). Mudanças climáticas globais: a resposta da educação. *Revista Brasileira de Educação*, 16(46), 135-148.
- Jagosh, J., Bush, P. L., Salsberg, J., Ann, C. M., Wong, G., Cargo, M., Greens, L. W., Herbet, C. P., Pluye, P. (2015). A realist evaluation of community-based participatory research: partnership synergy, trust building and related ripple effects. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1949-1>
- Lusz, P. (2010). *Sapaiada Sem Brejo*. Goiânia: Porã Cultural.
- May, C. R., Johnson, M., & Finch, T. (2016). Implementation, context and complexity. *Implementation Science*. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0506-3>
- Melazo, G. C. (2005). Percepção ambiental e educação ambiental: uma reflexão sobre as relações interpessoais e ambientais no espaço urbano. *Olhares & Trilhas*, 6, 45-51.
- Molina, M. C. (2006). *Educação do Campo e Pesquisa: questões para reflexão*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário.
- Mónico, L. S., Alferes, V. R., Castro, P. A., Parreira, P. M. (2017). A Observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3.
- Organização das Nações Unidas (2017). *Agenda 2030, Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, ODS 13*. Rio de Janeiro: ONU.
- Organized The United Nations Education, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO) (1977). *Intergovernmental Conference on Environmental Education*. Tbilisi: UNESCO.
- Pavarino, M. G., Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2005). O desenvolvimento da empatia como prevenção da agressividade na infância. *PSICO*, 36(2), 127-134.
- Peace, D. M. & Myers, E. (2012). Community-based participatory process – climate change and health adaptation program for northern First Nations and Inuit in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 18412. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v71i0.18412>
- Peruzzo, C. M. K. (2003, setembro). Da observação participante à pesquisa-ação em comunicação: pressupostos epistemológicos e metodológicos. III Colóquio Brasil-Itália de Ciências da Comunicação. Belo Horizonte: INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. Retrieved from [http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2003/www/pdf/2003\\_COLOQUIO\\_peruzzo.pdf](http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2003/www/pdf/2003_COLOQUIO_peruzzo.pdf)
- Ribeiro, D. (2016). *O Brasil como problema*: Brasília: Editora da UnB.
- Rodrigues Filho, S. Reis Junior, D. S., Martins, E. S. P. R., Avila, A. M. H., Gustavo, F., Ferrer, J. T. V. . . . . Debortoli, N. S. (Eds.). (2014). *Impactos, vulnerabilidades e adaptação às mudanças climáticas. Contribuição do Grupo de Trabalho 2 do ao Primeiro Relatório da Avaliação Nacional sobre Mudanças Climáticas. Impactos regionais, adaptação e vulnerabilidade ao clima e suas implicações para a sustentabilidade regional no Brasil*. Rio de Janeiro: Painel Brasileiro de Mudanças Climáticas, PBMC. Retrieved from [http://www.pbmc.coppe.ufrj.br/documentos\\_publicos/GT2/GT2\\_volume\\_completo\\_cap8.pdf](http://www.pbmc.coppe.ufrj.br/documentos_publicos/GT2/GT2_volume_completo_cap8.pdf)
- Saito, C. H. (1999) “Cocô na praia, não!” *Educação ambiental, ensino de ciências e lutas populares. Ambiente e Educação*, 4, 45-57.
- Santos, M. (2006). *A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Sato, M. (2003). *Educação Ambiental*. Rima.
- Silva, C. C., & Borges, T. F. (2017). Análise temática dialógica como método de análise de dados verbais em pesquisas qualitativas. *Linhas Críticas*, 23(51), 245-267.
- Smit, B., & Wandel, J. (2006). *Adaptation, adaptive capacity and vulnerability*. *Global Environmental Change*. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.03.008>
- Stern, N., Peters, S., Bakhshi, V., Bowen, A., Cameron, C., Catovsky, S., . . . . . Zenghelis, D. (2006). *Stern review: The economics of climate change, Executive summary*. London: HM Treasury.
- Tamaio, I. (2013). *Educação ambiental e mudanças climáticas, diálogo necessário num mundo em transição*. Brasília: Ministério do Meio Ambiente.
- Toledo, R. F., & Jacobi, P. R. (2013). Pesquisa ação e educação: compartilhando princípios na construção de conhecimentos e no fortalecimento comunitário para o enfrentamento de problemas. *Educação & Sociedade*, 122 (34), 155-173.
- Tozoni-Reis, M. F. C. (Ed.). (2007). *A Pesquisa-Ação Participativa em Educação Ambiental: reflexões teóricas*. São Paulo: Annablume Editora.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica: *Educação e Pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Tuan, Y. F. (1980). *Topofilia, um estudo de percepção atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo: Difel.
- Viégas, A., & Guimarães, M. (2004). Crianças e educação ambiental na escola: associação necessária para um mundo melhor? *Rede Brasileira de Educação Ambiental*, 1, 56-62. Retrieved from [http://www.academia.edu/9675257/Educao\\_como\\_processo\\_na\\_construcao\\_da\\_cidadania\\_ambiental](http://www.academia.edu/9675257/Educao_como_processo_na_construcao_da_cidadania_ambiental)
- World Commission on Environment and Development. *Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future*; United Nations: New York, NY, USA, 1987.
- Xavier, C. L., & Nishijima, T. (2010). Percepção Ambiental Junto aos Moradores do Entorno do Arroio Tabu no Bairro Esperança em Panambi/RS. *Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental*, 1(1), 47-58.



## Enquanto Houver Sol: Exemplo do Mapa Corporal Narrado na Promoção da Saúde de Pessoa em Situação de Rua<sup>4</sup>

Ana Luísa Coelho Moreira  
Nathália da Silva Soares Alves  
Maria Luiza Macedo  
Maria Inês Gandolfo Conceição

A atuação no campo da prevenção e da promoção da saúde tem sido amplamente discutida no âmbito nacional e internacional e representam um esforço interdisciplinar e intersetorial para superar as abordagens biomédicas sobre os problemas de saúde (Magalhães, 2016). Entretanto alguns desafios sobressaem quando adentramos realidades que explicitam as iniquidades e as barreiras de acesso presentes no cenário brasileiro. Percebe-se que, para alcançar os caminhos para a promoção da saúde, um olhar minucioso e específico para determinadas populações faz-se urgente e necessário, a fim de promover conjuntamente transformações sociais e aprimoramento das políticas públicas. Para isso, paradigmas estanques e crenças universalistas precisam ser revistos, com vistas a abrir espaços para o uso de novas metodologias que busquem a aproximação das pessoas com a realidade em que vivem, em uma perspectiva de atuação e ressignificação das experiências.

Neste texto apresenta-se um relato de experiência com base no uso do mapa corporal narrado para populações vulnerabilizadas, com vistas à promoção da saúde. Os dados empíricos apresentados referem-se a um estudo, realizado no âmbito do projeto de pesquisa intitulado Mapa Corporal e História de Vida de Pessoas em Situação de Rua: Caminhos Rumo à Autonomia (apoio: FAPDF, CNPq). Este trabalho possibilitou inúmeros “despertares”, uma vez que traz à tona

a sensibilidade do olhar e da escuta sobre o corpo, aliada ao fato de poder reviver as histórias de vida e ressignificá-las. Trazer esse olhar para o *lôcus* da pesquisa em psicologia clínica é reconhecer e acolher os processos de transformação, na perspectiva do cuidado, concomitantemente ao exercício da ética e do compromisso social, pois leva-se em conta a “dimensão subjetiva inerente ao encontro terapêutico, oferecendo assim uma alternativa para a superação da dissociação entre atividade clínica e atividade científica” (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011, p. 509).

O estudo está fundamentado na aplicação do mapa corporal narrado, uma metodologia visual e criativa no campo da pesquisa qualitativa que utiliza as narrativas pessoais, por meio do desenho do corpo em tamanho real, a partir de recursos gráficos como desenhos, pinturas, colagens, fotografias, recortes de revistas, jornais, papéis e tecidos (Gastaldo, Carrasco, Magalhães, & Davy, 2012). Entende-se que pensar a promoção da saúde, no âmbito da pesquisa em psicologia, é considerar os elementos processuais de transformação dos sujeitos de maneira intersubjetiva, pois coloca-se como método de investigação e concomitantemente como processo terapêutico.

Assim, pretende-se com este capítulo apontar como o mapa corporal pode se mostrar uma metodologia acessível para trabalhar com populações vulnerabilizadas, aqui especificamente com as mulheres em situação de rua, por ser uma ferramenta que promove uma reflexão crítica acerca dos processos subjetivos de ser mulher e de vivenciar as ruas. O mapa estimula o modo de se expressar de cada um(a), sem exigir qualquer conhecimento prévio ou domínio de determinada linguagem verbal. O que importa nesse fazer é a possibilidade de construção conjunta, pesquisadora-participante, sendo que o conhecimento é a bagagem que o sujeito traz como narrativa da sua própria história.

### Promoção da saúde em contextos vulnerabilizantes

A busca pela transmutação de conceitos e teorias biomédicas, focadas na doença, por práticas mais interativas e criativas vem ganhando destaque no campo da promoção da saúde. Fortes críticas ao modelo hospitalocêntrico, à massiva medicalização da saúde e à invisibilidade de práticas que utilizam

<sup>4</sup> Agradecemos o apoio da FAPDF e a bolsa do CNPq concedida à última autora.

saberes tradicionais são recorrentes no Brasil e no mundo, o que implica em uma reorganização sobre os rumos da saúde e seus desdobramentos para a sociedade. Com a ascensão do capitalismo neoliberal no final do século XX, o conceito de promoção da saúde eclode no cerne da medicina preventiva, tendo como objetivo inicial, tanto a necessidade de exercer um controle financeiro dos gastos em saúde, como também alinhar as abordagens médica e social, considerar os reflexos do envelhecimento populacional, a cronicidade das doenças mais comuns e os contextos de vida da população (Czeresnia, 2009).

A inspiração da Carta de Ottawa de 1986 (WHO, 1986) trouxe importantes contribuições para a promoção da saúde, uma vez que convocou diversos atores como o Estado, a comunidade, os indivíduos, o sistema de saúde, as parcerias intersetoriais e internacionais em um compartilhamento de responsabilidades e estratégias (Buss, 2009). Na mesma direção, outras pontuações foram ressaltadas, como a relevância de valorizar o saber e a participação popular na formulação e execução das ações. Esse marco institucional e político galgou estratégias como: a defesa da saúde, a capacitação de pessoas (profissionais e comunidade) e a mediação, necessária para o diálogo entre diferentes interesses na área da saúde. Propuseram, ainda, cinco campos de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (Buss, 2009).

Esses campos de ação serviram de base para uma significativa virada nos modos de lidar com a saúde em todo o mundo, pois instaurou-se a possibilidade de vislumbrar não só a doença, mas o adoecimento como um processo que ganha a influência de múltiplos fatores e pode abarcar intervenções oriundas de diversas áreas do conhecimento. No final dos anos 1990, a ideia de autonomia na saúde começou a ganhar forças, contrastando com o pensamento conservador vigente na época, que foi marcado pelo movimento de desresponsabilização progressiva do Estado para com os sujeitos, colocando-os como agentes e responsáveis pela própria saúde (Czeresnia, 2009). Tendo em vista os modos de existência em uma sociedade capitalista, questionamentos começaram a ser feitos em razão de os sujeitos se tornarem reféns das lógicas mercantis, que os levariam a viver apenas com um residual do que lhes é permitido, conferindo-lhes escassas possibilidades de gerir a própria saúde.

Nesse sentido, as iniquidades sociais, culturais e econômicas tornam-se mais evidentes, por incidirem diretamente na população que não consegue acessar seus direitos e tampouco alcançar as políticas públicas. Diante dessas circunstâncias que vulnerabilizam a população, considera-se necessária a criação de estratégias específicas de atuação, com vistas a alcançar o debate nos diferentes níveis de poder do Estado e promover a saúde integral, tendo em vista a singularidade de cada sujeito. Embora o campo da saúde tenha a necessidade de se basear no discurso universal para respaldar a garantia do acesso de todas as pessoas, o conceito de promoção da saúde tenta aproximar-se mais das realidades, na medida em que considera o contexto e seus múltiplos fatores biopsicossociais que envolvem não apenas o sujeito isolado, mas também a sua coletividade e o contexto.

O contexto, por sua vez, pode ser entendido como vulnerabilizante pois, conforme Sanchez e Bertolozzi (2007), a vulnerabilidade é um conceito complexo que abrange dimensões macrosociais que vão desde a dimensão singular – que se traduz na relação da pessoa com o coletivo, bem como da sua capacidade pessoal de reação no enfrentamento de doenças e outros agravos. Há também a dimensão estrutural – que considera o contexto como lócus de vulnerabilidade e também cenário propício aos processos de exclusão e discriminação pelos quais o indivíduo atravessa. Assim, pode-se ressaltar que planejar ações que visem à promoção da saúde requer um trabalho que perceba a realidade local, agregado a prerrogativas que valorizem os saberes populares construídos e desenvolvidos na comunidade como conhecimento, reconhecimento e apropriação do seu contexto social para possibilitar mudanças. Tais potencialidades podem contribuir para ampliação da percepção de si e do ambiente, e igualmente estimular o cuidado de si e dos demais.

As linhas onde se ancoram a promoção da saúde convergem firmemente com a educação libertária de Paulo Freire (1999), na medida em que desconstrói a educação em saúde como uma educação bancária, cujo conhecimento é apenas repassado, “depositado”. De acordo com Borges e Barletta (2015), a promoção da saúde, baseada nos pensamentos freireanos, tem como premissa fundamental a liberdade e o diálogo para alcançar a qualidade de vida, possibilitando o rompimento de padrões elitistas sustentados pelo sistema opressor que, muitas vezes, funciona como manutenção de níveis hierárquicos de poder. Além disso,

essa perspectiva permite uma maior aproximação das especificidades de cada sujeito, buscando eliminar barreiras e priorizar a troca entre as pessoas.

Considerando que os desafios impostos à promoção da saúde, enfrentados na contemporaneidade, estão diretamente ligados às injustiças sociais que se apresentam, Porto e Pivetta (2009) destacam o olhar para a promoção emancipatória da saúde que pode ser compreendida no cerne do diálogo que valoriza conhecimentos a partir da própria realidade vivenciada no território. Os espaços começam a ser construídos de forma processual nos quais o ponto de partida é de fato onde os fatos acontecem, aliados a uma visão participativa, socioambiental e territorial.

Uma das ferramentas disponíveis para o acesso das subjetividades e para a promoção da saúde em populações vulneráveis tem sido o Mapa Corporal. Um dos motivos da escolha dessa ferramenta se deve ao fato de ter uma linguagem acessível, demandar materiais simples (como lápis, tinta e papel) e ser facilmente compreendido e aplicado, possibilitando de maneira lúdica e interativa, o envolvimento dos sujeitos. O exercício do mapa corporal vai ao encontro do que se propõe o conceito de promoção da saúde, uma vez que o protagonismo do sujeito é o primordial no espectro dos determinantes de saúde, e o corpo torna-se central, considerado como uma unidade complexa que requer, entre outras coisas, a necessidade de autocuidado. Todavia, como uma metodologia de pesquisa, esta prática não pretende investigar para se chegar a uma verdade absoluta e muito menos estar imbuída de uma suposta neutralidade diante do que é vivenciado. O mapa corporal pressupõe que a pessoa possa se permitir sentir o que aquela experiência a proporciona, a partir das narrativas produzidas e das elaborações sobre o que se apresenta.

Para estudos na área de saúde, a narração de histórias do corpo-mapa pode revelar múltiplos determinantes sociais de saúde ou focar determinantes específicos e suas intersetorialidades. O mapa corporal junto com história de vida é um método muito útil porque aumenta a qualidade da descrição dos participantes, torna o corpo biológico, emocional e social vivido em suas narrativas e suporta sua visualização de problemas enfrentados e se torna também fonte de pontos fortes. Na literatura internacional, os mapas corporais têm sido descritos como uma ferramenta poderosa para elucidar o estado de saúde percebido e para promover a autoavaliação na identificação de questões de saúde e segurança (Keith & Brophy, 2004; Keith, Brophy, Kirby, & Roskam, 2002).

## O mapa corporal narrado como instrumento de pesquisa e intervenção

O primeiro relato acadêmico sobre mapa corporal, com finalidades semelhantes, foi feito por MacCormack e Draper (1987) na Jamaica, com vistas a trabalhar com a fertilidade de mulheres que viviam em zonas rurais. O trabalho se expandiu para a África do Sul, em 1999, com o psicólogo Jonathan Morgan, que desenvolveu um projeto terapêutico denominado *Memory Box Project*. O projeto trabalhava o tema da morte com um grupo mulheres que viviam com HIV/aids, denominado *Bambanani Women's Group*, com o intuito de registrar suas memórias para seus entes queridos (Gastaldo, Rivas-Quarneti, & Magalhães, 2018). Posteriormente, inspirado no *Memory Box Project*, a artista Jane Solomon, por meio da arteterapia, começou a trabalhar com mulheres soropositivas, visando a diminuir os estigmas associados ao HIV e a protestar contra as dificuldades de acesso a medicamentos antirretrovirais. A técnica do mapa corporal, sob a perspectiva de arte-cultura-saúde, também foi desenvolvida em outros locais do continente africano, como em Nairóbi (Quênia), por meio do Projeto Art2Be e do Projeto TICAH - *Trust for Indigenous Culture and Health*, que visavam à promoção da saúde de forma criativa e terapêutica (MacGregor, 2009).

Entre meados de 2007 e 2009 no Canadá, as pesquisadoras Denise Gastaldo e Lilian Magalhães adaptaram a técnica como metodologia de pesquisa qualitativa, com o intuito de desenvolver o mapeamento corporal individual, enfocando questões de saúde dos trabalhadores indocumentados em contexto de migração. Afim de aprimorar e registrar o manejo do mapa corporal e suas implicações para a prática, as pesquisadoras elaboraram um guia de orientações sistematizadas que organiza o processo de aplicação do mapa corporal em três grandes elementos essenciais: 1) a criação visual do desenho do mapa corporal em tamanho real; 2) a narrativa ou testemunho, em primeira pessoa, sobre as experiências vividas; e 3) a “chave” ou registros para analisar e interpretar os símbolos, imagens e *slogans* utilizados ao longo da confecção do mapa (Gastaldo et al., 2012).

Um dos grandes diferenciais que se destaca na aplicação do mapa corporal é a capacidade de adaptação a diferentes culturas, valores e crenças (Matos, Silva,

& Garcia, 2018), o que propicia ao participante imprimir a sua singularidade, conforme as especificidades do contexto. Ademais, essa metodologia apresenta um produto visual que se constitui a partir da narrativa, permitindo uma facilidade de comunicação e expressão dos sentimentos, marcas e histórias. Isso mostra como o mapa corporal extrapola a função de coleta de dados, pois provoca o sujeito a trazer à tona experiências de vida que se conjugam entre passado, presente e futuro. Na mesma direção, o caráter participativo que o mapa corporal aponta traduz a importância social e política da ferramenta, visto que oferece aos participantes maior visibilidade e consciência da politização dos seus corpos, revelando outras possibilidades de existência para além do momento em que cada um se encontra.

A politização de métodos de pesquisa baseados em produções artísticas foi abordada por MacGregor (2009), ao evidenciar que um corpo é uma fonte de saber político; as leis, políticas públicas, modos de vida são marcados nos corpos das pessoas e todo o contexto biopolítico e social a atravessam. Por isso, o autor afirma que dar voz ao corpo é uma ferramenta política. O mapa permite que esse sujeito se enxergue e conte sua história sob seu ponto de vista, possibilitando também uma integralidade nesse olhar, sem seleção de partes, sem explorações que não representam quem ele realmente é; o controle é do participante, ele pode se mostrar íntegro (Gelatti & Angeli, 2019). Maina, Sutankayo, Chorney e Caine (2014) apontam que ter contato com histórias e conhecer determinadas populações, em específico pacientes com HIV, torna as pessoas mais empáticas e mais suscetíveis a mudança e a quebra de preconceito.

Os mapas corporais permitem uma melhor percepção e atenção desses sujeitos vulnerabilizados. Há poucos estudos que discutem o assunto em profundidade: vários estudos falam sobre essa população, mas há poucos estudos em que essa população fala. Pesquisas com públicos vulneráveis podem ser complexas de se conduzir devido a uma grande chance de restrição, fetichização e estereotipização do participante por parte do olhar do pesquisador que nunca vivenciou, conviveu ou esteve com um sujeito como aquele. A estigmatização e o preconceito desses públicos restringem o olhar do pesquisador. O mapa permite ao sujeito novas formas de narrar a si mesmo, diferentes possibilidades de narrativa. A construção do mapa corporal se dá de forma holística, em que se pode ver corpo, mente e contexto como parte do sujeito (Skop, 2016).

Além dos aspectos já abordados, o mapa corporal também se mostra uma ferramenta adequada devido ao uso da linguagem visual. O vocabulário, o nível de alfabetização e as diferenças culturais são aspectos que podem inibir os participantes de aceitarem contribuir com pesquisas que utilizem métodos clássicos como entrevistas e questionários (Davy, Magalhães, Mandich, & Galheigo, 2014). Ademais, Dew, Smith, Collings e Savage (2018) problematizam as pesquisas nas quais subjaz a ideia de que todo conhecimento é redutível à linguagem verbal. Existem inúmeras experiências que são difíceis de se colocar em palavras, seja por sua intensidade ou por elas descreverem aspectos essencialmente corporais que não são da ordem do discurso apenas.

A escolha do instrumento do mapa corporal narrado como via de promoção da saúde de pessoas em situação de rua se justifica pelo fato de que o mapa consegue articular e integrar a teoria e a prática, incita o participante a ser o ponto principal da pesquisa por meio da expressividade de suas opiniões, crenças, valores e sentimentos. Além disso, o instrumento valoriza outros componentes que atravessam os sujeitos, tais como a compreensão política, social, espiritual e afetiva.

Pensar a estratégia de utilização do mapa corporal é uma forma de pensar a promoção da saúde desde o início da pesquisa, passando pelo processo de intervenção e posteriormente de elaboração. Assim como afirma Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), o conceito de intervenção na pesquisa pode ser ampliado para pensar a promoção da saúde a partir do fortalecimento do sujeito de forma potencializadora para provocar mudanças. Em outras palavras, configura-se como um desafio metodológico capaz de atribuir sentido e significados para o sujeito e para o pesquisador. A valorização da experiência e da heterogeneidade que compõe cada processo impulsionam os processos de subjetivação em relação à realidade vivenciada e à interpretação dessa realidade.

O mapa corporal narrado é particularmente significativo para compreender a interseção de contextos globais e locais, bem como representações fragmentadas do eu. Isso pode ser conseguido através da exploração das trajetórias de vida das pessoas ou do senso de múltiplos pertencimentos em contextos como experiências incorporadas. Edwards e DiRuggiero (2011) apoiam a necessidade de metodologias de saúde da população para engajar a noção de contexto e revelar



iniquidades em saúde. Para tanto, propõem três enfoques para o contexto de geração de dados: contextos históricos, globais e dinâmicos / heterogêneos. Por exemplo, em se tratando de população em situação de rua, é importante ter uma metodologia que seja suficientemente flexível para os participantes retratarem como as razões estruturais, intermediárias e pessoais estão interligadas na criação de sua trajetória nas ruas e seus atuais determinantes sociais de saúde, na ausência de qualquer forma de proteção social concedida pela cidadania.

Apesar de ser considerada uma prioridade, e embora haja alguns programas sociais, as políticas ainda são poucas para solucionar o problema de pobreza e vulnerabilidade em que se encontra importante parcela da população brasileira. As Organizações Não Governamentais (ONGs) e as instituições religiosas se destacam nos serviços de amparo a essas pessoas, atuando filantropicamente em ações assistenciais. Ainda no âmbito da assistência, há abrigos temporários e albergues que, de um modo geral, são considerados insuficientes para suprir a demanda dessa população. A complexidade do fenômeno da população em situação de rua, a especificidade do atendimento a essas pessoas – que, por vezes, se dá no próprio espaço da rua – e as dificuldades inerentes à consolidação de uma nova política, fazem com que esse seja um campo de prática desafiador (Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015).

A seguir, será descrita uma experiência de construção de mapa corporal narrado com uma mulher adulta em situação de rua, a título de ilustração. A participante concordou em participar da referida pesquisa, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília (CAAE 01610818.3.0000.5540). Foram adotados os cuidados éticos necessários à preservação da identidade e anonimato da participante.

### **As tessituras entre o incomodar e o acomodar**

Sol (nome fictício) é uma mulher de 40 anos, que entre idas e vindas, estava em situação de rua no momento em que nos conhecemos, no Centro Pop localizado no Distrito Federal, equipamento público da política de assistência social destinado ao atendimento de pessoas em situação de rua. Nesse local são realizadas rodas de conversas quinzenais para mulheres, nas quais a primeira

autora participa (e eventualmente as demais autoras) como colaboradora da roda. É um momento rico de acolhida, escuta psicológica, formação de vínculos e realização de debates que refletem diretamente o dia a dia das mulheres nas ruas.

Sol sempre foi muito ativa nas rodas de conversa, esteve presente em quase todos os encontros. Desde o início, escutá-la no coletivo sempre despertou a atenção devido ao seu lado politizado e problematizador do atual contexto socioeconômico e político do país. Essa postura apareceu em distintas ocasiões e percebia-se que sua fala reverberava nas pessoas presentes à roda, pois costumava ser sempre ouvida pelas colegas.

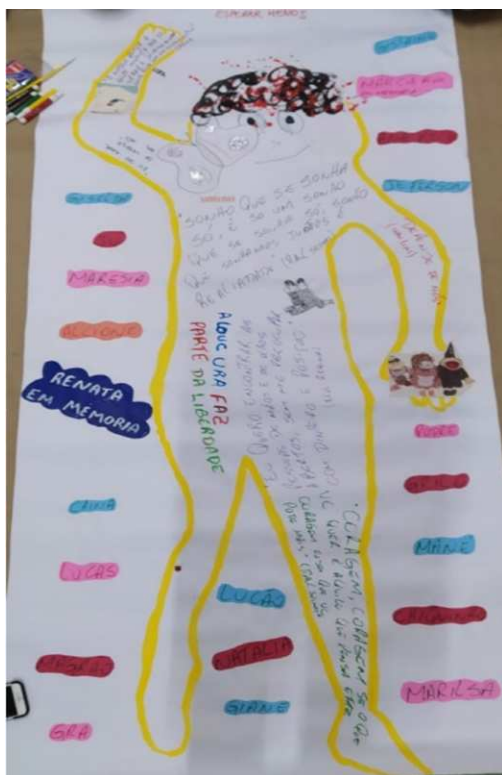
Cerca de meses depois, após alguns vínculos entre nós já estarem estabelecidos, Sol concordou em participar da atividade de construção de seu mapa corporal, momento realizado de forma individual, em um espaço reservado, fora do Centro Pop, no laboratório do PRODEQUI (Programa de Estudos e Atenção às Dependências Químicas) que está situado em Brasília, no Setor Comercial Sul, local onde transita a população assistida pelo Centro Pop. Desse modo, foi garantido a ela um local tranquilo, acessível, sem interrupções e com a devida privacidade e sigilo. Como ela tem uma filha pequena, que sempre a acompanha, também foi pensado um espaço à parte em que a criança pudesse ficar à vontade com atividades lúdicas, acompanhada por uma das pesquisadoras coautoras deste texto, enquanto aguardava a mãe.

Para a aplicação do mapa corporal, foram realizados três encontros (conforme proposto por Gastaldo et al., 2012), no intervalo de aproximadamente dez dias. Em cada encontro houve uma média de duração de uma hora e meia a duas horas e meia. Todas as sessões foram gravadas e filmadas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Declaração de Cessão de Imagens e Áudio. A primeira autora conduziu todos os encontros e contou com a presença das coautoras deste texto.

Sol mostrou-se muito à vontade nos encontros e se dispôs a nos contar a sua história de vida. Um dos primeiros passos do mapa corporal é escolher uma posição que a pessoa deseja e que a represente. Sol, então, escolheu uma postura em que ela está deitada de barriga para cima e com o punho esquerdo estendido, como um sinal de luta. Uma de suas pernas está dobrada e a outra esticada (vide Figura 1). Essa postura escolhida já diz muito do reflexo de sua história de vida,

bem como norteou toda a sua fala, que apresentava elementos de reivindicações, militância social e desacordo com a estrutura política vigente. Ela tem formação superior e ao ser indagada sobre a sua trajetória de vida até ir para as ruas, ela inaugura a sua fala, dizendo: “Eu gosto da rua! Eu fui para a rua por escolha!” E daí iniciamos o nosso caminho de partilha.

Figura 1. Fotografia do mapa corporal construído por Sol.



Fonte: Acervo dos autores.

Sol desabafa dizendo que começou a se questionar por meio de críticas internas e críticas sociais a padrões. Ela começou a se interrogar se tudo o que ela tinha era realmente necessário. Desde a adolescência, essas ideias de romper com os padrões do capitalismo já estavam presentes, pois sua família era muito religiosa e ela menciona que sofria muito por isso, pois os pais justificavam que tudo que acontecia era devido à vontade de Deus.

Sol considera que sua adolescência foi muito ruim até os 20 anos, porque ela não se encontrava. Sua sexualidade era sempre confundida, pois ela não se vestia conforme o “padrão” que a sociedade esperava para uma mulher. Embora houvesse um incômodo, de alguma forma ela sentia que conseguia passar uma mensagem de crítica, questionamento e de choque. Mas, ao mesmo tempo, ela se achava “louca” porque não conseguia encontrar ninguém que pensasse como ela. Então, Sol se auto questionava constantemente e sofria por isso.

Durante a adolescência, Sol chama atenção para o fato de ter conhecido uma professora que a marcou muito, pois essa educadora percebeu em Sol algo diferente, a partir do que ela pensava, de seus escritos e de sua personalidade. Essa professora a incentivou a estudar bastante, dizendo “você pode mudar o mundo com suas ideias, mas terá que estudar muito”. Desde então, Sol relata que passou a “acreditar que poderia ser possível estudar, mesmo sendo pobre”. Ela afirma que antes não pensava em fazer faculdade e chegou até a interromper o ensino médio “nunca foi para mim!”, pois “minha família era muito humilde”; “as pessoas não tinham acesso como de uns anos pra cá”.

Ao ser estimulada a escolher um símbolo para representar no mapa corporal essa fase de sua vida, Sol elegeu a palavra “sintonia” e colocou “na direção do coração, no peito”, pois ela relatou que foi um momento de mudança, pois esta professora a enxergou. Para ela foi um início de muita transformação. Segundo suas palavras, a fase da adolescência foi de muito sofrimento por não ter amigos, por não ter com quem dialogar e não ter quem a entendesse. Relata que o problema em si não era por ser taxada ou observada e sim por se sentir só e não saber quem ela era. Para representar este sofrimento narrado, Sol escolhe pintar, na parte superior da cabeça, caracóis com bastante tinta preta. É interessante que nesse momento, ela faz uma pausa por alguns instantes, reflete e constata que pode ter tido depressão nessa época, porque chorava muito e sentia muito por não ter amigos. Em seguida, ela joga respingos de tinta vermelha nos “caracóis”, dizendo ser a “confusão mental que tinha nessa época da adolescência”.

Um dos pontos de grande destaque no mapa corporal de Sol são as letras de música grafadas ao longo de seu corpo. Ela afirma que a música a ajudou demais e cita algumas letras: “Eu já era rebelde desde a adolescência, gostava de Raul Seixas”; “a música ‘Cidadão’ do Zé Geraldo [suspiros]. Nossa! Eles estão falando o

que eu penso!”. E a partir desse encontro com a música, Sol lembra momentos em que começou a conhecer cada vez mais cantores e cantoras “que falavam sua língua”, “eu pesquisava as letras mesmo sem ter internet”.

Na faculdade, Sol acredita que a “rebeldia se desmascarou” e cessou porque conheceu outras pessoas com ideias mais próximas das que ela acreditava. A relação com os seus pais melhorou muito (embora na atualidade ela afirma que não está boa). O maior medo de seus pais era que ela “engravidasse na adolescência ou se envolvesse com drogas” (como o irmão que é dependente químico), mas depois eles foram entendendo que tais questões não configuravam uma ameaça. Após terminar a faculdade, ela conta que passou a ganhar respeito dos pais, pois foi “a filha mais nova e a que mais deu trabalho na adolescência”, mas que conseguiu entrar na faculdade e isso representava um status para eles. Para simbolizar essas memórias, Sol cantou e escreveu um trecho da música do Raul Seixas, explicando que: “traduz as amizades e alguns professores mais politizados que possibilitaram o ‘sonhar junto’ que a música mostra”.

Ao longo da juventude, Sol diz que começou a se enturmar com o pessoal hippie na cidade do interior onde morava. “Comecei a ir para a praça”. Nessa fase da sua vida, ela novamente estabeleceu algumas conexões de identificação: Sol diz que conheceu o *reggae* e constatou que “tem pessoas que pensam como eu” e conclui: “Eu, então, não era louca. Eu não sabia quem era eu, mas sabia o que eu não gostava, apenas”. Nas primeiras narrativas de Sol sobre a sua ida para as ruas e a influência do movimento *hippie*, ela enfatiza que gosta da rua, da liberdade: “Fui ter a vida *hippie* e *hippie* é rua!”. O seu vínculo com esse movimento foi se fortalecendo e, concomitantemente, intensificaram-se as críticas em relação à cultura capitalista e à cultura do consumo exacerbado. “Até hoje sou assim!”.

A depressão foi um episódio em sua vida que ela constata ter vivido, por consequência de sempre ter sido muito sonhadora e por acreditar que era possível fazer uma revolução. Ela relata que teve algumas crises e parou inclusive de dar aulas. Ao mesmo tempo, recordou momentos significativos, de quando ela, seus amigos e alunos assistiam, toda semana, as sessões da Câmara Municipal, e em seguida, se encontravam para discutir. Na sua rotina, costumava ter atividades sociais e culturais diariamente (grupos de teatro, de discussão, de militância). Porém, depois de algum tempo, Sol acabou passando por uma crise depressiva,

na qual ela atribui à frustração de sonhos e, na sua fala, se responsabiliza por isso, pois acredita que não deveria acreditar demais nas coisas e nas pessoas.

Junto a esses desapontamentos, ela associa sua depressão a decepções políticas e aos impactos do capitalismo vigente. Tais fatos desembocam na ida de Sol para morar junto com a mãe. A relação delas era um pouco conturbada, mas logo ela conheceu uma pessoa com quem começou a se relacionar e rapidamente mudou com ele para o norte do país. Ela narra esses momentos como de muito aprendizado e escolhe a palavra “liberdade” para ilustrar seu mapa corporal. Naquela ocasião, Sol diz que, pensava que viveria a liberdade, no entanto, o relacionamento não estava dando muito certo, em virtude do uso constante de bebidas e outras drogas pelo seu companheiro. Daí, ela se separou e iniciou uma extensa jornada errante, onde pode viajar para diversos lugares, conhecer pessoas e vender seus artesanatos. Os principais vínculos que construiu foi com os *hippies* que ela ia conhecendo em cada localidade: “e aí a gente vai se vinculando, tem vezes que fica todo mundo no mesmo mocó” (lugar onde dormiam ou se abrigavam).

A intinerância na vida de Sol é algo marcante que esteve presente na maior parte das suas narrativas. “Eu sempre fui muito livre, depois dos 20 anos”. Ela faz uma reflexão acerca da liberdade que é muito boa, mas que é passageira, e ressalta: “A liberdade é fantástica, mas ela deixa uma carência, porque você vive coisas e depois você está sozinha novamente. E eu gosto de vínculos. É muito antagônico porque ao mesmo tempo que que gosto da liberdade, eu gosto de estar presente”. No seu mapa corporal, ela escolheu a gravura de um paraquedista voando para representar a liberdade, e colocou perto do punho, junto com a palavra luta. O punho para ela significa luta e liberdade.

Sol, em suas andanças pelo mundo afora, conheceu no norte do país um homem com descendências indígenas. Eles começaram a se relacionar e, segundo suas palavras, era uma pessoa interessante. Tiveram bons momentos juntos. Entretanto, ele era dependente químico e isso gerava alguns efeitos nocivos para a relação. Sol engravidou, mas a relação entre eles não ia bem e, então, ela resolveu voltar para a sua cidade natal. Mencionou que queria também ver a sua avó, uma pessoa querida que estava adoentada. Após a sua decisão, ela caminhou muito nas estradas, não passou bem, ficou internada e acabou perdendo o bebê. Essa experiência fez com que ela decidisse mudar de planos e não voltar mais para casa, pois desejava seguir para outros lugares da região onde estava.

Nesse momento, fazemos juntas algumas reflexões sobre seus principais relacionamentos (os dois anteriores e o atual). Sol aponta que todos fazem ou fizeram uso abusivo de drogas e isso desencadeou uma série de desgastes nas respectivas relações. Ela faz algumas associações com a figura do irmão que é dependente químico e é com quem ela tem uma aproximação maior dentre os familiares. E se questiona, pois se considera uma pessoa que não quer ter preconceitos, não quer ser proibicionista e não quer olhar ninguém de forma diferente. E se interroga: “Eu sei que eu não vou mudar ninguém, mas será que é isso que eu quero nas pessoas? Desde sempre eu quero transformar as pessoas, ajudá-las a acharem seus caminhos”. Imediatamente Sol traz à tona a música da Elis Regina que ela relembra e, posteriormente, coloca em seu corpo, no mapa: “Eu quero encontrar as pessoas de mãos e de olhos abertos, sem me preocupar com dinheiro ou posição”.

Sol constantemente se depara com situações de dubiedade entre o desejo de ser (livre de preconceitos e julgamentos) e os sentimentos contrários que também a compõem. Esses fatores foram sendo pontuados e trabalhados ao longo da construção do mapa, como forma de ressignificar esses lugares. Para ilustrar esses momentos de ambiguidade, por exemplo, ressalta-se quando ela menciona que acredita que “as pessoas são amor” e escreve (no braço erguido no mapa) um trecho da música dos Novos Baianos: “Eu sou amor da cabeça aos pés”. Ao mesmo tempo, quando interpelada pelos sentimentos que dizem respeito a seus relacionamentos amorosos, Sol se coloca como uma pessoa “fria” e revela que nunca foi muito de se apaixonar. Ela declara que se relaciona sempre esperando o fim, “para mim o fim é óbvio”. “Para mim, o amor é pela humanidade, pelas pessoas, mas não de homem assim [...] só tive uma paixão quando adolescente”. Ela escolhe o trecho da música do Cazuza para demonstrar como se sente: “O nosso amor a gente inventa pra se distrair, e quando acaba, a gente pensa que ele nunca existiu.”

Com o mapa corporal, Sol vai se percebendo e conhecendo um pouquinho mais sobre si. Alguns “fantasmas” escondidos ou aqueles que não se deseja ver, começam a ser revelados a partir de seus relatos e, intervenções vão sendo construídas que revelam contradições, resistências e possibilidades de ressignificações. Algo recorrente que também permeou a construção do mapa corporal de Sol foi a temática do aborto, pois, em suas narrativas, ela conta que sofreu três abortos espontâneos (o último inclusive recente, pois ela estava recém

operada no período dos nossos encontros). Chama a atenção que no desenho do mapa corporal não houve nenhum registro sobre esses episódios, embora tivesse sido provocada a fazer alguma menção por meio de símbolos, gravuras e/ou palavras. Mas, por outro lado, foi interessante como que em suas narrativas estava presente um desejo duplo, envolto pela ambivalência entre ser mãe e ter um certo alívio ao saber que as três gestações não evoluíram.

Esses sentimentos estavam imersos nos pensamentos que Sol tinha sobre os companheiros que possivelmente seriam os futuros pais. Ainda que ela revele que em algumas circunstâncias desejou ser mãe, e ficou feliz por concretizar esse sonho ao nascer a sua filha, todavia a assustava muito saber da possibilidade de ter um bebê de alguém que tem “problemas sérios com drogas” ela diz. O último aborto, por exemplo, Sol afirma que “foi uma gravidez nas trompas” e que sentiu um certo alívio quando soube que não iria evoluir, já tinha pensado “em tirar”, pois não se imaginava cuidando de outro filho, na circunstância em que se encontrava. Ela demonstra a preocupação de se posicionar em relação ao aborto e “não ser moralista”, rechaçando a forma como sua família pensa. Na mesma direção, ela faz o contraponto em relação às drogas, defendendo que não quer ter uma postura proibitiva.

No entanto, ao falar sobre o último aborto, Sol remete ao relacionamento atual e fica evidente o sentimento de raiva que ela estava vivenciando pelo homem que seria o pai, pois ela não recebeu nenhum apoio dele desde a descoberta da gravidez, e isso a chateou profundamente. Sol verbaliza que se sente revoltada porque percebe que algo está se repetindo nas suas relações amorosas. Diz se sentir triste, pois costuma ajudar as pessoas e até acolhê-las em casa, mas que se sentiu abandonada pelo companheiro ao perder o bebê e ter que fazer a cirurgia sem nenhum apoio dele. “Se fosse eu, faria diferente com a pessoa”. E completa: “A pessoa fala que ama, mas não ofereceu nenhuma ajuda, de pegar na mão, de ser companheiro. Não faço nada para ter retorno, mas as coisas têm que ser no coletivo. Eu não queria reconhecimento, mas queria que ele tivesse ao meu lado”. Ao ser estimulada a olhar para esse sentimento que ela estava expressando efusivamente, ela fala que recentemente eles se encontraram e ela disse: “Eu xinguei muito ele, coloquei toda a minha raiva para fora”. “Eu queria que ele sentisse a minha dor”.

Diante de todo o contexto, ao ser solicitada que escolhesse um símbolo que a representasse nesses momentos “difíceis”, Sol escolhe uma borboleta como uma

ideia de liberdade e de fragilidade. E se expressa: “Ela [a borboleta] é livre, porém sensível. E a borboleta leva mais tempo da vida dela em metamorfose do que vivendo enquanto borboleta”. Foi possível perceber que pensar a ideia de liberdade e fragilidade causou uma sensibilização em Sol. Ela disse: “Foi muito louco pensar isso porque a vida é essa mudança”. Durante essas falas, nós conversamos sobre a possibilidade de ela aprender a ser essa borboleta em constante transformação.

Posteriormente, ao indagar quem são as pessoas com quem Sol podia contar, ela afirmou que na atualidade não havia ninguém, mas que a avó (que já faleceu) era uma pessoa com quem ela já pode contar, pois mesmo não sendo tão carinhosa, a avó era muito cuidadora, “a matriarca que acolhia todo mundo”; “Ela era brava, moralista, mas muito independente, muito livre. Uma guerreira! Metia a cara!”. Diante dessas memórias, Sol diz que quando se tornou adulta passou a se reconhecer na avó. Ela sente que ambas têm muitas coisas em comum.

Ao mencionar episódios em que sofreu violência, Sol não entra em muito em detalhes, fala sobre o pai da filha dela, que passou por episódios de violência porque ele a considerava “livre demais”. Isso fez com que ela se mudasse para a cidade atual, em virtude de violência doméstica. E expressou: “Se a minha avó estivesse viva, quando eu passei por situação de rua, e de violência eu não teria passado por isso!”. Sol questiona esse poderio masculino de dominação. Relatou que foi o único caso de violência sofrido e que ainda tem contato esporádico com ele; de vez em quando ele pergunta pela filha, porém continua “arrogante e agressivo”.

Ainda em relação à temática da violência, Sol se diz feminista, contudo, se coloca em dúvida perante situações em que a mulher é agredida e outras situações em que o homem que é o agredido. Imediatamente apresentou dois exemplos em que ela “foi a agressora”: Sol verbalizou que já “deu um tapa” na filha e se sentiu mal. Ela também recordou de quando brigou com o atual companheiro e o agrediu, pois sentiu muita raiva e ódio pela atitude dele de “descaso e folga”. Sol problematizou questões de gênero e violência e conversamos sobre essas estruturas de poder, e como elas incidem nas atitudes de homens e mulheres.

No mapa, Sol foi provocada a falar sobre a ocorrência de situações em que ela tenha passado de discriminação ou algum preconceito. A princípio, ela falou que não havia ocorrido nada. Passada uma longa pausa, ela recordou-se de quando era adolescente e morava com os pais. De acordo com seu relato, eles eram

muito pobres e ela recorda de momentos em que não tinha as mesmas roupas que as colegas e das diferenças de classe que se acentuavam na escola. Quando lhe foi perguntado sobre quais eram as marcas que ela tinha sob a pele, ela disse não ter (não mencionou cicatrizes, mesmo sendo indagada sobre isso). Por outro lado, sobre as marcas debaixo da pele, aquelas mais abstratas e invisíveis, Sol revelou um sentimento de mágoa pela mãe, principalmente na infância e na adolescência, tanto por divergência nas questões políticas quanto em relação aos cuidados prestados como mãe que, por vezes, eram repletos de agressão e negligência: “Minha mãe batia muito na gente, e às vezes ela comprava umas coisas só para ela e não pensava na gente”.

Os pontos em que foram tratados os momentos de maior dificuldade, dor ou mesmo sobre crises políticas do país, fizeram com que Sol pudesse verbalizar com mais abertura, os sentimentos de raiva e ódio que estavam bastante presentes. Ela diz enfaticamente: “Eu tô muito mal, porque eu tô com ódio do mundo. Eu sei que tô fazendo errado o contrário do que eu penso por que eu tô sendo intolerante e isso me deixa muito mal. Ódio pelo momento político. Ódio por ele [o companheiro]”. “Eu não quero perder minha essência”.

Através das narrativas de Sol sobre seus sentimentos, foi possível trabalhar com ela suas dores, reconhecê-las e nomeá-las para depois ressignificá-las. Isso a fez refletir sobre seus vínculos do passado e do presente, para depois pensar em como gostaria que fossem no futuro. Sol revelou que se sente sozinha e constata que não tem com quem contar: “Tenho a sensação de não poder contar com as pessoas, me vejo sozinha”. Ela questiona seus vínculos de amizade, uma vez que diz conviver com o pessoal “da rua”, do Centro Pop, que é com quem ela se relaciona diariamente. No entanto, ela desabafa que não se identifica com as pessoas de lá, não consegue desenvolver um bom papo como gostaria.

Observa-se que Sol se sente diferente do que ela denomina “as pessoas em situação de rua”, mas encontra-se em um conflito constante de quem ela é, tal como foi verbalizado o conflito durante a adolescência. E este não lugar é algo que dói nela. “Estou com uma briga muito interna, de quem sou eu?” Sol sente que quer mudar pequenas coisas e quer viver de forma alternativa, mas quer mais dinheiro para não depender de almoçar todos os dias no Centro Pop, por exemplo. Ela menciona que trabalha com artesanato, fabrica produtos alternativos e tem

muito material guardado. Parece haver uma falta de confiança em si mesma, pois informa que já fez “milhares de cursos, porém não consegue fazer isso girar”.

Em contrapartida, ela expõe a sua dificuldade de pedir ajuda para o outro e logo se questiona: “Estou muito viciada em esperar as coisas, será que eu estou acomodada? Mas quero mudar!”. Ela se incomoda: “Eu tenho muito para dar, mas eu não preciso ficar esperando. Eu também tenho coisas para dar. Por que eu estou vivendo disso? Não quero ter que esperar pelo outro.” E, no mapa corporal, escreve e canta o trecho do Raul Seixas no espaço das pernas: “Coragem, coragem, se o que você quer é aquilo que pensa e faz. Coragem, coragem, eu sei que você pode mais”.

Não obstante a liberdade seja algo indispensável para Sol, ela parece estar presa na ambiguidade entre o lugar que acomoda e incomoda. Ela tece duras críticas ao ato de pedir, mas reconhece que o “apelo [das ruas] pode me dar um melhor retorno, retorno certo, mas não é isso que eu quero”. Sol tem algo que reverbera nela de não querer importunar ninguém e, também, de não poder contar com ninguém. “Eu jamais ligaria pedindo um favor. É complicado porque eu jamais negaria um favor, mas eu tenho muita dificuldade em pedir”. Ela exemplificou, dizendo que o irmão ligou para ela há pouco tempo, e ela, mesmo desempregada e sem dinheiro, falou que estava tudo bem. E reitera: “A rua me deixou com mais dificuldade de pedir, de mostrar fraqueza”. “Eu tenho muito medo da ‘folga’. Gente que mora na rua, eu percebo muita folga”. Enquanto Sol busca a palavra “troca” para colocar no mapa, ela verbaliza: “A gente tem sempre algo a dar e algo a receber”. Na sequência, ela escolhe a palavra solidariedade, pois acredita “que se tivesse solidariedade [no mundo] ajudaria a ver o outro melhor”. E ao escolher um local no corpo para essa palavra, Sol escolhe no abdômen, pois ela sente angústia pela falta de solidariedade das pessoas e sente “um incômodo como se estivesse estufada. Meus sentimentos passam muito por aí”. E aponta para a região da barriga.

Na finalização do mapa, Sol apresentou um momento de sua história até então não mencionado. Ela fala dos últimos seis anos, em que esteve em situação de maior vulnerabilidade, pois realmente considera que esteve em situação de rua. Por não conseguir emprego, ou empregos de curta duração, Sol relata suas experiências de trabalho anterior no âmbito do atendimento à população em situação de rua, no trabalho de abordagem social de rua, todavia por se intitular como muito questionadora, ela acabava perdendo seu emprego por não concordar

com determinadas situações institucionais e “bater de frente”. Ela também conta que, nos últimos tempos, tem ficado nas ruas principalmente nas áreas centrais da cidade. Sol narra que conseguiu uma moradia, dentro de um programa local de habitação popular para pessoas em situação de rua, mas ainda não sente que lá é sua casa. Contudo, Sol já aventou possibilidades de obter maior qualidade de vida no local. Conversamos sobre suas ideias de realizar atividades infantis, já que existem muitas crianças no local, e por intermédio de sua filha, já começou a se enturmar e desenvolver atividades lúdicas com elas.

Para o contorno do corpo no mapa foi escolhida a cor amarela que Sol diz ser a energia vital. À força interior que ela elege para continuar lutando, Sol remete à vontade de viver e localiza no punho e na luta, onde a vontade de viver está mais pulsante. Ao visualizar o mapa como um todo, tirando alguns segundos para percorrê-lo e refletir sobre tudo o que havíamos conversado, Sol diz que gostaria de ser lembrada como “alguém que é guerreira, mas também uma pessoa acolhedora”. E afirma que: “Às vezes as pessoas veem a gente como bruta, mas eu não sou agressiva, mas sim alguém que gosta da liberdade com respeito”.

Nos momentos de encerramento, Sol desejou completar o mapa e escolheu uma gravura com bonecos infantis, colocou na palma da outra mão, como se estivesse segurando. Segundo ela, representa uma forma de quebrar a brutalidade. Também completou o mapa colocando um trecho da música nesse mesmo braço: “Depende de nós”, do Ivan Lins. Em relação ao futuro, ela repentinamente grita “Quero o atual presidente fora do governo!”. Em seguida, ela deseja não estar nessa situação atual: “Não quero ter que esperar comida no Centro Pop. Quero estar em outra posição, eu sei que eu posso!”. E a frase que ela escolhe é “Esperar menos!”. E ressalta: “Posso estar ajudando também e esperar menos de outras pessoas”. Porém, rapidamente verbaliza que não quer ficar presa nessa ideia do que vai acontecer no futuro.

### **Costuras possíveis a partir do mapa corporal**

O mapa corporal, assim como pode ser observado com a experiência da Sol, possibilita uma gama de possibilidades de mergulhar na subjetividade de quem o narra, de maneira que incite reflexões acerca das vivências de modo

criativo e participativo. Estabelece conexões que extrapolam a imagem do corpo, trazendo à tona os sujeitos e suas histórias invisibilizadas no meio social. O mapeamento corporal permite a partilha de narrativas como chave para aquisição de autoconfiança e encorajamento para as mudanças vislumbradas, uma vez que se configura como meio de o sujeito agir narrando o mundo e a si mesmo, ao mesmo tempo em que pode vir a produzir novas narrativas acerca de si mesmo. “O corpo é um museu. Ele registra a história de vida através de lesões, cicatrizes, marcas [...]. O exercício de mapeamento do corpo visa a permitir que as pessoas vejam como seu corpo é afetado por seu mundo.” (MacGregor, 2009, p. 90).

Por ser uma ferramenta cujo potencial criativo é uma característica marcante, foi possível verificar no mapa corporal de Sol como que o recurso musical estava em evidência. Vários trechos de canções foram escolhidos como forma de representar ideias e memórias vivenciadas em distintas etapas de vida. As letras também foram cruciais para se realizar uma análise em relação às contradições apresentadas, por exemplo, em relação aos sentimentos de amor, raiva e ódio e também sobre as relações amorosas. Ao mesmo tempo, o mapa permite à participante a livre expressão de modos diversos. A participante, por exemplo, se expressou espontaneamente por meio de letras de músicas e não por outros recursos como desenho, gravura e pinturas.

Além de possuir um caráter lúdico, o mapa corporal possibilita a realização de um exame crítico da realidade, pois aborda questões mais dolorosas, e por vezes silenciadas. Sol demonstrou ser uma pessoa politizada e suas narrativas ressoaram como forma de denunciar o seu estágio atual de vida e das pessoas em situação de rua com quem ela convive cotidianamente. A todo momento emergiram falas que exprimem a insatisfação em relação à opressão social que impera no capitalismo vigente. Por outro lado, a palavra liberdade apareceu diversas vezes em seu relato, como um escudo frente às adversidades apresentadas. Símbolos como a borboleta, o paraquedista e o punho erguido espelharam o anseio de Sol pela liberdade e ao mesmo tempo revelaram o “custo” de se conquistar esse patamar.

O lugar de não pertencimento revelado no mapa corporal de Sol, mostra a dualidade que ela vivencia constantemente entre morar na rua e “ser de rua”. Esse “não lugar”, como aponta Carneiro (2018), impede que a pessoa acesse lugares, pois ela sente que a sua humanidade é negada enquanto ser, uma vez que

é destituída do seu lugar de sujeito. Essas barreiras foram refletidas na dificuldade de Sol de conseguir adentrar outros espaços onde ela se sente pertencente, quando, por exemplo, ela fala: “Eu acho que na verdade eu sei onde encontrar essas pessoas [com quem quer relacionar e dialogar], mas acho que eu não tô conseguindo me organizar, às vezes falta atitude”. “Às vezes a gente está com a faca enfiada na costela, que está doendo, mas está confortável”. E ao falar das ruas ela relata: “Eu sei que aqui não é meu espaço, mas é confortável para mim”.

Além disso, está presente em suas narrativas a questão da solidão. Foi possível verificar que, no mapa, os amigos do passado foram colocados ao redor de todo o seu corpo. Foram pessoas importantes na sua trajetória de vida. No entanto, Sol afirma que se sente muito sozinha nos dias atuais. Nota-se que esse reencontro com o corpo (e consigo mesma) é uma forma inclusive desse despertar para a busca de onde e com quem ela deseja estar.

O espaço das ruas é um lugar onde diversas nuances são conjugadas, a dinamicidade e efemeridade das situações demonstram como que o olhar para a promoção da saúde necessariamente passa pelo viés emancipatório, partindo dos próprios sujeitos. A rua convoca para uma escuta sensível e atenta para as “miudezas” despercebidas no cotidiano. A necessidade de uma postura política requer um alerta para que se tenha em mente que “A força emancipatória deve ser forjada nos espaços humanizantes que emergem do enfrentamento dos desafios da vida dessas populações na luta por dignidade e direitos, tornando-se necessário entender as possibilidades e as motivações para o engajamento local diante desse quadro”. (Porto, Cunha, Pivetta, Zancan, & Freitas, 2016, p. 1751).

Contudo, é possível afirmar que os pontos de destaque e os pontos desafiantes expostos conduzem a uma reflexão em que se pode inferir que esta é uma ferramenta dinâmica para a pesquisa qualitativa, pois gera grande impacto, na medida em que as vozes de grupos subalternizados podem ecoar e as narrativas ganham um contorno de reflexão e transformação.

## Considerações Finais

O mapa corporal demonstrou ser uma ferramenta potencial de cunho criativo e participativo. As narrativas produzidas proporcionam um mergulho na

subjetividade dos sujeitos, tirando-os do lugar de objeto para serem protagonistas de suas próprias histórias.

A partir das intervenções realizadas ao longo da construção do mapa corporal foi possível vislumbrar, junto com a participante, as suas potências e forças que estavam ocultas. A própria energia vital, representada pelo contorno do corpo em amarelo, foi evidenciada como algo que está intrínseco a ela. A musicalidade expressa no mapa, acompanhada das costuras feitas pela participante, foram fundamentais para a sua autopercepção, uma vez que Sol diz que se descobriu (na fase da adolescência) por meio da música, e assim continuou nos seus relatos de vida, com a música novamente demonstrou ser um eterno descobrir-se.

O uso do mapa corporal, como uma metodologia interventiva, busca construir ressignificações sociais e subjetivas, considerando a centralidade corporal. Permite simultaneamente evidenciar questões identitárias, vivenciais e manifestações psicossomáticas, com vistas a entrar em contato com a sua própria história, a partir do seu próprio corpo. Destarte, o mapa corporal assenta suas bases na epistemologia emancipatória, uma vez que percorre meios para inverter a lógica de um único saber operante. O mapa traz consigo alguns elementos de promoção da saúde que espelham a potência de construir e reconstruir compreensões acerca do que se sente.

O mapa corporal provoca concepções diferentes de temporalidade e isso mostra como que a temporalidade para o ocidente, por exemplo, é um elemento cunhado na linearidade de pensamento, em uma concepção evolutiva, na qual o passado representa algo diminuto e quase inexistente; enquanto que o futuro se revela por meio da ideia de progresso iminente, de evolução. Ao refletir sobre as pessoas em situação de rua, se faz necessário compreender que a dimensão do tempo nunca é linear. Por isso a relevância do uso do mapa corporal com esse público, pois, todos os marcos temporais se conjugam, possibilitando que a subjetividade possa emergir a partir de situações vividas e traduzidas singularmente pelos sujeitos. A prática do mapa corporal na perspectiva de promoção da saúde é uma estratégia interventiva que se constrói com o sujeito, considerando suas particularidades e promovendo seu empoderamento diante do que está sendo partilhado, sem perder de vista o cuidado como centralidade para o equilíbrio físico, psíquico e emocional.

Por fim, ressalta-se que a pesquisa qualitativa criativa, na ótica da intervenção clínica por meio do mapa corporal, permite construções sob o ponto de vista da valorização de quem produz conhecimento por meio das narrativas e, também, do olhar subjetivo do pesquisador. O processo de elaboração sobre as próprias experiências, sentimentos, dores e memórias é catalisadora para a transformação pessoal e social, contribuindo para a construção de caminhos possíveis em prol da promoção da saúde.

## Referências

- Borges, L. M., & Barletta, J. B. (2015). Teorias e modelos explicativos em prevenção e promoção de saúde orientados para o indivíduo e para a comunidade. In S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. dos Santos, & L. Polejack (Eds.), *Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção* (pp. 113-151). Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (2015). *A Psicologia e a população em situação de rua: novas propostas, velhos desafios*. Belo Horizonte: CRP 04.
- Carneiro, S. (2018). *Escritos de uma vida*. Belo Horizonte: Letramento.
- Czerenia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 43-58). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Davy, C., Magalhães, L. V., Mandich, A., & Galheigo, S. M. (2014). Aspects of the resilience and settlement of refugee youth: A narrative study using body maps. *Cadernos de Terapia Ocupacional UFSCar*, 22(2), 231-241. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.045>
- Dew, A., Smith, L., Collings, S., & Savage, I., D. (2018). Complexity embodied: Using body mapping to understand complex support needs. *Forum: Qualitative Social Research*, 19(2). Retrieved from <https://search-proquest.ez54.periodicos.capes.gov.br/docview/2022516626accountid=26646>
- Edwards, N., & Di Ruggiero, E. (2011). Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (Suppl 6): 43-49.
- Freire, P. (1999). *Educação como prática da liberdade* (23ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Gastaldo, D., Carrasco, C., Magalhães, L., & Davy, C. (2012). Body-map storytelling as research: methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. Toronto: e-book. Retrieved from [http://www.migrationhealth.ca/sites/default/files/Body-map\\_storytelling\\_as\\_research\\_HQ.pdf](http://www.migrationhealth.ca/sites/default/files/Body-map_storytelling_as_research_HQ.pdf)
- Gastaldo, D., Rivas-Quarneti, N., & Magalhães, L. (2018). Body-Map Storytelling as a health research methodology: Blurred lines creating clear pictures. *Forum: Qualitative Social Research*, 19(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-19.2.2858>
- Gelatti, M. D., & Angeli, A. A. C. (2019). Um corpo: cartografando trajetórias de vida de sujeitos com sequelas de acidente vascular cerebral. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* 27(1),



149-167. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1697>

Keith, M. M., & Brophy, J. T. (2004). Participatory mapping of occupational hazards and disease among asbestos-exposed workers from a foundry and insulation complex in Canada. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 10(2), 144-153.

Keith, M. Brophy, J., Kirby, P., & Roskam, E. (2002). *Barefoot research: A workers' manual for organizing on work security*. Malta: Interprint Limited.

MacCormack, C. P., & Draper, A. (1987). Social and Cognitive Aspects of Female sexuality in Jamaica. In P. Caplan (Ed.), *The Cultural Construction of Sexuality* (pp. 143-161). New York: Tavistock Publications.

MacGregor, H. (2009). Mapping the body: tracing the personal and the political dimensions of HIV/AIDS in Khayelitsha, South Africa. *Anthropology & Medicine*, 16(1), 85-95. <https://doi.org/10.1080/13648470802426326>

Magalhães, R. (2016). Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1767-1775. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016>

Maina, G., Sutankayo, L., Chorney, R., & Caine, V. (2014). Living with and teaching about HIV: Engaging nursing students through body mapping. *Nurse Education Today*, 34, 643-647. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.05.004>

Matos, J. A. V., Silva, K. L., & Garcia, M. C. (2018). O mapa corporal narrado: relato de experiência de pesquisa com aporte teórico de Bourdieu. *Escola Anna Nery* 22(3). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0407>

Mendes, R., Pezzato, L. M., & Sacardo, D. P. (2016). Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar "com". *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1737-1746. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07392016>

Porto, M. F. S., & Pivetta, F. (2009). Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis. In D. Czeresnia & C. M. Freitas (Eds.), *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., pp. 207-229). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Porto, M. F. de S., Cunha, M. B. da, Pivetta, F., Zancan, L., & Freitas, J. D. de. (2016). Comunidades ampliadas de pesquisa ação como dispositivos para uma promoção emancipatória da saúde: bases conceituais e metodológicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(6), 1747-1756. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.25802015>

Sánchez, A. I. M., & Bertolozzi, M. (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 319-324.

Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). *Estudos de Psicologia Campinas* 28(4), 501-510. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010>

Skop, M. (2016). The art of body mapping: A methodological guide for social work researchers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 28(4). <http://doi.org/10.11157/anzswj-vol28iss4id295>

World Health Organization (WHO) (1986, Novembro). *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion. Retrieved from <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/charter.pdf>



## A Universidade de Brasília Promotora de Saúde no Contexto da Pandemia de COVID-19

Larissa Polejack  
Cristineide Leandro França  
Laércia Abreu Vasconcelos  
Sheila Giardini Murta  
Josenaide Engracia dos Santos  
Muna Muhammad Odeh  
Dione Oliveira Moura  
Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil  
Bárbara Evelline da Silva Bandeira  
Regina Lúcia Sucupira Pedroza  
Virgínia Turra  
Karen Macedo  
Daniela da Silva Rodrigues  
Doralice Oliveira Gomes  
Flávia Mazitelli de Oliveira  
Júlio Cesar Alencar Ramos  
Ronay de Lucena Santos  
Karen Lorrany Leite Marano  
Rafaella Eloy de Novaes  
Renato Cabral Rezende  
Ioneide de Oliveira Campos  
Daniel Goulart  
Sílvia Lordello  
Paulo França  
Kleidson Oliveira Beserra  
Lucas Lemos da Silva  
Marina Figueredo Machado  
Joana D'Arc Sampaio de Souza  
Eduardo Mourão Vasconcelos

Flávia Reis de Andrade  
Mariana Sodário Cruz  
José Antonio Iturri  
Patrícia Rezende  
Priscila Almeida Andrade  
Marcelo Tavares  
Suely Sales Guimarães  
Vanessa Oliveira Tavares  
Hércules Souza  
Flávio Pereira Cunha  
Helenice Assis Vespasiano  
Raquel Mendes Celedônio  
Sílvia Furtado de Barros

O ambiente universitário propicia a produção de conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a formação profissional. Além disso, é reconhecido como espaço de trocas de experiências, de ideias, criatividade e de reflexão sobre conjunturas educativas, sociais, políticas, econômicas, que contribuem para formação humana e construção de uma sociedade mais igualitária (Almeida, 2017; Tsouros, Dowding, Thompson, & Dooris, 1998). O ingresso na universidade também requer do jovem um amadurecimento emocional e representa para alguns um período de transformação e ruptura com sua antiga estrutura de vida proveniente da separação da família, interação com novos grupos de amigos, chegada em uma nova moradia, aquisição de novos hábitos alimentares, novo estilo de vida e horários, entre outros fatores que podem afetar à saúde física, social e emocional do jovem universitário (Oliveira, Trigo, Ferro & Rezende, 2019).

A partir da Constituição de 1988, as universidades brasileiras conquistaram a autonomia financeira e administrativa e a liberdade de cátedra, resguardando a liberdade de pensamento, o compromisso ético e um posicionamento crítico em relação às questões sociais. A autonomia universitária é um conceito dinâmico integrado a contextos históricos, políticos e jurídicos. Um conceito representado por um movimento e nunca ideal (Ranieri, 2018). A proteção da autonomia universitária é protegida pela norma do art. 207 da Constituição Federal de 1988:

As universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira e patrimonial, e obedecerão ao princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão (Brasil, 1988).

A definição da universidade é apresentada no nono centenário, da mais antiga universidade da europeia, a Universidade de Bolonha: “A universidade, organizada de forma diversa por condições geográficas e históricas, é a instituição autônoma que, de modo crítico, produz e transmite cultura através do ensino e da pesquisa.” (Matteucci, 1991, p. 283 citado em Genro, 2004).

Direitos fundamentais de promoção à vida tais como igualdade, liberdade, segurança, dignidade, educação, saúde e trabalho são consistentes com o compromisso das universidades em proteger a vida e promover a saúde da comunidade interna (estudantes, servidores técnicos, docentes e colaboradores). Assim, surge o movimento das Universidades Promotoras de Saúde (UPS). As UPS têm como preceitos estimular Instituições de Ensino Superior (IES) a colaborarem para existência de ambientes saudáveis no contexto educativo, acadêmico, laboral e de convivência entre os membros da comunidade universitária (Lange & Vio, 2006). Um dos objetivos da UPS é incentivar a implementação de ações de promoção da saúde e de qualidade de vida em suas políticas e componentes curriculares e fortalecer a aliança com organizações parceiras para concretização e sustentabilidade desse projeto institucional (Almeida, 2017; Mello, Moysés & Moysés, 2010; Tsouros et al., 1998).

Desse modo, o presente capítulo tem como objetivo: 1) apresentar aspectos gerais sobre o surgimento das UPS, no cenário nacional e internacional, descrevendo conceitos, regulamentos e modelos teóricos; 2) descrever a estrutura organizada na Universidade, de acordo com os princípios de uma universidade promotora de saúde; e 3) apresentar pontos centrais de enfrentamento da pandemia de COVID-19 para a Universidade de Brasília, via um Plano de Contingência de Saúde Mental e Apoio Psicossocial.

## **História da Universidade Promotora de Saúde**

O movimento da UPS surgiu embasado em iniciativas de instituições como a *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD),

que criou em 1977 o programa “Universidade pela Saúde”, e no movimento de “Cidades Saudáveis” que enfatiza a importância de transformar os ambientes como uma maneira de promover a saúde da população (Almeida, 2017; Dooris, 2013; Organização Mundial de Saúde, 1997). Em 1996, a 1ª Conferência Internacional de Universidades Promotoras de Saúde, ocorrido na Universidade de Lancaster, no Reino Unido, representa o marco do desenvolvimento da Universidade Promotora de Saúde (Graser, Hesse, & Hartmann, 2010).

O projeto de construção da cultura institucional de promoção da saúde nas universidades tem como documentos basilares a Carta de *Ottawa* (1986), que define promoção da saúde como um processo que envolve capacitar a comunidade para conquistar melhorias em sua saúde e qualidade de vida e ser um agente ativo na atuação e controle desse processo. A implantação de políticas públicas favoráveis à saúde, a construção de ambientes saudáveis, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários estão entre os campos de ação da promoção da saúde descritos na Carta de *Ottawa* (1986). A partir da Carta de *Ottawa*, os recursos fundamentais para ter saúde envolvem possuir paz, habitação, educação alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (Moura & Rodrigues, 2018; Rodrigues, 2017).

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Ministério da Saúde, 2006) constitui outra referência para a construção de uma cultura institucional de uma UPS. A PNPS foi redefinida em 2014 por meio da Portaria No 2.446. A Portaria apresenta em seu Art. 2º o conceito ampliado de saúde e a fundamentação teórica da promoção da saúde como um rol de estratégias e formas de produzir saúde na esfera individual e coletiva, utilizando-se de articulação e colaboração intrasetorial e intersetorial. Determina ainda como valores fundamentais da PNPS: a solidariedade, felicidade, ética, respeito às diversidades, humanização, corresponsabilidade, justiça social e inclusão social. E, descreve como princípios: a equidade, participação social e autonomia, intersetorialidade e intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade (Ministério da Saúde, 2014).

A UPS ampliou-se na Europa com Tsouros et al. (1998), ao elaborar “Universidades Promotoras de Saúde: Conceito e Marco para Ação”. O impacto dessa produção resultou na “Carta de *Edmonton*”, com os conceitos e procedimentos

para implementação de uma UPS, elaborada na 2ª Conferência Pan-americana de UPS realizada em 2005, na Universidade de Alberta, no Canadá (Mello, Moysés & Moysés, 2010; Lange & Vio, 2006; Rodrigues, 2017).

Na Carta de Edmonton, as UPS são caracterizadas como instituições de educação responsáveis por revisar seus sistemas, processos de trabalho, cultura e influência sobre a saúde da comunidade universitária, contribuindo para que seus membros tenham a sensação de bem-estar, num cenário de promoção de saúde geral. Nas UPS, o foco está em serviços de saúde que permitem um estilo de vida saudável para os membros da comunidade universitária, motivando-os a assumir um papel central no cuidado com sua saúde e qualidade de vida. A articulação e atuação em redes das UPS poderá contribuir para melhoria da saúde e bem-estar da sociedade (Moura & Rodrigues, 2018; Lange & Vio, 2006; Rodrigues, 2017).

Tendo como base a Carta de Edmonton, foi publicada em 2015, no Canadá, a Carta de Okanagan, com os indicadores de políticas e práticas para o funcionamento de uma UPS, para promover o desenvolvimento contínuo das universidades promotoras de saúde. A Carta de Okanagan foi elaborada por pesquisadores, profissionais, estudantes, gestores e formuladores de políticas de 45 países (Carta de Okanagan, 2015). Os seguintes eixos são recomendados para a implementação do projeto UPS:

- Incorporar a promoção da saúde na cultura e políticas na universidade; revisar, criar e coordenar políticas e práticas do campus com atenção à saúde, bem-estar e sustentabilidade na construção social, econômica, cultural, acadêmica, ambiental e de aprendizagem. E, desenvolver um ambiente acolhedor e de suporte no campus; promover ética no atendimento, a cultura da compaixão, colaboração e ação comunitária; criar oportunidades para aumentar a resiliência, competências e habilidades para melhorar a vida dos membros da comunidade universitária; e
- Implementar ações de promoção de saúde nas universidades, considerando estratégias interconectadas, holísticas, com uso de abordagens participativas envolvendo estudantes, professores, funcionários e gestores; colaborações transdisciplinares e parcerias intersetoriais no âmbito local e global; realização de pesquisas,

ensino e treinamento com foco na filosofia de promoção da saúde e compromisso com a saúde, bem-estar e sustentabilidade em todas as disciplinas e currículos.

Na América Latina, o movimento da UPS é iniciado pela Pontifícia Universidade Católica do Chile, que em 2003 reuniu 31 universidades na primeira reunião, com o compromisso de atuação em rede. Assim, em 2007, a Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (RIUPS) foi constituída. A RIUPS possui o apoio das organizações Pan-Americana da Saúde (Opas) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para impulsionar a promoção da saúde nas instituições de ensino superior no âmbito nacional e internacional (Arroyo-Acevedo, Landazabal, & Pino, 2015). A rede conta com a participação do Chile, Colômbia, Costa Rica, Equador, Espanha, México, Porto Rico e Peru (Rodrigues, 2017). Entre os objetivos da RIUPS estão: impulsionar a implementação e avaliação das UPS, difundir a Carta de Edmonton e outros documentos relacionados à promoção da saúde e disseminar conhecimento, metodologias e experiências de promoção da saúde das universidades para a comunidade externa (Moura & Rodrigues, 2018).

Estudos sobre modelos teóricos e avaliações das UPS são escassos. Um estudo de revisão, no período de 2010 a 2013, busca identificar teorias e modelos conceituais adotados na implementação e avaliação das Universidades Promotoras de Saúde (Dooris, Wills & Newton, 2014). Um total de 26 estudos do Reino Unido, China, Alemanha, Hong Kong e Estados Unidos, possibilita a identificação de sete modelos teóricos, conforme apresentado por Almeida (2017):

1. Carta de Ottawa, a promoção de saúde, de forma a contribuir para políticas de saúde em diferentes países;
2. Abordagem Sócioecológica, forças que moldam o desenvolvimento dos seres humanos nos ambientes em que vivem e o impacto da atividade no ambiente;
3. Abordagem da Salutogênese, fatores e forças que podem gerar saúde;
4. Desenvolvimento Organizacional, o acesso à saúde pode fazer com que os indivíduos tenham melhor desempenho. Compromisso, promoção da saúde e investimento em saúde pode ser incorporado

na cultura, estrutura e na rotina da organização;

5. Teoria dos Sistemas, o pensamento sistêmico e as mudanças que ocorrem em sistemas complexos como o sistema humano e social. Reconhece que os sistemas sociais não são lineares, auto organizados, mas que envolve articulações em redes com diferentes atores e interesses;
6. Teorias Sociológicas, a interação de fatores estruturais e comportamentais e intercâmbio dinâmico entre pessoas e seus ambientes. Destaca o papel do poder nas relações; e
7. Modelo estrutural de Dooris, a junção das abordagens sócioecológica, a perspectiva de sistemas e o foco no sistema total.

## Universidade de Brasília Promotora de Saúde

A Universidade de Brasília (UnB) é uma das pioneiras desse movimento no Brasil, e filiou-se à RIUPS em 2016. No âmbito nacional, a discussão para implementação desse projeto em 2014, pela Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília com o I Seminário Internacional FS Promotora de Saúde. Eventos nacionais ocorreram em 2016, o II Seminário Internacional FS Promotora de Saúde e, em 2017, Colóquio Internacional Universidade Promotora de Saúde “Em direção à promoção da equidade e inovação social” (Moura & Rodrigues, 2018).

Em 2018, a FS/UnB sediou o I Encontro da Rede Brasileira de Universidades Promotoras da Saúde (Rebraups). Representantes de Instituições de Ensino Superior de várias regiões do país discutiram os parâmetros, gestão e integração de universidades promotoras de saúde utilizando a rede RIUPS. Simultaneamente, ocorreu o III Seminário Internacional FS Promotora de Saúde e da I Mostra de Experiências Promotoras de Saúde. O objetivo da Mostra foi divulgar trabalhos, produtos e experiências com os temas “Equidade, Sustentabilidade, Inovação e Participação Social”, na perspectiva da promoção da saúde, principalmente no contexto das universidades (Secretaria de Comunicação da UnB, 2018).

As atividades de promoção da saúde realizadas pela FS/UnB têm como objetivos desenvolver competências intelectuais, cognitivas, afetivas, físicas,

psíquicas e sociais de seus integrantes, contribuindo para um ambiente humanizado por meio da promoção de cultura, arte, beleza, ludicidade e acolhimento (Moura & Rodrigues, 2018). A seguir, são apresentadas as ações desenvolvidas:

- Espaços coletivos de promoção de saúde com disponibilização de livros para empréstimo em diversos pontos da FS e de poltronas para permitir uma leitura confortável – salas de leituras e webconferência; espaços de estudos, descanso e redário;
- Cultivo do jardim, canteiros de ervas e hortaliças, espaço comunitário equipado com aparelhos para a prática de exercícios físicos e encontros comunitários;
- Atividades de ensino que fomentam pesquisas por meio de observatórios, laboratórios e núcleos que promovem pesquisas e ações que beneficiam a comunidade interna e externa.
- Agenda permanente de eventos como: semana do acolhimento destinada aos estudantes que ingressam nos cursos da FS; organização da semana universitária; mostra de estágios; mostras de trabalhos de conclusão de cursos (TCC); e mostras de fotografias;
- Veículos de comunicação, com um setor responsável pela produção e divulgação de informações sobre saúde da comunidade interna e externa; revista digital (ComunicaFS In Revista), com publicações semestrais, que divulga os principais fatos e eventos ocorridos na FS; a Rádio Web Saúde; Periódico Bem-te-vi; Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva; Revista Eletrônica Gestão e Saúde; monitores de circuito interno de TV para divulgação das atividades acadêmicas; e
- Atividades que integram ensino, pesquisa e extensão; Ligas Acadêmicas; Projeto de Mentoria Estudantil; Conferência de Qualidade de Vida; Programas de Educação pelo Trabalho e Saúde (PET-Saúde); Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde (Pró-Saúde); Programa Gradua-SUS e Sistema de Integração, Ensino e Serviço, Comunidade SIESCO; e Sistema Universidade Aberta do SUS.

Em 2019, o Decanato de Assuntos Comunitários (DAC/UnB) instituiu a Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (Dasu). Em 2020, a Dasu apresenta três eixos de promoção da saúde da comunidade universitária composto pela Coordenação de Articulação da Comunidade Educativa; Coordenação de Articulação de Redes para Prevenção e Promoção da Saúde; e Coordenação de Atenção Psicossocial. Com os princípios da Universidade Promotora de Saúde, o DAC conta também com as diretorias de: Diversidade (DIV), Desenvolvimento Social (DDS); e Esporte e Atividades Comunitárias (DEAC). A seguir, será apresentado a execução de ações institucionais que têm contado com o Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial, do Comitê Gestor do Plano de Contingência da Universidade de Brasília para enfrentamento da pandemia de Covid-19 (Ssmap/Coes), coordenado pela direção Dasu.

### **A UnB no Enfrentamento da Covid-19**

Em desastres causados por pandemia (Taylor, 2019), ameaça, incerteza e urgência são identificadas como ocorre em crises que ameaçam a segurança, com aumento de vulnerabilidade. Na história da humanidade tipos de desastres milenares (e.g., inundações e terremotos) podem agregar elementos de novos desastres no mundo moderno, e o misto de elementos conhecidos e desconhecidos, exigem flexibilidade da gestão de emergência em tempos de transmissão midiática em tempo real (Quarantelli, Lagadec, & Boin, 2007). Desastres ocorrem em sistemas sociais, além de suas características geofísicas e climáticas. Amplificadores existentes na fase anterior ao desastre sejam econômicos, políticos ou relacionados aos modelos de enfrentamento podem contribuir para a magnitude dos efeitos adversos.

Desastres que ultrapassam limites geográficos num cenário global, podem provocar rupturas entre sistemas sociais. Apesar de raros, esses eventos de grandes proporções têm sido previstos por pesquisadores. A resiliência histórica de sociedades a destruições maciças de cidades entre os séculos 12 e 19, mostra que apenas 42 cidades abandonadas. No entanto, avanços do mundo moderno são acompanhados por ameaças climáticas, impondo desafios à resiliência, o que a constitui em um importante tema de pesquisa (Boin & Hart, 2007; Quarantelli, Lagadec & Boin, 2007; Taylor, 2019).

O Brasil pode enfrentar em breve epidemias simultâneas de gripe, sarampo, dengue, além da pandemia causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2. O novo coronavírus sinaliza a necessidade de se tratar gripe com maior rigor, do que encaminhar as pessoas diagnosticadas ao trabalho, quando o isolamento poderia evitar transmissão. A pandemia de Covid-19 iniciou em dezembro de 2019 na China, e em 48 horas o novo coronavírus já havia dado volta ao mundo, quando comparada ao caminho de três meses da devastadora gripe espanhola (1918-1920). Uma variedade letal do vírus influenza A, subtipo H1N1. Em 1º de abril, o novo coronavírus já estava em 180 países, com 926 mil casos e 46 mil mortes (Fioravanti, 2020). Provavelmente, estamos diante da epidemia de mais rápida disseminação dos últimos 100 anos trazendo novos conceitos para a população como o de curva epidêmica, achatamento para evitar implosão dos sistemas de saúde (Zorzetto, 2020a). A doença pode ter consequências devastadoras sobre coração, rins, intestinos, sistema nervoso central e vasos sanguíneos (Zorzetto, 2020b).

Diante da pandemia de Covid-19, em janeiro de 2020, é publicado no site da Universidade de Brasília a primeira versão do “Plano de Contingência da Universidade de Brasília para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19”, e em maio é publicado a sexta versão (Coes/UnB, 2020). E, em 22 de abril de 2020, é publicado o “Plano de Contingência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para Enfrentamento do Novo Coronavírus” (Ssmap/Coes/UnB, 2020a). Em 27 de março de 2020, Semana Epidemiológica 13, o Ministério da Saúde havia um total de 27 Planos de Contingências dos estados e DF revisados para fase de mitigação da epidemia (MS, 2020a). Planos de Contingência são organizados para se prever a coordenação entre setores no enfrentamento de um desastre causado por pandemia, afetando múltiplos setores da sociedade tais como educação, saúde e economia. Os múltiplos atores/agentes responsáveis pelo planejamento e execução de respostas de enfrentamento são apresentados com suas atividades/funções para as fases de uma epidemia – Fase de Preparação e Alerta; Fase de Contenção; Fase de Transmissão Sustentada (Subfases de Surtos localizados; Aceleração; e Desaceleração) e Fase de Recuperação (Subfases Inicial; Parcial; e Completa) (Ver Coes/UnB, 2020; Ssmap/Coes/UnB, 2020a).

O monitoramento e avaliação de dados epidemiológicos, em Sala de Situação da Faculdade de Saúde (Coes/UnB), assim como o monitoramento e

avaliação da área de saúde mental e apoio psicossocial (Núcleo de Monitoramento e Avaliação do Ssmap/Coes/UnB) são fundamentais para a avaliação do cenário para enfrentamento, e do ajuste de respostas planejadas pelas diferentes equipes com um comando central. A comunicação consistente, resultado das várias equipes em atuação orienta a comunidade com efeitos diversos tais como ações protetivas para saúde física e mental, planejamento de atividades acadêmicas possíveis, com destaque nesta pandemia para o plano de quarentena, mantendo distanciamento social físico, com o objetivo de evitar aglomerações nas cidades, um meio de propagação de contaminação pelo novo coronavírus.

Ao considerar respostas de enfrentamento planejados pela Universidade de Brasília para a área de saúde mental e apoio psicossocial, a descrição do sistema com seus subsistemas componentes, e as formas de interação auxiliam como um passo inicial para a compreensão dos diversos setores da universidade envolvidos, assim como parcerias externas com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Conselho Regional de Psicologia e Fundação Oswaldo Cruz (ver Ssmap/Coes/UnB, 2020a). Assim, é preciso considerar o macrosistema do Distrito Federal, no qual a UnB está inserida, além de outras fontes externas como Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) que oferecem importantes subsídios/inputs para o sistema de coordenação UnB. Neste importante desenho orientador, do sistema comportamental, os inputs incidem sobre os subsistemas que incluem desde o comando central com a reitoria e decanatos, aos dois comitês centrais – Coes; e Comitê de Pesquisa, Inovação e Extensão. E, vinculado ao Coes, estão seus subcomitês: 1) Comunicação; Gestão de Pessoas; Ações Acadêmicas; e Saúde Mental e Apoio Psicossocial (Ssmap/Coes/UnB).

Ao considerar o Ssmap, interações dinâmicas também são mantidas com o Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia e o Hospital Universitário. O Ssmap cria também suas subdivisões facilitadoras da execução das atividades, denominadas de Grupos de Trabalho (GTs): 1) Núcleo Gestor; 2) Atenção Psicossocial e Organização de Rede; 3) Prevenção e Promoção de Saúde; 3) Educação e Capacitação; 4) Comunicação; e 5) Pesquisa, Inovação e Extensão, com o Núcleo de Monitoramento e Avaliação.

Os resultados alvos desse sistema comportamental são produtos e serviços em saúde mental; fortalecimento das redes de atendimento; interferência

na frequência e agravamento de casos; e minimização do sofrimento no enfrentamento. A comunidade universitária diretamente atendida é formada por docentes, discentes, técnicos-administrativos e funcionários terceirizados, totalizando 55.898. E ainda, a comunidade externa com impactos sobre o sistema de saúde do Distrito Federal e Instituições de Ensino Superior. Neste sistema comportamental, os loops de trocas/feedbacks entre os subsistemas representam a força dinâmica que favorece correções, ajustes, e avaliações dinâmicas. A missão é definida, os objetivos estabelecidos, e as ações são continuamente monitoradas e avaliadas. Ao otimizar todos os subsistemas, aumentam as chances de sucesso quanto aos produtos finais, com retornos externos à Universidade que podem ser igualmente estimulantes (ver Brethower, 2000; Houmanfar & Mattaini, 2018; Krapfl & Gasparotto, 1982; Malott, 2003). A partir desse sistema comportamental, a seguir serão apresentadas respostas do Subcomitê da Saúde Mental e Apoio Psicossocial do Coes/UnB para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, em seus diferentes grupos de trabalho.

### **Ssmap/Coes – Grupo Atenção Psicossocial**

As mudanças no estilo de vida decorrentes da Covid-19 impactam na saúde mental dos membros da comunidade universitária. Em um artigo publicado em 14 de março de 2020 na revista científica *The Lancet*, os autores Brooks et. al. (2020)<sup>1</sup> alertaram sobre os custos psicológicos do distanciamento e isolamento social em função da Covid-19 e chamaram a atenção para o fato de que a luta contra essa pandemia poderia dar início a uma outra, menos visível, que são os efeitos psicológicos de tal isolamento. Os pesquisadores evidenciam alguns sintomas, como insônia, raiva, depressão, irritabilidade, abuso de álcool, entre outros.

Nessa perspectiva, observou-se a urgência em promover entre os membros da comunidade acadêmica espaços de acolhimento nos quais fosse possível compartilhar angústias, como um meio de contribuir para a superação de sentimentos de solidão, ansiedade, medo, insegurança, incerteza com o futuro e outras dificuldades, os quais podem interferir no bem-estar dessas pessoas. Assim, com a proposta de auxiliar estudantes, servidores técnicos-administrativos, docentes e trabalhadores terceirizados a lidarem com o sofrimento psíquico em época de

pandemia da Covid-19, foi criado o Grupo de Trabalho “Atenção Psicossocial e Organização de Rede” vinculado ao Ssmap/Coes/UnB. Este grupo é composto por nove integrantes, psicólogos, psicanalistas e psiquiatra, de diversos setores da UnB como: Coordenação de Atenção Psicossocial (CoAP/Dasu/DAC), Faculdade de Medicina (FM), Instituto de Psicologia (IP/PCL) e Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (Caep/IP). Conta ainda com o Hospital Universitário de Brasília (HUB) organização parceira vinculada à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) e Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia. Uma rede de analistas do comportamento de 30 psicólogos se apresentou como equipe de voluntários para atendimentos psicológicos, assim como o apoio da Sociedade Psicanalítica de Brasília (SPBsb) e da Associação de Psicodrama do Distrito Federal. As ações realizadas por profissionais desse grupo de trabalho são apresentadas a seguir e refletem o compromisso da universidade com a comunidade acadêmica em relação à saúde mental:

### **Atendimento Psicológico Online**

Trata-se de escuta ativa online, gratuita e individual, aos estudantes, servidores técnicos-administrativos e docentes da UnB, realizada por psicólogos da rede interna CoAP e externa, psicólogos voluntários, sobre situações e preocupações que geram sofrimento psíquico agravados ou decorrentes do distanciamento social, isolamento ou da quarentena. Por meio do *Google Forms*, um formulário é encaminhado ao solicitante para coleta de dados sócio-demográficos e principal demanda. Para orientação aos profissionais voluntários da rede externa, foi elaborada uma nota com sete itens, com base na Nota Orientativa às(os) Psicólogas(os): Trabalho Voluntário e Publicidade em Psicologia, diante do Coronavírus (Covid-19), publicada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), a qual possibilita orientar os profissionais, enfatizando pontos centrais nos atendimentos que seguem a coordenação do Plano de Saúde Mental e Apoio Psicossocial da Universidade de Brasília.

As profissionais da CoAP, assistentes sociais e psicólogas, acompanham o caso desde o encaminhamento, da inserção ou não do usuário, até o seu desligamento do serviço para o qual foi encaminhado. Os psicólogos da rede





## Grupo Do Giz à Palavra

Buscando apoiar a comunidade acadêmica e, particularmente os docentes frente à situação social e subjetiva vivida devido ao COVID-19, foi criado um espaço de encontro, online e gratuito, entre os professores, para troca de experiências pessoais e coletivas no momento de distanciamento social. O grupo tem oferta semanal é aberto, ofertado pela plataforma Zoom e é coordenado por dois psicanalistas vinculados ao Instituto de Psicologia e à Sociedade de Psicanálise de Brasília (SPBsb). O trabalho docente é atravessado pela transmissão, que coloca o professor na posição de garantir que o conhecimento possa ser passado para as gerações seguintes, este é um trabalho que convoca ao vínculo e ao encontro cotidiano com um espaço coletivo. Contudo, o distanciamento social, efeito da pandemia promoveu o afastamento físico do professor-aluno, professor-professor e convidou a todos esses atores a repensarem o processo educativo para além da sala de aula, e aos psicanalistas do grupo um espaço de escuta para além do consultório. Sendo assim, o espaço virtual passou a ser um novo instrumento de encontro e de manutenção do laço social e é nesse ambiente virtual que palavras são ditas e trocadas, que dores e medos são amparados.

## Grupo A Palavra como Apoio

A ação é oferecida em grupo, online e gratuita, direcionada aos servidores técnicos- administrativos para trocas de experiências no período da pandemia Covid-19. O grupo tem oferta semanal via plataforma Zoom e é coordenado por dois psicanalistas vinculados ao Instituto de Psicologia e à SPBsb. No grupo, os servidores da Universidade podem expressar os desafios do isolamento, do distanciamento da família, da sobreposição do espaço de trabalho e espaço doméstico, e a dificuldade em conciliar atividades doméstica, família e trabalho. Esses e outros sentimentos foram compartilhados e elaborados no coletivo. A atividade grupal possibilita vínculos de aliança e de cumplicidade, que protegem seus integrantes do sentimento de serem invisíveis no espaço universitário.

## Práticas para Redução de Estresse

Com o objetivo de acolher e atender a comunidade universitária no momento da pandemia Covid-19, são ofertados encontros online e gratuitos sobre práticas diversas para redução de estresse. As práticas são programadas duas vezes por semana. Para participar os interessados devem realizar inscrição em formulário online por um link e utilizar a plataforma Zoom.

## Grupo “A educação dos filhos em período de pandemia”

O momento da pandemia Covid-19 exige dos pais uma atitude de educador para a qual não estão necessariamente preparados e pode gerar sofrimentos. Logo, este grupo tem como objetivo refletir sobre a educação dos filhos no distanciamento social e isolamento físico e se propõe a ajudar a encontrar possibilidades criativas para lidar com esta nova situação que tem gerado angústias. Ao discutir sobre esses desafios, o grupo tem como proposta diminuir o estresse, de modo a ajudar os pais a criarem uma relação de compreensão e afeto com seus filhos e a escola. O grupo é ofertado pela plataforma Zoom e é coordenado por uma professora do Instituto de Psicologia. Os temas mais discutidos nos encontros iniciais foram: dificuldade de conciliar as atividades domésticas com o trabalho remoto, trabalho na UnB com a atenção com os filhos, não só na escola, mas com outras demandas de atenção.

## Grupo Vínculos e Reflexões

O grupo de terapia breve para familiares e vítimas da Covid-19 é oferecido online para pessoas que perderam entes queridos em decorrência da Covid-19. Em seis encontros virtuais mediados por psicoterapeutas, busca-se promover um espaço de acolhimento para a dor decorrente da perda, bem como de reflexões acerca das memórias de quem se foi e da história de quem aqui permanece. A atividade é desenvolvida por psicólogas via plataforma *Meet*. A atividade foi aberta à comunidade universitária e externa à UnB.



gerais, servidores da vigilância sanitária, sepultadores e jornalistas. Ele tem como inspiração as cartas redigidas pela reitora da UnB à comunidade interna (docentes, técnicos-administrativos e discentes), durante a suspensão das atividades presenciais na universidade, com o objetivo de não somente informar à comunidade sobre as ações desenvolvidas durante a pandemia, mas, sobretudo, de fomentar a união.

As Cartas Solidárias (CSs) foram inicialmente redigidas por estudantes da UnB, e ampliadas para a comunidade externa, a partir de parceria com o Jornal Correio Braziliense, do Distrito Federal. Assim, as CSs passaram a ser divulgadas semanalmente pelo jornal, além de serem entregues a serviços de saúde via email e no cemitério com coordenação central dos cemitérios do Distrito Federal. O Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), referência no tratamento de casos da Covid-19 no DF, foi um dos primeiros serviços de saúde a receber cartas solidárias em cerimônia. Assim, se por um lado, para quem as recebe, as CSs são um instrumento de cuidado em tempos de incerteza e insegurança, a escrita das cartas, por outro lado, é um convite ao protagonismo e à entrada em uma rede de solidariedade guiada pelo afeto.

## Terapia Comunitária Integrativa

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma abordagem de atenção à saúde comunitária, criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará (Barreto, 2008). É uma prática que incentiva, por meio de encontros comunitários, a expressão de experiências de vida, possibilitando que as dificuldades vivenciadas no cotidiano possam ser compartilhadas, bem como as estratégias de superação que foram desenvolvidas. É uma Prática Integrativa em Saúde validada na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e na Política Distrital de Práticas Integrativas (Ministério da Saúde, 2006) com revisões em 2017 e 2018.

A TCI foi criada, originariamente, para atendimentos presenciais. Todavia, as novas demandas sociais requereram adaptação para atendimento em ambiente online a fim de contribuir com a promoção e a prevenção da saúde emocional, no transcorrer da quarentena. Essa proposta tem embasamento nas “Diretrizes para realização da Terapia Comunitária Integrativa online”, elaboradas pela Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (Abratecom) em parceria com

a Associação Brasileira de Psiquiatria Social, com o Observatório de Práticas Integrativas e Complementares da Fundação Oswaldo Cruz (Observapics) e Coordenação Nacional das Práticas Integrativas Complementares, do Ministério da Saúde, como orientado pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Ministério da Saúde, 2006).

Os encontros da TCI online ocorrem na plataforma Zoom, com periodicidade semanal e inscrições feitas por um link, disponibilizado nas redes sociais, via preenchimento de formulário pelo Google Forms. As sessões de TCIs online realizadas com a comunidade universitária UnB, em âmbito nacional e internacional, são estratégias que têm eficácia demonstrada, pois facilitam envolvimento em atividades de grupo significativas e satisfatórias (Smith & Lim, 2020). Entre os temas destacam-se o medo e ansiedade pelas incertezas do futuro; impotência diante das circunstâncias; dificuldade de concluir tarefas pendentes; sofrimento por não poder expressar-se pelo afeto do toque.

A realização da TCI durante a pandemia, por meio do uso de aplicativo em espaço virtual, mostrou-se como um recurso profícuo, possibilitando um largo alcance e mantendo as características dos encontros presenciais, tais como: acolhimento, criação e fortalecimento de redes sociais solidárias pela partilha de experiências e potência terapêutica presente nos processos resilientes compartilhados, que se caracteriza como um espaço de promoção de saúde e cuidado.

## Técnica de Relaxamento

O relaxamento é amplamente utilizado em várias técnicas como ioga e meditação. De acordo com Ferreira (2003), o relaxamento em si já é considerado como terapêutico, uma vez que o estado de transe leve pode ser alcançado com facilidade para a maioria das pessoas, mesmo aquelas céticas no assunto. O tratamento é comumente usado presencialmente, e foi adaptado para intervenções online, que facilita o acesso e continuidade do tratamento.

A escolha da atividade Técnicas de Relaxamento com fundamentos na hipnose foi pensada considerando as evidências científicas sobre o efeito sobre a saúde física e mental, além do seu potencial positivo na atual situação de pandemia e isolamento social (Liu et al, 2020). Os encontros da Técnicas de Relaxamento

online para a comunidade universitária UnB ocorrem via plataforma *Jitisi*, com periodicidade semanal e inscrições feitas por um link, disponibilizado nas redes sociais, em formulário Google Forms.

A técnica de relaxamento, segundo relatos, tem possibilitado o aumento de autoconfiança e autoestima, melhora da qualidade do sono, minimização/ eliminação de fobias e aprendizagem de técnicas de manejo de estresse. Portanto, essa estratégia se torna uma alternativa eficiente para a promoção de bem-estar biopsicossocial, tanto em situações de emergência, quanto no convívio habitual.

### **Ssmap/Coes – Grupo Educação e Capacitação**

Sob a premissa da Organização Mundial de Saúde de saúde mental para todos por todos, ações coletivas são propostas de forma a valorizar os recursos humanos de uma comunidade, seus saberes e experiências, potencializando-os na promoção de saúde mental. Os saberes e experiências pessoais, relacionais e culturais singulares são bem-vindos e considerados matéria-prima desse trabalho. No processo de educação e capacitação em saúde mental, as pessoas que participam das iniciativas educacionais atendem demandas individuais e específicas, e simultaneamente tornam-se multiplicadoras de ações de cuidado, no contexto da pandemia de Covid-19. Assim, todas as atividades propostas têm como fundamento os princípios anteriormente apresentados, os quais se contrapõem a outras formações que contam com ênfases sobre o conteúdo em uma relação baseada em hierarquia na relação ensinar-aprender.

Uma das características de identificação das ações de educação e capacitação em saúde mental é o envolvimento de pessoas de diferentes setores, não somente profissionais de saúde. Nesse sentido, busca-se pela participação de estudantes e docentes das diversas áreas, técnico-administrativos, servidores terceirizados e familiares de integrantes da universidade, bem como membros da comunidade, com afinidade aos temas abordados e princípios sobre os quais as ações são propostas. O pressuposto é que a interprofissionalidade possa ampliar o escopo das ações empreendidas e ser potencializadora da construção de redes de proteção, neste momento de significativas dificuldades sociais. As principais modalidades de ação propostas até o momento são: (1) cursos temáticos; (2)

curso de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental; e (3) Rodas de Conversa com estudantes e residentes em contexto hospitalar.

Vale ressaltar que as ações estão sendo programadas no âmbito dos desafios da pandemia da Covid-19, mas têm o potencial de se constituírem como eixos de cuidado e promoção à saúde mental para além do contexto pandêmico. No transcorrer das atividades, espera-se integrar projetos de pesquisa que divulguem os resultados das ações empreendidas, bem como acompanhem os novos desafios que surgirem dessas iniciativas. Assim, processos pedagógicos, práticas de cuidados e produção de conhecimento estarão aliados, sustentando o tripé da universidade, constituído por ensino, pesquisa e extensão.

Os cursos temáticos têm por objetivo a construção coletiva de conhecimentos que represente interesses da comunidade sobre saúde mental. Os cursos têm sido organizados com a oferta de quatro tipos de atividades: a) vídeos curtos, com até 15 minutos, trazendo a vivência do facilitador sobre o tema, b) materiais de suporte, que consistem em textos científicos e cartilhas disponibilizados, c) lives, nas quais estão previstas a interação e o diálogo com o facilitador a partir de perguntas, e d) comunidade de prática, que une os participantes na própria plataforma, formando um grupo cuja interação permitirá a troca de experiências, aprofundando a expertise na área pela interação regular difundindo as práticas de promoção de saúde mental.

### **Atendimento Psicológico Online em Tempos de Pandemia.**

Os cursos temáticos têm duração mínima de 8h e contam com uma avaliação das mudanças e conhecimentos produzidos, a partir das atividades propostas. As primeiras demandas de workshop vieram da CoAP, originando a construção do primeiro curso, intitulado Atendimento Psicológico Online em Tempos de Pandemia, tendo como público alvo psicólogos do setor, bem como voluntários, estagiários e bolsistas. A segunda oficina terá como proposta Violência Contra Mulheres: o que Podemos Fazer para Transformar essa Realidade?, destinada a estudantes, servidores e demais profissionais vinculados à UnB.

## Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental.

O Curso de Ajuda e Suporte Mútuos em Saúde Mental sustenta-se numa abordagem que tem como objetivo disponibilizar formas de acolhimento, apoio emocional e troca de saberes e vivências, tendo como enfoque a experiência vivida. Na formação do grupo, será buscado uma composição de membros que apresentem problemas/dificuldades relativamente semelhantes, que compartilham experiências de sofrimento que se conectem. Em geral, os membros tornam-se facilitadores, tendo profissionais com suporte indireto. O impacto dessa formação poderá ser observado na UnB pela ampliação de agentes de apoio psicossocial que passarão a atuar, mostrando a capilaridade deste recurso.

A estratégia tem como foco inicial, estudantes bolsistas Dasu/DAC/UnB, os quais poderão assumir, após a capacitação, a função de facilitadores de outros grupos promotores de saúde mental como o grupo de apoio e ajuda mútuos. Redes de apoio podem ser formadas em uma universidade promotora de saúde. Formas de acompanhamento e intervenção estão sendo consideradas como formas de apoio para os bolsistas após o curso. O grupo conta com facilitadores internos e externos à UnB, o que reflete uma abordagem com base na premissa de focar a experiência vivida em sofrimento psíquico (*expertise by experience*) como componente necessário de educação e formação em saúde mental.

## Rodas de Conversa em Contexto Hospitalar.

No contexto do projeto Vamos Cuidar da Gente, rodas de conversa com estudantes do internato de medicina do Hospital Universitário (HUB) têm sido realizadas semanalmente. Os encontros favorecem o autocuidado no contexto da pandemia, com base na construção coletiva da prática/vivência universitária e hospitalar. A proposta inclui dois encontros introdutórios com uma turma de 24 estudantes e três encontros com cada um de dois subgrupos. Posteriormente, será avaliado a continuidade e o formato, com vistas ao favorecimento de rodas de conversas autogeridas pelos próprios estudantes. Os conteúdos relatados mostram dificuldades e desafios frente à pandemia, com rupturas de expectativas, ritmos e previsibilidades, nos contextos da família e do trabalho. As rodas de conversa favorecem o compartilhamento de recursos do dia-a-dia que permitem ampliar

canais de expressão de afeto, e gerar alternativas ao sofrimento decorrente da pandemia, com a imposição de medidas restritivas que passaram a fazer parte do cotidiano. Os encontros têm sido uma expressão de que caminhar é caminhar juntos. Cuidar do outro pelo qual temos afeto é cuidar também de si mesmo. Cuidar é uma forma de autocuidado, sempre que isso nos nutre como seres humanos.

Portanto, dois processos educacionais, operacional e estruturante, reciprocamente constituídos compõem as ações de educação e capacitação em saúde mental. O processo operacional está relacionado a demandas das Coordenações Dasu/DAC, dos Grupos Ssmaps/Coes, o que implica em disseminação do Plano de Contingência de Saúde Mental, nas diferentes fases da pandemia, com especial destaque para o uso físico seguro dos espaços da UnB nos seus quatro *campi*. E, com o processo estruturante, busca-se potencializar o programa de acolhimento da UnB por meio do fortalecimento do protagonismo, apoio entre os pares, incentivando ações promotoras da saúde mental recorrentes em por toda comunidade da UnB, discentes, docentes, técnico-administrativos e terceirizados.

## Serviço Cuidar HUB

No contexto da pandemia, o cotidiano de famílias e comunidades tem sido modificado pelo distanciamento social, por limitações em sua rotina e pelo sofrimento gerado decorrente do adoecimento (próprio ou de pessoas próximas). Para os trabalhadores da saúde esses impactos se somam às necessidades impostas pela realidade de sua prática profissional, gerando muitas vezes angústia, medo e ansiedade. Em busca de promover a redução de possíveis danos psicossociais ao seu coletivo de profissionais, o Hospital Universitário de Brasília/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HUB/Ebserh), por meio de sua Comissão de Humanização e pelas unidades Psicossocial e de Reabilitação, lançou o projeto Serviço Cuidar. O objetivo é ofertar espaços de escuta, acolhimento e cuidado terapêutico.

As práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) são também utilizadas, e constituem um conjunto de técnicas que podem contribuir de modo complementar às abordagens da Psicologia e da Psiquiatria (Brasil, 2018). Fundamentam-se no modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, abrangendo as dimensões física, emocional, mental e espiritual. Buscam

estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde, por meio de tecnologias de baixo custo, eficazes, seguras e de qualidade. Incentivam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o ambiente familiar, profissional e social.

Para a implantação do Projeto Serviço Cuidar foi elaborado um plano estratégico de ações, contando com a participação de profissionais de diferentes áreas. Essa iniciativa tem valorizado as potencialidades e múltiplas competências dos profissionais que se disponibilizam a compartilhar seus conhecimentos e construir uma coletividade no cuidado em saúde mental, por meio de abordagens multiprofissional e interprofissional. Os atendimentos podem ser realizados de forma presencial e/ou virtual.

A equipe do projeto conta com a participação de 28 profissionais e dois estudantes. Do quadro do HUB/Ebserh, essa ação envolve a colaboração de oito psiquiatras, seis psicólogos, dois enfermeiros, uma farmacêutica, um profissional de educação física, um terapeuta ocupacional e um auxiliar de enfermagem. Há também a cooperação de voluntários externos que são sete psicólogos, uma professora e seus dois estudantes extensionistas do Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (FCE/UnB). A oferta dos serviços é realizada por meio de agendamentos, que são feitos por telefone ou e-mail.

### Cuidado Terapêutico Integrativo do Colaborador do HUB/Ebserh.

Criado ao final do mês de março de 2020, o Serviço Cuidar já beneficiou 386 trabalhadores, por meio da realização de 873 atendimentos até a data de 10 de julho de 2020. Esse projeto oferta um portfólio de 14 procedimentos direcionados ao cuidado da saúde mental e apoio psicossocial dos trabalhadores do HUB/Ebserh, tais como: a) suporte emocional presencial imediato em situações de crise, realizado por psicólogos; b) acolhimento de saúde mental, realizado por psicólogos e psiquiatras, por meio de vídeo chamada; c) acolhimento com reestruturação de rotina; d) *quick* massagem na cadeira; e) relaxamento muscular progressivo de Jacobson; f) reiki; g) exercícios de alongamento por vídeos; h) meditação *online*; e i) terapia comunitária integrativa *online*. Além disso, a equipe do projeto divulga telas de *Lettering* com mensagens motivacionais em várias áreas do hospital. Todas essas

práticas são registradas e monitoradas pela equipe multiprofissional da Unidade Psicossocial, que também conta com a colaboração de estudantes extensionistas de Saúde Coletiva da FCE/UnB para a análise dos dados.

O atendimento de suporte emocional presencial imediato em situações de crise tem como objetivo acolher o sofrimento das pessoas no exato momento em que elas necessitam. Desta forma, este serviço pode atender a demanda das pessoas em um momento de crise e encaminhar para as demais modalidades de atendimento oferecidas. O acolhimento de saúde mental ocorre de maneira virtual e é realizado por psiquiatras e psicólogos para aqueles trabalhadores que sintam a necessidade do suporte emocional por esses profissionais. É realizada a escuta qualificada com a possibilidade de continuidade do acompanhamento pela Psiquiatria ou a Psicologia, de acordo com a demanda. O atendimento é feito a partir da utilização de aplicativo *online* já utilizado pela rede Ebserh, como uma das principais ferramentas para a comunicação interna. Para essa finalidade, o HUB disponibilizou quatro consultórios com computadores e *webcam* para serem usados pelos psiquiatras e psicólogos e também cinco salas com computador e *webcam* para serem usados pelos trabalhadores, sendo que uma delas se localiza na Unidade de Manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (USRAG), permitindo o atendimento imediato dos profissionais envolvidos na assistência direta aos pacientes com Covid-19. Aquele trabalhador que possui *smartphone* pode baixar o aplicativo para receber o atendimento em qualquer local ou pode ser direcionado para uma das salas reservadas no HUB para essa modalidade de atendimento.

O acolhimento com reestruturação de rotina consiste em atendimento realizado por profissional de Terapia Ocupacional, visando o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental. É realizada a reorganização e reestruturação da rotina, buscando promover o reconhecimento e o engajamento em atividades significativas para a pessoa sob cuidado. O atendimento é feito de forma individualizada mediante agendamento e seguindo as orientações de cuidado e distanciamento físico. A *quick* massagem é uma técnica de massagem rápida realizada com manobras adaptadas de técnicas orientais e tem como foco proporcionar conforto e relaxamento. A duração de cada sessão é de aproximadamente 15 minutos. A massagem é feita com o colaborador sentado em uma cadeira, que é ergonomicamente projetada para essa finalidade. Essa

atividade foi aprovada pelo Serviço de Vigilância em Saúde do hospital. A técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson, também conhecida como terapia de relaxamento progressivo, é uma técnica que ensina a contrair e relaxar os músculos do corpo de acordo com uma sequência específica. Alivia progressivamente as tensões musculares, relaxando e reduzindo o impacto físico do estresse (Caballo, 1996). Os exercícios de alongamento, por sua vez, têm objetivo melhorar a saúde e proporcionar o relaxamento muscular. A proposta é disponibilizada por vídeos realizados por profissional de educação física, que são divulgados *online*.

O Projeto Serviço Cuidar também considerou os benefícios advindos das técnicas de reiki e disponibilizou o referido serviço aos colaboradores do HUB. Essa técnica surgida no oriente é considerada uma terapia natural de energização, equilíbrio e autodesenvolvimento, que trata o ser humano como um todo. O reiki, por meio da imposição das mãos do terapeuta, contribui para a recuperação do equilíbrio nas áreas física, mental, emocional e espiritual (Dacal & Silva, 2018). A meditação é uma prática mental individual que consiste em treinar a foco e a plena atenção. Contribui para a diminuição do fluxo de pensamentos repetitivos e a reorientação cognitiva, o que pode favorecer a pacificação de emoções aflitivas. Por meio da meditação, o praticante tem o potencial de desenvolver habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos emocionais que emergem à consciência, compreendendo-os como fluxos mentais e minimizando a reatividade e a impulsividade. A meditação promove a integração entre pensamentos, emoções, corpo físico e os estímulos externos, por meio do desenvolvimento da plena atenção e da tomada de consciência. Colabora, assim, para o alcance de um estado dinâmico de estabilidade emocional e de clareza mental (Brasil, 2018).

A terapia comunitária integrativa é um espaço de diálogo e reflexões coletivas. Permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências dos indivíduos, das famílias e das comunidades. São realizados encontros *online*. A acupuntura (sistêmica e auricular) é uma técnica oriental já amplamente conhecida no ocidente. Destacam-se as seguintes indicações: doenças crônico-generativas, gastrite nervosa, quadros clínicos de dor, ansiedade, insônia, estresse e seus efeitos psicossomáticos no corpo físico. Atua diretamente no local de puntura, nos órgãos e vísceras relacionados e no sistema nervoso, contribuindo para a liberação de neurotransmissores que promovem

o relaxamento e bem-estar físico e emocional. A abordagem da acupuntura no Serviço Cuidar é oferecida semanalmente e está integrada a outros recursos terapêuticos, também oferecidos presencialmente, tais como: a meditação, a constelação sistêmica de sintomas/doenças e a terapia floral.

O projeto Serviço Cuidar consiste em uma iniciativa institucional de cuidado humanizado e de promoção à saúde do trabalhador, que atende, de modo articulado, um conjunto de diretrizes de distintas políticas setoriais do Sistema Único de Saúde. Esse projeto é direcionado aos profissionais do HUB/Ebserh, especialmente, os que atuam diretamente no serviço de atenção à pacientes com Covid-19. Ajuda também no enfrentamento do medo e da tensão coletiva dos trabalhadores em adoecer por Covid-19 e de transmitir para seus familiares. Tem contribuído para o acolhimento e a gestão de crises dos colaboradores que vivenciaram o adoecimento por Covid-19. Esse projeto tem promovido a organização de um ambulatório de práticas integrativas e complementares em saúde no HUB/Ebserh, por meio da sinergia de esforços dos colaboradores internos, voluntários externos e extensionistas da Saúde Coletiva da FCE/UnB. Trata-se de um modelo inovador de atenção à saúde do trabalhador, organizado pela Unidade Psicossocial e Comissão de Humanização do HUB/Ebserh, que promove uma articulação interdisciplinar para o cuidado integral em saúde mental.

### **Ssmap/Coes – Grupo Pesquisa, Inovação e Extensão**

Na primeira reunião do SSMAP em 25/03/2020, o Grupo de Pesquisa, Inovação e Extensão passou a ter como atividades centrais:

- Definição de eixos temáticos para a pesquisa em saúde mental para integrar o primeiro Edital da UnB de Apoio à Pesquisa sobre a Pandemia de Covid-19;
- Mapeamento de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas com ações voltadas para a área de saúde mental e apoio psicossocial no enfrentamento da pandemia;
- Definição de indicadores para monitoramento e avaliação das ações do Ssmap;
- Elaboração de Boletins de Saúde Mental e Apoio Psicossocial; e
- Criação de uma intervenção mediada pela internet para educação

em saúde mental junto à comunidade universitária e/ou de uma Plataforma de investigação voltada para a saúde mental da comunidade universitária, UnB.

### Primeiro Edital da UnB em Apoio à Pesquisa Sobre a Pandemia de Covid-19.

Os eixos temáticos propostos para composição do Edital de Apoio à Pesquisa sobre a Pandemia de Covid-19 do Decanato de Pesquisa e Inovação da Universidade de Brasília foram:

- Práticas interprofissionais, de alcance em larga escala, de promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de transtornos mentais decorrentes da pandemia da Covid-19;
- Avaliação e intervenções para fortalecimento de redes, mobilização, pertencimento e resiliência comunitária na universidade frente à pandemia da Covid-19;
- Desenvolvimento de sistema de informação para avaliação e monitoramento das ações intersetoriais na atenção à saúde mental prestadas pela UnB frente à pandemia da Covid-19; e
- Desenvolvimento de mídias e aplicativos relacionados à promoção da saúde mental e gestão do estresse frente à pandemia da Covid-19.

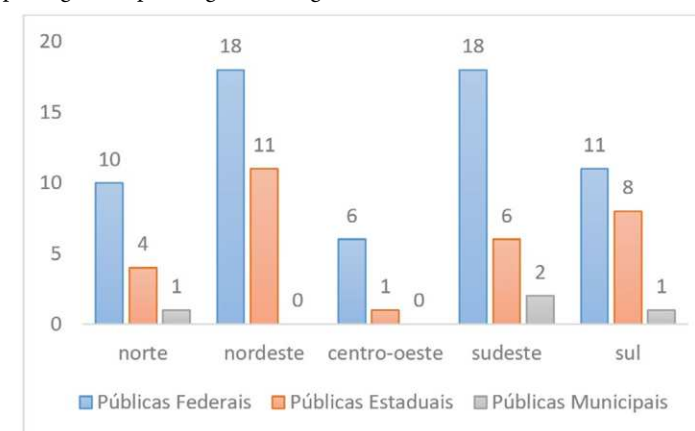
### Mapeamento das IES Com Ações de Saúde Mental e Apoio Psicossocial no Enfrentamento à Pandemia.

Uma revisão nos portais de 114 IES brasileiras foi desenvolvida com o objetivo de identificar iniciativas relacionadas à área de Saúde Mental (SM) e Apoio Psicossocial (AP) no enfrentamento da pandemia de Covid-19. A busca incluiu IES públicas federais, estaduais e municipais. Este trabalho possibilitará trocas de experiências entre IES, com o objetivo de criar e fortalecer uma rede de instituições no enfrentamento da pandemia em seus diferentes cenários.

Inicialmente, a busca foi feita por universidades públicas federais e, em seguida, foram incluídas as universidades públicas estaduais e municipais. Para a

coleta de dados a equipe<sup>5</sup> foi dividida por regiões do país, registrando as ações na área de SM e AP descritas nos portais das instituições entre: (a) o final do mês de abril e início do mês de maio e (b) início de junho de 2020. Foram identificadas ações em 97 das instituições (85% do total) estudadas que, juntas, somavam mais de 350 tipos de iniciativas para a promoção de saúde mental e apoio psicossocial. Dentre essas universidades 63 eram federais, 30 estaduais e quatro municipais (Figura 3). Nos portais de algumas das 114 instituições não encontramos dados sobre as ações realizadas e, por isso, não foram contabilizadas.

Figura 3. Quantidade de Universidades Públicas, cujas ações para SM e AP foram encontradas, agrupadas por região do país, segundo categoria administrativa.



Fonte: Elaboração própria.

Os dados coletados mostram ampla variedade de ações implementadas pelas universidades para enfrentamento da pandemia. Essas ações incluem propostas de pesquisa e extensão, pesquisas de inovação biomédica e/ou tecnológica. Foram identificadas ações para produção de materiais diversos como máscaras, álcool gel, equipamentos; apoio na realização de testes e na assessoria técnica das secretarias de saúde – municipais e/ou estaduais; arrecadação de alimentos e de outros itens como material de limpeza para doação aos grupos vulneráveis; cursos de capacitação em diversas áreas; cartilhas e vasta produção de materiais para informação e comunicação pública sobre a pandemia. Muitas

<sup>5</sup> A equipe de coleta de dados foi formada por estudantes de graduação e pós-graduação em Ciências do Comportamento, da Universidade de Brasília: Alexandre Guiote da Silva, Aline Picoli Gonçalves de Almeida, Cintia Lorena da Silva Isla, Conrado Estevão Ijanc Neto, Daniel de Araujo Barbosa, Gabrielly Aparecida de Araújo Soares e Lucas Fernando Ponce Meireles.



universidades produziram seus Planos de Contingência ou Planos de Ação e criaram seus comitês gestores.

Dentre as propostas das universidades públicas voltadas para a SM e AP estão as rodas de conversas online; atendimentos psicológicos online; práticas integrativas; dicas; *lives*; vídeo-aulas; canais de vídeos com debates; campanhas; atividades culturais em grupos virtuais. Embora o volume de dados obtidos neste estudo seja expressivo, ele pode não representar a totalidade de ações empreendidas nas universidades, pois, devido à dinâmica dos acontecimentos no transcorrer da pandemia, os dados apresentados nos portais das instituições são frequentemente renovados.

### Monitoramento e Avaliação.

As ações de monitoramento e avaliação são desenvolvidas pelo Núcleo de Monitoramento e Avaliação (NMA), integrante do Grupo de Pesquisa, Inovação e Extensão. As primeiras ações desenvolvidas pelo NMA consolidaram o monitoramento das atividades em curso desenvolvidas pelo Ssmap/Coes e viabilizaram construção de ferramentas para o acompanhamento sistematizado de novas propostas. Esse procedimento foi adotado com o objetivo de fornecer aos formuladores das intervenções estudadas respostas rápidas sobre o andamento das atividades, de modo a subsidiar os ajustes necessários e auxiliar na transparência das ações desenvolvidas pela Universidade de Brasília durante a pandemia da Covid-19.

Neste período inicial, o trabalho focou as atividades dos Grupo de Atenção Psicossocial e Organização de Rede e Grupo de Prevenção e Promoção, com as seguintes etapas:

1. Proposta inicial de indicadores para o acompanhamento das intervenções: etapa realizada pelas integrantes do Grupo de Pesquisa, Inovação e Extensão antes da estruturação do NMA;
2. Reuniões virtuais com os Grupos Ssmap/Coes para discussão dos indicadores e aferição de pertinência e viabilidade do levantamento dos dados;
3. Construção de planilhas para entrada dos dados necessários à obtenção dos indicadores.

4. Validação da planilha de entrada de dados com os Grupos Ssmap/Coes;
5. Recebimento dos dados dos Grupos Ssmap/Coes, sistematização e buscas por inconsistências, acompanhadas de estratégias para sua mitigação;
6. Análise dos dados quantitativos e qualitativos; e
7. Elaboração dos Boletins (ver Figura 4) e *Dashboard*.

Os desafios encontrados na realização das etapas descritas foram aqueles inerentes à realização do monitoramento de atividades emergenciais em curso. Devido à necessidade de responder rapidamente às demandas da comunidade acadêmica e da comunidade externa da UnB, muitos dados iniciais não foram coletados no momento da execução. Isso demandou do NMA e dos Grupos Ssmap/Coes um trabalho importante de resgate de informações retrospectivas, com manutenção da qualidade e fidedignidade. Esses pontos foram percebidos de maneira importante durante o processo de construção do primeiro Boletim Ssmap.

O contínuo levantamento dos dados e reflexão de sua utilidade pelos GTs possibilitou aos profissionais uma visão objetiva sobre os benefícios de se realizar o monitoramento do trabalho executado. A busca da compreensão de determinados padrões e/ou tendências nos dados obtidos, no transcorrer das semanas, foi um potencializador de estratégias de aperfeiçoamento das atividades, mesmo durante a coleta dos dados anterior à devolutiva para o NMA/Ssmap. Esse aspecto pode colaborar na construção de uma cultura avaliativa entre os diferentes profissionais envolvidos nas atividades executadas, os quais identificam o impacto e benefício do monitoramento e avaliação sobre todas as atividades em curso do Ssmap.

Após a consolidação do monitoramento, a proposta do NMA/Ssmap é avançar para uma metodologia de aproveitamento rápido do monitoramento para melhorar as atividades e iniciar a avaliação das intervenções. Essa metodologia será desenvolvida a partir de ferramentas inerentes a este campo de atuação, que incluem: (a) construção do modelo lógico do Plano de Contingência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para o Enfrentamento do Novo Coronavírus para a Universidade de Brasília; (b) elaboração da matriz de análise e julgamento das intervenções; e (c) realização das avaliações propriamente ditas.

### Intervenção Mediada pela Internet para Educação e Prevenção

## em Saúde Mental.

A pandemia da Covid-19 impactou as atividades universitárias, alterando alguns métodos de ensino e interrompendo outros. O distanciamento social e o isolamento social impostos implicam, além das perdas acadêmicas, o sofrimento e o adoecimento mental. A implementação de medidas interventivas para minorar esses danos requer a identificação dos fatores de risco socioambientais e pessoais que favorecem as perdas em termos da saúde mental. A coleta dessas informações e o necessário *feedback* podem ser viáveis por meios seguros como o uso de estratégias computadorizadas, que permite a coleta sigilosa de informações e a oferta de orientação profissional aos participantes. Assim, um dos objetivos do Grupo de Pesquisa, Inovação e Extensão é criar e avaliar uma ferramenta para uso online com a finalidade de: (a) identificar e reduzir fatores de risco psicossociais facilitadores do sofrimento e adoecimento psicológico; e (b) identificar e estimular possíveis fatores de proteção ao sofrimento e adoecimento mental na comunidade universitária durante a pandemia de Covid-19.

Figura 4. Boletim 3.



Fonte: Ssmap/Coes/UnB (2020d).

## Ssmap/Coes – Grupo Comunicação

Em um total de 112 dias da suspensão de atividades na Universidade de Brasília, em termos de diagnóstico de comunicação, os primeiros 15 dias foram de espera. Havia a expectativa de que o retorno às atividades poderia ocorrer com alguma brevidade, dado que a primeira suspensão de atividades presenciais estabeleceu uma quinzena (15/03/2020–29/03/2020). No segundo ciclo de mais 20 dias (30/03/20–18/04/20<sup>6</sup>), percebeu-se o recrudescimento não só da pandemia no DF, quanto, em consequência, o recrudescimento do clima organizacional na comunidade acadêmica devido ao hiato representado pela ausência de atividades presenciais. Hiato aos poucos preenchido pela necessidade de informações pontuais e precisas (o quanto possível) dentro de um horizonte indefinido, o que é próprio dos processos de crise sanitária. No terceiro ciclo dos 65 dias seguintes (até 02/07/20), considerando a finalização deste capítulo, as ações de comunicação amplas, de responsabilidade da Secretaria de Comunicação da UnB (Secom) e de ações específicas em saúde mental, aqui relatadas, ganharam corpo, materialidade e resultados, expostos a seguir.

## Diagnóstico.

Toda ação de comunicação precisa partir de um diagnóstico situacional, e o principal aspecto situacional que localizamos foi a grande incógnita do que significava o período de suspensão de atividades presenciais na Universidade. A primeira dimensão do diagnóstico é o cenário descrito acima: a decretação da pandemia e a sua manifestação no cenário do DF e da UnB. Na segunda dimensão do diagnóstico, situamos que o Comitê Gestor do Plano de Contingência da Covid-19 da UnB (Coes) formou um subcomitê composto por representantes da Secretaria de Comunicação (Secom), da UnBTV, de membros especialistas do Coes, da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (Dasu), do Diretório Central de Estudantes (DCE), da Sala de Situação da Faculdade de Ciências da Saúde para tratar as questões relacionadas à comunicação. A Secretaria de Comunicação da UnB e a UnBTV coordenaram a elaboração do plano de comunicação para orientar e informar a comunidade acadêmica e Em 19/04/2020 foi finalizado o Plano de Contingência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para Enfrentamento do Novo Coronavírus para a Universidade de Brasília (Ssmap/Coes/UnB, 2020a).

externa acerca das ações da Universidade de Brasília para o enfrentamento à pandemia de Covid-19.

A Secom, com apoio da Faculdade de Ciências da Informação, criou o repositório UnB em Ação, para divulgar ações e notícias relacionadas à UnB no contexto de enfrentamento da pandemia. A Secom é responsável por um amplo espectro de atividades, mas o relato aqui apresentado, é constituinte da experiência do trabalho de comunicação e saúde mental, no contexto do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial (Ssmap/Coes). Portanto, o Subcomitê de Comunicação/Coes auxilia o Coes e também o Ssmap/Coes na produção de conteúdo dando suporte e orientando na elaboração e revisão dos textos produzidos pelos Comitês/Coes, como os Planos de Contingência e Boletins do Coes.

### Relato Empírico e Resultados Preliminares.

O Ssmap vinculado ao Coes conta com a participação de representantes da Secom e da Faculdade de Comunicação da UnB, as quais compõem a equipe de comunicação dentro deste subcomitê, assim como integram o Subcomitê de Comunicação do Coes, auxiliando tanto na divulgação de conteúdo no repositório como na viabilização e orientação das ações de comunicação relacionadas à saúde mental.

Em meio a variadas ações ofertadas pela Dasu e por seus parceiros (e.g., Secretaria de Saúde do Distrito Federal e Jornal Correio Braziliense) surgiu a necessidade de elaborar mecanismos de divulgação para essas iniciativas. Tendo em vista a grande adesão dos estudantes a redes sociais, em destaque ao Instagram, iniciou-se então um trabalho de confecção de *flyers*/pôsteres para disseminar as informações necessárias à comunidade acadêmica e a demais interessados em participar, uma vez que algumas das ações eram abertas ao público em geral. Esse foi um processo longo de muitos ajustes e melhorias para garantir que as informações fossem entregues da melhor forma possível, prezando sempre pela praticidade e facilidade do acesso a formulários e meios de inscrição.

Nas discussões e reuniões semanais do Ssmap/Coes, gradualmente, cada Grupo Ssmap/Coes foi identificando e materializando suas atividades, em quase

a totalidade voltadas para o atendimento ao público. E, ao falar em público, o fator comunicação é crucial. No decurso do desenvolvimento das diretrizes de comunicação e saúde mental, concluiu-se pela elaboração e pelo lançamento de uma campanha de comunicação e mobilização com o mote representado pela *hashtag* #vocênãoestásozinhavocênãoestásozinho. O mote da campanha pretende dar visibilidade às dezenas de atividades que têm sido desenvolvidas pelos atores do Ssmap/Coes (oficinas, cursos, palestras, atendimento psicológico, terapia coletiva, aulas de meditação etc.), todas desenvolvidas no modo remoto.

A seguir, apresentamos os resultados preliminares de duas ações específicas da equipe de Comunicação e Saúde Mental do Ssmap/Coes (série Criando na Quarentena e campanha Você não está Sozinha, Você não está Sozinho).

A série Criando na Quarentena publicada nas redes sociais da Universidade foi resultado da parceria da Secretaria de Comunicação e a Equipe da Coordenação de Articulação de Redes para Prevenção e Promoção da Saúde (Coredes/Dasu) intermediada pelo Subcomitê de Comunicação/Ssmap/Coes. Foram realizadas 19 publicações, de 13 de abril a 4 de maio, com dicas relacionadas aos cuidados com a saúde mental neste período de pandemia com distanciamento (Plano de Quarentena) e isolamento social (para pessoas com o diagnóstico de Covid-19). As publicações foram feitas no Facebook, Twitter e Instagram, sendo que no Facebook, o alcance médio foi de 4.941 pessoas por postagem, média de oito compartilhamentos e 55 reações (curtidas); no Twitter, o alcance médio foi de 5.364 pessoas por tweete, média de quatro compartilhamentos e 32 curtidas a cada publicação. No *story* do Instagram, o alcance médio foi de 7.400 pessoas (contas) por *story*. Todas as publicações foram reunidas em um destaque, que está disponível no perfil @UnB\_Oficial.

A campanha *Você não está Sozinha, Você não está Sozinho* foi criada, produzida e executada com o objetivo de dar visibilidade às iniciativas do Ssmap/Coes, envolver a comunidade, aumentar a participação das pessoas nos projetos e, fundamentalmente, propiciar que a comunidade acadêmica da UnB conheça e participe das iniciativas de saúde mental e de solidariedade - #unbsolidária - com doações de tablets e máscaras.

Atividades da Campanha #vocênãoestásozinhavocênãoestásozinho no Instagram @DASU\_UnB.

Seguidores:

- 1ª quinzena de maio: crescimento moderado no número de seguidores no perfil de aproximadamente cinco novos seguidores por dia;
- 2ª quinzena de maio: aumento significativo no número de seguidores no perfil da Diretoria, saindo de aproximados 430 seguidores para 605 (28/05/20 às 11h 30min). Aumento em grande parte impulsionado pela divulgação dos vídeos da campanha #vocênãostásozinhavocênãostásozinho em perfis de centros acadêmicos e nos canais de divulgação da UnBTV; e
- 1ª quinzena de junho: manutenção do aumento gradativo do número de seguidores, assim como de pessoas interessadas em conhecer as atividades ofertadas pela Dasu, seja por meio de e-mails com dúvidas ou procurando informações no canal oficial da diretoria no Instagram @Dasu\_unb. A campanha vem apresentando grande engajamento e aceitação do público, que desenvolve maior interesse em ser um membro ativo das ações terapêuticas (ver Figura 6).

Figura 6. Cards da campanha #vocênãostásozinhavocênãostásozinho.



Fonte: arquivo do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial – DAC/Dasu/UnB, 2020.

Compartilhamento/engajamento e interação das pessoas em publicações da Campanha #vocênãostásozinhavocênãostásozinho:

- 1ª quinzena de maio 2020: vinham acontecendo fortes interações nas publicações da Dasu no Instagram, principalmente em publicações feitas nos *stories* em parceria com os perfis da CoEduca e CAEP, com uma busca moderada no *direct* por informações a respeito das ações/atividades ofertadas pela diretoria e seus parceiros;
- 2ª quinzena de maio 2020: com o aumento de seguidores houve também o aumento de busca por informações a respeito de algumas atividades, as quais foram prontamente respondidas. As interações em atividades, publicações e cliques nos links de inscrição das atividades também aumentaram consideravelmente; e
- 1ª quinzena de junho 2020: a campanha #Vocênãostásozinhavocênãostásozinho demonstrou resultados ainda mais significativos. Desde o lançamento da campanha surgiram novas parcerias que visam apoiar a Dasu em suas iniciativas. Como consequência dessas parcerias, vê-se o aumento de ações/atividades a serem ofertadas às comunidades interna e externa, iniciativas que abarcam diferentes áreas do cuidado à saúde, ampliando assim o alcance da campanha e de todas as atividades vinculadas. Além disso, com a campanha o perfil da Dasu passou a ser citado mais vezes em publicações de outros perfis oficiais ligados a Universidade de Brasília, tais como: Centros Acadêmicos; Departamentos; professores e nos perfis dos próprios estudantes. O perfil de seguidores no Instagram da Dasu, dados de maio 2020, tinha um percentual de 78% feminino e 22% masculino; a maior parte na faixa etária de 18-24 anos, e, em seguida, faixa etária entre 25-34 anos.

## Resultados importantes da campanha

Você não está Sozinha, você não está Sozinho estão concretizados na série de vídeos produzidos em parceria com o canal universitário UnBTV. A veiculação dos vídeos envolveu bastante os GTs do Ssmap/Coês, que se organizaram, a partir

de um roteiro produzido pelo Subcomitê de Comunicação/Coes, para produzirem vídeos de divulgação das atividades. Estes vídeos geraram impacto e trouxeram mais participantes para as oficinas e encontros virtuais. Outra parceira de impacto positivo foi estabelecida com o jornal Correio Braziliense (impresso e online), que abriu espaço para as pautas de saúde mental no contexto da pandemia. De forma especial, o Correio fez parceria com a UnB, por meio do Smap/Coes, e fez o lançamento e acompanhou o projeto Cartas Solidárias, parte da campanha. Descreveu, por exemplo, no Especial Cartas Solidárias:

O projeto Cartas Solidárias, encabeçado pela Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Correio Braziliense, nasce para resgatar a tradição das Cartas. Um grupo do Comitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial da universidade recebe, seleciona e entrega impressas mensagens dedicadas a profissionais da linha de frente do combate ao novo coronavírus. A ação integra a campanha Você não está Sozinha, Você não está Sozinho, que teve início em 18 de maio. (Correio Braziliense, 2020, 16/06/2020).

O mote da campanha, portanto, “não estar sozinha/não estar sozinho”, foi proposto como uma alavanca a motivar participação, solidariedade, sentimento de pertencimento ainda que em um cenário de stress e insegurança típicos dos cenários de crise sanitária.

## Horizonte de Desafios.

Nesse intervalo de pouco mais de 100 dias desde a declaração da Covid-19, enquanto uma pandemia e o início da suspensão temporária das atividades na UnB, a Covid-19 continua classificada como pandemia, e a UnB continua com o semestre acadêmico suspenso enquanto redigimos este texto (maio e junho de 2020)<sup>7</sup>, embora se organize para retomar as atividades.

<sup>7</sup> Entenda-se por calendário acadêmico suspenso a interrupção das aulas. Contudo, a UnB prosseguiu realizando atividades (remotas em sua grande parte) e manteve-se, durante a pandemia Covid-19, como uma universidade ativa em várias dimensões no decorrer da suspensão do calendário acadêmico, como registrado no Repositório [www.repositoriocovid19.unb.br](http://www.repositoriocovid19.unb.br). O calendário acadêmico foi retomado em 18 de agosto de 2020. O Comitê Ccar (Comitê de Coordenação de Ações de Recuperação, criado no Coes/UnB, apresentou para a comunidade acadêmica as Etapas 0-4, de retorno das atividades acadêmicas e administrativas. Etapas 0-1 de forma não presencial, Etapas 2-3 com retomada gradual presencial, e Etapa 4 retomada completa presencial de atividades acadêmicas e administrativas. As Etapas 0-4 Ccar acompanham as fases da pandemia, a partir de agosto/2020, com a Fase de Transmissão Sustentada até a Fase de Recuperação, que será definida de acordo com os dados epidemiológicos acompanhados pela Sala de Situação do Coes, a partir do MS, SES-DF, OMS e John Hopkins University, publicados nos 22 Boletins do Coes/UnB até 05 a 09 de outubro de 2020..

Em termos de questões de comunicação, no campo localizado que abrange a equipe de Comunicação em Saúde Mental – dado que as ações amplas de comunicação – são de responsabilidade da Secom da UnB e também são objeto de diretrizes do Subcomitê de Comunicação do Coes UnB, avistamos o seguinte horizonte de desafios: prosseguir no processo de ampliação da campanha Você não está sozinha, Você não está Sozinho; localizar novos núcleos temáticos da campanha; promover crescente envolvimento da comunidade UnB nas atividades divulgadas e, por fim, lograr que a comunidade compreenda que tem recursos de apoio psicológico e psicoterapêutico disponíveis, mesmo que por modo remoto, durante a pandemia. Ademais, a participação em tais atividades pode ter expressivo impacto sobre o enfrentamento da quarta onda, a onda da saúde mental, atribuída aos ciclos da Covid-19. É, pois, um horizonte de desafios, que cremos poderá ser superado coletivamente, processo do qual a campanha Você não está Sozinha, Você não está Sozinho faz parte.

## Conclusão

Este capítulo abordou as respostas do Subcomitê da Saúde Mental e Apoio Psicossocial do Coes/UnB para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 por meio da atuação de seus diferentes grupos de trabalho. Consideramos que a experiência vivida representou uma contribuição em diferentes aspectos. O primeiro foi o fortalecimento da rede interna de colaboração com a participação de docentes de quatro campi da UnB e de diferentes áreas. Isto representa a concretização do ideal de universidade, sem que a separação de cursos ou campi fosse barreira para a construção coletiva, mas sim insumos interdisciplinares e interprofissionais para a oferta de respostas mais potentes à promoção da saúde no contexto da pandemia de COVID-19. O segundo foi a articulação com a rede externa, como a Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal, a Fundação Oswaldo Cruz (Brasília) e o Conselho Regional de Psicologia. Isto oportunizou o fortalecimento de recursos humanos e coesão social para enfrentamento da pandemia. A terceira foi a ampliação das ações de promoção da saúde, com oferta abrangente de estratégias capazes de alcançar toda a comunidade universitária, além da comunidade externa. O monitoramento destas atividades indica um

processo de implementação exitoso, prenúncio de resultados positivos, o que poderá ser verificado em avaliações futuras.

Uma agenda de trabalho densa, interna e externa, pode ser vislumbrada. Internamente, uma Política de Promoção da Saúde da Comunidade Universitária está em planejamento. Deverá ser alimentada por um evento, na modalidade “conferência”, com a participação de grupos temáticos para coprodução das diretrizes e valores da Política. Uma pesquisa de avaliação da saúde mental de discentes, docentes e técnico administrativos da UnB deverá também prover insumos para o desenho desta política e está, no momento, em fase de planejamento. Externamente, encontra-se em construção a articulação da Rede de Universidades Promotoras da Saúde. No conjunto, estes esforços poderão fortalecer coletivos de trabalho nas universidades brasileiras, oxalá colaborando para resgatar, preservar e expandir as práticas culturais democráticas e promotoras de saúde, baseadas nos princípios da autonomia, participação social, equidade, empoderamento e integralidade, dentre outros, caros à PNPS (Ministério da Saúde, 2014).

## Referências

- Almeida, J. A. (2017). A Universidade de Brasília é promotora de Saúde? A percepção de alunos dos cursos de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília.
- Arroyo-Acevedo, H., Landazabal, G. & Pino, C. (2015). Diez años del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud en Iberoamérica y la contribución de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). *Global Health Promotion*, 22, 64-68. <https://doi.org/10.1177/1757975914547548>.
- Promotion. 2014; 22(4):64-8. Barreto, A. P (2008). *Terapia comunitária: passo a passo*. (3. Ed. revisada e ampliada). Fortaleza: Gráfica LCR.
- Boin, A., & Hart, P. (2007). The crisis approach. In H. Rodríguez, E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), (pp. 42-54). New York: Springer.
- Brasil (1988). *Constituição República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal. 292 p.
- Brasil (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em [https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcartas\\_promocao.pdf](https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fbvsms.saude.gov.br%2Fbvs%2Fpublicacoes%2Fcartas_promocao.pdf). Acesso em 25 de outubro de 2020.
- Brasil (2018). Glossário temático de práticas integrativas e complementares em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brethower, D. M. (2000). A systematic view of enterprise: Adding value to performance. *Journal of Organizational Behavior Management*, 20 (3/4), 165-190. Disponível em: [https://doi.org/10.1300/J075v20n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J075v20n03_06). Acesso em: 20 abr. 2020.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Rapid Review*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. São Paulo: Editora Santos.
- Carta de Okanagan (2015). Okanagan charter an international charter for health promoting universities & colleges. Kelowna, British Columbia, Canada. Disponível em <http://www.fundadeps.org/recursos/documentos/735/carta-okanagan.pdf>. Acesso em 30 de junho de 2020.
- Carta de Ottawa (1986). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em 30 de junho de 2020.
- Coes/UnB (2020). Plano de Contingência da Universidade de Brasília para Enfrentamento da Pandemia de COVID-19. Elaboração de C. B. Reis e Dasu/DAC. Coordenação de J. Brant, M.
- Correio Braziliense (2020). Cartas solidárias. Ação resgata a tradição das cartas para reduzir distâncias e preencher de afeto e gratidão de quem está na linha de frente no combate à covid-19. 30 de junho de 2020. Disponível em: <http://especiais.correiobraziliense.com.br/cartas-especiais>. Data de acesso: 30 jun 2020. Dacal, M. P. O. & Silva, I. S. (2018).
- DAC/Dasu/UnB (2020). Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Disponível em [linktr.ee/dasu](http://linktr.ee/dasu).
- Dacal, M. P. O., & Silva, I. S. (2018). Impactos das práticas integrativas e complementares na saúde de pacientes crônicos. *Saúde Debate*, 42 (118), 724-735.
- Dooris, M. (2013). Expert voices for change: bridging the silos—towards healthy and sustainable settings for the 21st century. *Health Place*, 20, 39–50. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2012.11.009>.
- Dooris, M., Wills, J. & Newton, J. (2014). Theorizing healthy settings: a critical discussion with reference to Healthy Universities, *Scandinavian Journal of Public Health*, 15, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1403494814544495>
- Ferreira, M. V. F. (2003). *Hipnose na Prática Clínica*. São Paulo: Atheneu.
- Fioravanti, C. (2020). Coronavírus avança no Brasil. A Covid-19 chega com força ao país, que já enfrenta uma epidemia de dengue. *Pesquisa FAPESP*, 290, 18-25.
- Genro, T. (2004). Reforma Universitária. *Revista Espaço Pedagógico*, 11(1), 9-19.
- Gomide, H. P., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2013). É hora de investirmos em intervenções comportamentais computadorizadas no Brasil? *Psicologia em Estudo*, 18 (2), 303-311.
- Graser, S., Hesse, J. & Hartmann, T. (2010). The international development of health promoting universities. *Prävention und Gesundheitsförderung; Zeitschriften*, 3, 179-184.
- Houmanfar, R. A., & Mattaini, M. A. (2018). *Leadership and Cultural Change*. New York, NY: Routledge.
- Krapfl, J. E., & Gasparotto, G. (1982). Behavioral Systems analysis. In L. W. Fredericksen (Ed.) *Handbook of Organizational Behavior Management*. New York, NY: Wiley. Retirado de: <https://archive.org/details/handbookforgani0000unse>
- Lange, I., & Vio, F. (2006) *Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior*. Retirado de: [https://www.academia.edu/20215661/Gu%C3%ADa\\_para\\_universidades\\_saludables\\_y\\_otras\\_instituciones\\_de\\_educaci%C3%B3n\\_superior](https://www.academia.edu/20215661/Gu%C3%ADa_para_universidades_saludables_y_otras_instituciones_de_educaci%C3%B3n_superior)

- Lima, E., Castro, E., Buelau, R., Valent, I. & Inforsato, E. (2015). Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface*, 19, 1019-1022. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0680>.
- Liu, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z., & Pan, L. (2020). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 39, 1011-1032. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101132>.
- Malott, M. E. (2003). *Paradox of Organizational Change. Engineering Organizations with Behavioral Systems Analysis*. Reno, NV: Context Press.
- Mello, A. L., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Revista Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 34, 683-692. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000017>.
- Ministério da Saúde (2006). Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde (2006). Portaria nº 971 MS/GM, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs>.
- Ministério da Saúde (2014). Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília.
- Ministério da Saúde (2020a). Coronavírus Covid-19. Balanço da Resposta do Ministério da Saúde. 65 Dias de Operação e 30 Dias de Circulação do Vírus no Brasil. Brasília, 27 de março de 2020, Semana Epidemiológica 13.
- Moura, L. & Rodrigues, N. (2018). Universidade promotora de saúde: o percurso da Faculdade de Ciências da Saúde- Universidade de Brasília: Brasília: Universidade de Brasília.
- Oliveira, J. A., Trigo, A. A., Ferro, L. R., & Rezende, M. (2019). Programa universidades promotoras de saúde como proposta de promoção de saúde dentro das universidades. *Revista AMAzônica*, 2, 383-400.
- Organização Mundial de Saúde (1997). Declaração de Jacarta Promoção da saúde no Século XXI. Adaptado na Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/declaracao-de-jakarta.aspx>
- Quarantelli, E. L., Lagadec, P., & Boin, A. (2007). A heuristic approach to future disasters and crises: New, old, and in-between types. In H. Rodríguez. E. L. Quarantelli, & R. R. Dynes (Eds.), *Handbook of Disaster Research* (pp. 16-41). New York: Springer.
- Ranieri N. B. S. (2018). Trinta anos de autonomia universitária: Resultados diversos, efeitos contraditórios. *Educação & Sociedade*, 39 (145), 946-961. <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018205173>.
- Rodrigues, N. (2017). Universidade promotora de saúde: o programa FS promotora de saúde na Universidade de Brasília. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem), Universidade de Brasília, Brasília.
- Secretaria de Comunicação da Universidade de Brasília (2018). I Encontro Nacional de Universidades Promotoras de Saúde. Organizado pela Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da UnB. Dispõe sobre o lançamento da Rede Ibero-americana de Universidades Promotoras de Saúde (Riups). Disponível em <https://noticias.unb.br/117-pesquisa/2220-evento-lanca-rede-brasileira-de-universidades-promotoras-de-saude>. Obtido em 30 de maio de 2020.
- Smith, B.J & Lim, M. H.(2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*. 30, 3022008. Published 2020 Jun 30. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Ssmap/Coes/UnB (2020a). Plano de Contingência em Saúde Mental e Apoio Psicossocial para Enfrentamento do Novo Coronavírus para a Universidade de Brasília. Elaboração de L. B. Polejack, L. A. Vasconcelos, W. C. M. P. Silva, R. D. Bohrer, C. Balbino, J. Brant, J. S. Caldas, M. S. M. Gomes, J. M. Costa, & M. D. Silva Júnior (22/Abril/2020). Retirado de: [http://www.unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/2020\\_PlanodeContingenciaSaudeMentalPsicossocial\\_COES-UnB\\_v3.pdf](http://www.unb.br/images/Noticias/2020/Documentos/2020_PlanodeContingenciaSaudeMentalPsicossocial_COES-UnB_v3.pdf)
- Ssmap/Coes/UnB (2020b). Boletim 1 do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Universidade de Brasília: Boletim Semana 1 a 7 – 29 de março a 6 de maio de 2020.
- Ssmap/Coes/UnB (2020c). Boletim 2 do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Universidade de Brasília: Boletim Semana 1 a 11 – 22 de março a 16 de maio de 2020.
- Ssmap/Coes/UnB (2020d). Boletim 3 do Subcomitê de Saúde Mental e Apoio Psicossocial. Universidade de Brasília: Boletim Semana 8 a 12 – 17 de maio a 20 de Junho de 2020.
- Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics. Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle, UK: Cambridge Scholars Publishing.
- Tsouros, A., Dowding, G. Thompson, J., & Dooris, M. (1998). Health promoting universities: concepts, experience and framework for action. World Health Organization: Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Zorzetto, R. (2020a). Para conter o avanço explosivo. *Pesquisa Fapesp*, 290, 26-27.
- Zorzetto, R. (2020b). Uma doença assustadora. *Pesquisa Fapesp*, 291, 20-24.

## SEÇÃO E

## Diálogos com o Sudeste

**“Grupo de Homens” como Dispositivo de Promoção da Saúde: Experiências Singulares em Práticas de Cuidado**

Moisés da Silva Roberto  
Marcos Bagrichevsky  
Thiago Drumond Moraes  
Maria Bastos Cacciari  
Analice Alcantara Meireles

A promoção da saúde (PS) coexiste em meio à diversidade de práticas assistenciais presentes nos serviços da atenção primária à saúde (APS). Considerada desde a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) uma aposta estratégica para se buscar formas de cuidado mais promissoras, sintonizadas com a mudança de modelo assistencial preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a PS por outro lado, também circula na literatura científica e em espaços das mídias com outros perfis... conservadores, ligados ao setor privado e a projetos neoliberais (na contra-mão dos princípios da própria RSB e do SUS).

Essas facetas conflitantes têm acompanhado experiências conduzidas nos serviços públicos de saúde e, apesar de suas distintas filiações, continuam resumidas à mesma denominação (PS). O reconhecimento de tal impasse levou Iglesias e Dalbello-Araujo (2011) a defender a premência de se investigar como concepções tão divergentes relacionadas à PS têm influenciado as práticas na APS.

Faz algum tempo que pensadores críticos no país têm invocado a vinculação da PS ao contexto da vida ‘não medicalizada’, requerendo dela uma produção permanente de estratégias para fomentar a escuta, o acolhimento, o vínculo, e valorizar as singularidades dos sujeitos (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2016; Ferreira Neto & Araújo; 2014).

Contudo, essa não é uma tarefa fácil. Mesmo no campo público, a saúde permanece em pleno século XXI esquadrihada e habitada por condutas



normalizadoras, que lhe roubam a potência, seu *ethos* humanizador. Portanto, é imperativo mobilizar esforços permanentes para que as práticas de PS estejam articuladas e atentem para as subjetividades das pessoas, das famílias, já que a primazia dos processos de cuidado integral diz respeito e se dirige a elas. Os sujeitos e suas questões não devem ser ‘objetificados’, nem descartados, mesmo em situações extremas de adoecimento (Czeresnia et al., 2016; Ferreira Neto, Kind, Pereira, Rezende, & Fernandes, 2011; Merhy, Feuerwerker, Santos, Bertussi, & Baduy, 2019).

Outra dificuldade que confronta o campo da PS se refere à construção de caminhos operacionais para viabilizar e incorporar tais estratégias, privilegiando também uma visão equitativa no processo, que mira cada realidade social de frente e enxerga sua mazelas, e como elas impedem o cuidado pleno em certas condições. Nesse sentido, cabe comentar que existem registros promissores emergindo no cenário nacional: práticas afins, forjadas e (re)construídas nas experiências diárias dos territórios. É na trilha desse movimento dialógico de experimentações potentes, criativas, impregnadas de conceitos da educação popular, que a PS tem assumido seu protagonismo, como matriz indutora de ‘outros modos’ de se pensar e produzir o cuidado. E que olha os sujeitos de frente, buscando compreender e ‘trabalhar’ com os respectivos contextos nos quais estão inseridos (Ferreira Neto & Araújo, 2014; Ferreira Neto, Kind, Pereira, Rezende, & Fernandes, 2011; Pinto & Silva, 2019; Polidoro & Da Ros, 2017; Santos, Da Ros Crepaldi & Ramos, 2006; Silva & Baptista, 2015).

Sintonizado com tais premissas, o presente estudo, de natureza descritivo-analítica, traz à baila vivências e ações conduzidas na APS em uma ambiência coletiva de cuidado denominada “Grupo de Homens (GH)”. Amparada em técnicas etnográficas, a investigação buscou retratar as atividades desenvolvidas semanalmente junto ao GH em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) capixaba. Reconhecido pelos participantes e trabalhadores da “UBS Azul” (nome fictício) como um legítimo espaço de PS, o GH já vinha fomentando seus encontros há pelo menos três anos de forma ininterrupta, todas as quintas-feiras pela manhã. Lá, a discussão sobre questões relacionadas à vida ocupava o lugar central, e a doença, um papel complementar!

Atento à conjuntura local, o trabalho descreve e problematiza as práticas do GH, buscando compreender suas implicações junto àqueles homens – sujeitos ‘com’ e ‘para’ os quais as ações foram pensadas/direcionadas. Este texto expressa um

recorte de uma pesquisa maior desenvolvida sob tutela da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória (SEMUS), ES. Vale registrar que a investigação obteve autorização formal prévia dos usuários do Grupo, do Comitê de Ética em Pesquisa da universidade, e do serviço para sua realização.

## Caracterização do Estudo: Cenários, Sujeitos e Estratégias Metodológicas

A “UBS Azul” mostrou ser um cenário privilegiado para investigar práticas de PS na APS, pois ali já existia uma ‘cultura interna’ recorrente de projetos educativos desenvolvidos em Grupos de Promoção da Saúde (GPS). Essa linha de atuação, adotada pelas seis equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) pertencentes à Unidade, revelou que além do GH existiam mais quatro GPS sendo conduzidos no local, com enfoques que aportavam certa distinção entre temáticas e grupos da comunidade atendidos. Esse perfil conferia à “UBS Azul” uma direcionalidade política e tecno-assistencial com ‘algo a mais’. O desejo e o compromisso assumidos por vários profissionais das equipes através de projetos de PS buscavam romper com a rotina da lógica ‘queixa-conduta’ de consultas individuais, predominante em boa parte das práticas assistenciais de UBS no município.

O GH atendia homens residentes no território adstrito à “UBS Azul”. Um percentual significativo da geografia circunscrita à abrangência da Unidade perfila morros e acessos bem íngremes, em área empobrecida da cidade. Há predomínio de espaços de elevado risco social devido às moradias precárias, à existência de intenso narcotráfico e à falta de aspectos básicos de urbanização, necessários para uma condição existencial digna.

Participaram dos encontros do GH de forma mais assídua ao longo da pesquisa, dez homens. Mas havia também aqueles que compareciam eventualmente nas reuniões. De todo modo, os dezesseis homens cuja presença foi registrada em alguma das trinta sessões de “observação participante” estão aqui assinalados: ‘Neymar’, ‘Robinho’, ‘Zizinho’, ‘Garrincha’, ‘Bebeto’, ‘Kaká’, ‘Sócrates’, ‘Jairzinho’, ‘Falcão’, ‘Dinamite’, ‘Tostão’, ‘Rivaldo’, ‘Rivelino’, ‘Dunga’, ‘Edmundo’ e ‘Cafú’. Todos nomes fictícios para preservar-lhes o anonimato e ao mesmo tempo homenageá-los pela declarada paixão pela ‘nobre arte’ (as alcunhas escolhidas correspondem

a grandes jogadores na história da seleção brasileira de futebol). Esse sentimento era bem forte entre eles. Quase todos os homens compareciam aos encontros trajando camisa de futebol, fosse ela da seleção brasileira, ou do clube do coração, ou mesmo de um time do bairro. Isso inclusive inspirou uma das intervenções coletivas de lazer com futebol de botão, produzida por conta de tal interesse.

A maioria dos frequentadores do GH não havia concluído o ensino fundamental, possuía idades entre 40-80 anos (os mais novos, Neymar, Robinho e Dunga, estavam na faixa de 20-35 anos) e pertencia a famílias humildes. Alguns tinham filhos(as), outros até netos(as). Entre eles havia quem fosse aposentado, desempregado, trabalhador do mercado informal (ambulante que vendia água e picolé nas ruas; ou ‘faz-tudo’ que vivia de ‘bicos’) e trabalhador com carteira assinada (porteiro de prédio). Muitos deles se encontravam afastados de suas atividades laborais em função de enfermidades prévias e limitações físicas crônicas – que decorriam de esforços corporais deletérios adquiridos ao longo dos anos em trabalhos insalubres, impróprios. Uma característica comum a todos eles era o consumo frequente e contínuo de bebidas alcoólicas. Na verdade, o surgimento do GH está diretamente vinculado a tal aspecto, após profissionais de saúde da “UBS Azul” terem mapeado no território a existência de um número representativo de homens que vivia com graves problemas decorrentes do uso constante desse tipo de bebida e de outras substâncias psicoativas. O Grupo foi pensado como uma proposta para acolhê-los, escutá-los, dialogar com eles, apoiá-los. Assim que a concretude desse diagnóstico socio-sanitário ganhou visibilidade e se tornou irrefutável até para os gestores da UBS, o GH não tardou a iniciar suas atividades.

Durante alguns anos o planejamento/condução das atividades do GH coube não apenas aos profissionais da UBS, mas a um ‘coletivo microgestor interdisciplinar’ que contava com aproximadamente cinco a nove participantes (trabalhadores da “UBS Azul” + docentes + acadêmicos) envolvidos com essas tarefas semanais. Sem dúvida, tal arranjo conferia ao Grupo uma de suas potências: a liberdade convidativa e permissiva para fazer transitar ideias e sugestões no processo de planejamento e nas análises dos significados e repercussões das experiências – sem hierarquia prévia entre os membros desse coletivo, sem fronteiras formais dadas *a priori* por um saber ou posição meritocrática. A pertinência das proposições era a força-motriz que alimentava os debates e encaminhamentos operacionais do GH.

A organização estrutural do Grupo se dava a partir de três eixos, complementares entre si: *(i)* oficinas psicoterapêuticas; *(ii)* ações/palestras informativas sobre saúde-doença-cuidado; e *(iii)* atividades lúdicas. O objetivo maior das oficinas psicoterapêuticas era fomentar manifestação/expressão dos participantes, uma ‘abertura’ para fala e escuta desses sujeitos (Souza, Meireles, Tavares, & Menandro, 2015). Por meio de ações/palestras informativas, profissionais convidados, da saúde e de outras áreas, faziam exposições dialogadas acerca de temas variados, inclusive relacionados ao contexto de vida e cidadania dos frequentadores do GH. E por fim, havia as atividades lúdicas que abarcavam diferentes perspectivas de lazer<sup>8</sup>, uma amálgama de interesses físico-esportivos, culturais, intelectuais, turísticos ou simplesmente de fruição (passeios/eventos sociais) e até interesses pelo desenvolvimento de habilidades manuais e artísticas.

As reuniões iniciavam às 8 horas da manhã no auditório da “UBS Azul” – ponto inicial de encontro pactuado com os usuários. As práticas coletivas do Grupo duravam cerca de 90 a 120 minutos. A presença dos participantes variava entre 10 e 12 homens, em média, por sessão (o GH chegou a ter dezoito frequentadores). Quando se encerravam as atividades de cada quinta-feira e tão logo os homens deixavam a UBS, trabalhadores da saúde, professores e acadêmicos da UFES (e de outras instituições universitárias) tornavam a se reunir para discutir, no final da manhã, toda dinâmica processual de cada encontro, os acontecimentos marcantes ocorridos e o (re)planejamento das semanas subsequentes. Importante mencionar que havia também um macro-planejamento, pensado e elaborado no início de cada semestre.

O percurso investigativo apoiou-se nos pressupostos da pesquisa qualitativa, tomando o repertório de atividades cotidianas do GH como panorama principal de interesse a ser observado, apreendido e analisado por meio de ‘ferramentas etnográficas’. O trabalho de campo gerou as matrizes empíricas obtidas através dos diários com anotações e dos registros audiovisuais (filmagens e fotografias). Tais recursos foram empregados para possibilitar uma descrição em profundidade e com riqueza de detalhes, dos fenômenos que emergiram na processualidade do GH (Geertz, 2008). No total, ocorreram trinta sessões de “observação participante” durante o ano de 2015.

<sup>8</sup> Nossa compreensão sobre o conceito de lazer não se reduz ao mero sentido de entretenimento em ‘horas livres’, até porque boa parte daqueles homens relatou que nunca chegou a desfrutar de algo similar devido a sua condição precária de vida. Todavia, por limitação no tamanho do texto não aprofundaremos tal questão, apesar de julgarmos relevante sinalizá-la.

Depois de organizadas e tabuladas as informações do material empírico, foram empreendidas leituras ‘flutuantes’ dos diários de campo e construída posteriormente uma sistematização das categorias que se destacaram no estudo. Com base na “análise temática de conteúdo” (Câmara, 2013; Campos, 2004; Cavalcante, Calixto & Pinheiro, 2014) trabalhamos dois tipos de categorização: ‘não apriorística’, cujo processo se deu por ‘frequenciamento’ (repetição de conteúdos), e por ‘relevância implícita’ – isso é, conteúdos considerados significativos para o estudo apesar de não se repetirem (Campos, 2004).

A identificação de pessoas e estruturas presentes no trabalho se deu a partir de nomes fictícios, preservando o sigilo de suas identidades originais. Algumas das falas transcritas aparecem aqui corrigidas gramaticalmente para otimizar ao leitor, o entendimento das ideias nelas contidas.

## Resultados e Discussão

O conjunto das análises conduziu à formulação de três categorias temáticas que se destacaram em meio às práticas de PS desenvolvidas no GH: **(i) espaço comunicacional** – o Grupo percebido na sua dimensão de escuta, diálogo e expressão dos homens, buscando identificar se tinham abertura para fala e para serem ouvidos, além da conversa corriqueira focada em patologias específicas (anamnese tradicional); **(ii) desenvolvimento de vínculo** – o GH como espaço de relacionamento entre os sujeitos (usuários e profissionais de saúde), examinando se ele parecia ser convidativo e acolhedor, ou formal e burocrático, buscando apontar as vantagens da formação do vínculo para o cuidado em saúde e os desafios para sua concretização no GH; **(iii) protagonismo** – analisamos o comportamento e a participação dos homens, identificando se eles se consideravam e/ou agiam como sujeitos detentores de alguma autonomia no Grupo... ou não. Por fim, apontamos os desafios para desenvolvimento desse ‘protagonismo’.

O processo de análise interpretativa buscou verificar também se tais categorias estabeleciam relações entre si; e caso houvesse nexos, interessava-nos saber ‘como’ isso ocorria. É importante dizer que cada categoria temática era ‘lida’ a partir de três perspectivas: **(i) conceitual** – constituindo os fundamentos teóricos acerca dos temas analisados pelas categorias; **(ii) programática** – abordava como

a equipe da “UBS Azul” se organizava para conduzir as práticas que abrangiam aspectos da dimensão conceitual; e **(iii) relacional** – caracterizava os modos através dos quais os homens interagiam para ampliar a comunicação entre si, para construir vínculo e desenvolver seu protagonismo no Grupo.

## Espaço comunicacional

A análise evidenciou que a equipe responsável pelo GH desenvolvia seu processo de trabalho apoiado no conceito de “Clínica Ampliada”, proposta que leva em conta a dialogia entre os sujeitos e a complexidade de suas dimensões biopsicossociais. Pressupõe uma postura de acolhimento às falas dos homens, elaboração de atividades relacionadas não apenas ao adoecimento e aos sintomas fisiopatológicos, mas, sobretudo privilegiando afetos e laços estabelecidos entre os atores envolvidos nas dinâmicas que buscam o cuidado. A dimensão da Clínica Ampliada propõe ‘pensar junto’ sobre os problemas, fomentando o vínculo e a corresponsabilização na construção de projetos terapêuticos singulares (Souza, 2012; Souza et al., 2015). Com tal perspectiva de atuação, constatamos que os homens do GH se sentiam estimulados a discutir temas variados, até mesmo os mais delicados, como por exemplo, a forma emblemática como a violência cotidiana invadia suas vidas, e o modo como o alcoolismo e as drogas afetavam suas relações com família e com a própria sexualidade.

Questões sobre violência emergiam recorrentemente nas falas dos participantes do Grupo, como essa a seguir:

“[...] meu filho só me dá desgosto. Passa mais tempo preso do que solto [com expressão de tristeza e com olhos lacrimejando]” (Cafú, 1ª sessão de observação).

“[...] quando a polícia estava chegando, meu colega me deu a arma para eu esconder. [...] meu colega tem arma, pois é do ‘movimento’ [tráfico de drogas]” (Kaká, 7ª sessão de observação).

“Mataram um adolescente ali na esquina. Era de tarde ainda. Eu estava perto na hora. Conheço a mãe do rapaz. Ela também estava na hora. Me sinto aterrorizado!” (Zizinho, 30ª sessão de observação).

“Sou alvo dessa violência, tenho dois filhos envolvidos com a criminalidade. Meu filho mais velho foi morto com trinta tiros em casa, se eu estivesse em casa morreria também, porque não ia deixar eles matarem meu filho” (Cafú, 30ª sessão de observação).

Apesar de existir uma liberdade usual para falar abertamente de diferentes assuntos no GH, ocorreu uma situação pontual de conflito: assim que esses fatos sobre violência foram narrados por dois homens, outro frequentador do Grupo contra-argumentou:

“O papo não colou, pai e mãe têm que educar para o filho não fazer besteira!” (Garrincha, 30ª sessão de observação).

Imediatamente, o enfermeiro Bonifácio intercedeu com uma fala dirigida ao coletivo:

“Não podemos esquecer que são várias as instituições responsáveis pela formação da pessoa, sendo a família apenas uma delas. O caso de [Cafú] é um exemplo: ele perdeu um filho e o outro está preso devido à criminalidade. Por isso é injusto culparmos os pais, pois há outros fatores envolvidos” (enfermeiro Bonifácio, 30ª sessão de observação).

Naquele momento os homens já estavam em pé, prontos para irem embora e essas falas encerraram o encontro, sem que fosse dada continuidade à narrativa de Garrincha. Do episódio, surgiu uma constatação: havia necessidade de ampliação dos ‘não ditos’, para que pudéssemos instituir integralmente no Grupo o processo de “escuta-experimentação” tal como preconizado por Heckert (2007).

A sexualidade foi outro assunto que chamou a atenção durante as observações de campo. Tema complexo de abordar coletivamente! Demanda, sobretudo, um ‘espaço protegido’ para fala e escuta (Brasil, 2009). Num dos encontros do GH, a acadêmica Simone conduziu uma oficina terapêutica na qual utilizou dezessete frases relacionadas a essa temática. Ela distribuiu para cada uma das pessoas presentes – usuários, profissionais e acadêmicos – uma frase (escrita em um pedaço de papel) sobre o assunto. Todos leram individualmente

suas frases no Grupo e foram estimulados a opinar ou fazer questionamentos acerca delas (Diário de campo, 9ª sessão de observação).

“Não precisa fazer sexo todo dia. Quando eu era mais jovem eu achava que tinha que transar todos os dias. Mas agora sei que não é assim. Quando eu era adolescente cheguei a ter quatorze namoradas. Mas hoje tenho uma mulher que vale por dez [...]. Se a esposa chega cansada do trabalho em casa, o marido não deve acordá-la para transar. É melhor o marido deixar para outra hora” (Sócrates, 9ª sessão de observação).

“Isso [a redução da potência sexual depois dos 40 anos] depende do estilo de vida que a pessoa leva. Sua alimentação, estado psicológico, o trabalho” (Falcão, 9ª sessão de observação).

No dia da oficina sobre sexualidade havia cinco mulheres (duas profissionais de saúde e três acadêmicas) no auditório da “UBS Azul”, além de Simone. Todavia, a psicóloga Amália se ausentou do ambiente antes mesmo das atividades iniciarem. Notamos que os homens do GH não se importaram em falar de sexualidade na presença delas e se manifestaram de modo bem tranquilo, sem constrangimentos (Diário de campo, 9ª sessão de observação). O mais curioso foi perceber que o único incômodo partiu justamente de uma trabalhadora da UBS (Amália) em razão da proposta da oficina ter ficado a cargo de uma pessoa do sexo feminino, conforme o relato da acadêmica Simone feito no encontro seguinte:

“[...] Tinha uma profissional [do GH] que ficou receosa de eu, como mulher, [trazendo as mãos em direção ao peito] conduzir uma atividade que falasse de sexualidade com o Grupo. Eu disse: deixa comigo! [risos] Aí, antes de eu começar, ela [Amália] saiu discretamente da sala, preocupada. Me falou que não queria nem ver! Voltou só depois. E deu certo [risos]! Eles [frequentadores do GH] participaram e muito. [...] Por isso pensei em fazer uma dinâmica com os profissionais também! [...]” (Simone na reunião de equipe, 10ª sessão de observação).

Tais fatos conduziram à convicção de que o GH precisava reforçar ainda mais, entre todos os membros, a noção de que ele fora concebido como um espaço pautado pela ética de uma convivência sem julgamentos, como um ‘lugar protegido’, que deveria possibilitar a cada homem do Grupo pensar/manifestar-se

sem sofrer restrições morais, falar de suas experiências sem receio ou vergonha, e ter o respeito e o acolhimento dos pares quanto aos sentimentos ali repartidos (Furlan & Campos, 2010). Na medida em que tal transformação se consolidava no GH, crescia entre os participantes a confiança de poder trazer à tona assuntos de cunho intimista sem medo de censura, fato que incentivava o compartilhamento de outros relatos, sem constrangimentos:

“[...] Eu fiz este exame de toque [retal] pela primeira vez só agora, com 67 anos de idade [...]” (Jairzinho, 7ª sessão de observação).

Uma fala como a de Jairzinho teria pouca chance de emergir tão francamente em outros espaços coletivos, nos quais predomina o modelo hegemônico de masculinidade. A intimidação que em geral povoa narrativas como essa, ajuda a explicar, por exemplo, a exígua presença de homens nos serviços de saúde que buscam práticas de prevenção e cuidado – aspecto aludido por diversos estudos (Brasil, 2008; Separavich & Canesqui, 2013). Portanto, estratégias coletivas que estimulam abordagens mais apropriadas acerca da saúde do homem auxiliam na desmistificação da crença de que não se deve falar, fora de consultórios médicos, de sexualidade, de doenças sexualmente transmissíveis, entre outras questões afins, tão polêmicas quanto preocupantes.

“[...] Os homens até vêm para consultas [na UBS], com perguntas prontas sobre esses assuntos [intimidade e sexualidade]. Mas, quando o paciente entra no consultório e vê uma médica ao invés de um médico, ele corta esses assuntos da conversa com a médica” (Sócrates, 7ª sessão de observação).

“Eu sou assim [tímido]. Não falo toda verdade para o médico não” (Kaká, 14ª sessão de observação).

Em função desse tipo de problema, logo que o GH foi criado, constatou-se que muitos homens sequer possuíam “cartão nacional de saúde” (conhecido também como “carteirinha do SUS”) ou cadastro na UBS. Estratégias de uma ‘pedagogia terapêutica’ voltadas ao público masculino, como aquelas praticadas no GH, são vitais para reverter esse quadro. Isso ocorreu no território adstrito à

“UBS Azul”. É preciso que outros serviços repensem suas formas de acolher tal público, é necessário ressignificar as experiências dos sujeitos frente à referência dominante de masculinidade contemporânea, bem como a capacidade de lidar com os problemas mais frequentes entre os homens.

Sem dúvida, o GH mostrou ser um **espaço comunicacional** potente, revelando seus nexos conceituais com a dimensão da ‘escuta qualificada’. Através das observações de campo ficou claro que a escuta realizada junto aos frequentadores do GH não ficava restrita à preocupação com sintomas de enfermidades, cuidados com o organismo, etc. Na verdade, o empreendimento priorizava muito mais a relação dos homens com questões da vida cotidiana e do contexto no qual estavam inseridos. Claro que os fatores biológicos mencionados também eram contemplados, mas sem ocupar um protagonismo exclusivo nos projetos terapêuticos de cuidado. Apesar das limitações estruturais e materiais existentes na “UBS Azul” e na conjuntura local, a equipe microgestora interdisciplinar do GH foi exitosa na tarefa de acolher os participantes, apostando em práticas que favoreciam sua expressão plena, sem julgamentos.

Quanto à dimensão relacional, podemos afirmar que o GH representava um canal facilitador para os homens se comunicarem entre eles e com os profissionais de saúde, dando vazão às narrativas de suas demandas de maneira sensível e íntegra, superando a lógica restritiva das consultas individuais (que, em geral, investem apenas na ideia protocolar da ‘queixa-conduta’). Esse aspecto humanizava as propostas coletivas de cuidado do GH, tornando-as um pouco menos medicalizadoras, prescritivas, porque sempre eram consideradas as percepções dos sujeitos-usuários relativas aos problemas que, em primeira mão, lhes diziam respeito.

Em termos da dimensão programática, sublinhamos o episódio no qual Garrincha imputou a pais e mães a responsabilidade majoritária em evitar que os filhos se envolvessem com a criminalidade local, a despeito da violência e das mazelas sociais que persistem ‘naturalizadas’ na comunidade. Narrativa essa que o enfermeiro Bonifácio não retomou nos encontros subsequentes do GH. Parece sensato assinalar que o ‘contraditório’, os conflitos discursivos, fazem parte da vida e não seria diferente no GH. O manejo de situações reais como a que foi apresentada requer antes de tudo que elas não sejam escamoteadas pelas equipes

de saúde. Uma recondução suave de eventuais questões nevrálgicas realizada posteriormente, em momento adequado, faz parte do *modus operandi* da Clínica Ampliada, e fortalece os objetivos das ‘abordagens terapêuticas’ descritas por Souza (2012) e por Souza et al. (2015).

## Desenvolvimento de vínculo

Outra categoria que ganhou destaque nas análises dos diários de campo se refere ao vínculo construído entre os homens, e o vínculo que eles estabeleceram com os membros do coletivo interdisciplinar microgestor do GH. As ‘observações’ também apontaram um papel integrador importante das atividades lúdicas e das práticas esportivas nesse processo, estimulando o fortalecimento dos vínculos.

Durante a 8ª e a 13ª sessão de observação, os homens-usuários e os membros do coletivo microgestor interdisciplinar do GH jogaram futebol na quadra de cimento de uma ONG da comunidade. Um espaço habitualmente cedido para tal fim. A descontração, ludicidade e alegria proporcionadas nesses encontros sempre chamavam nossa atenção. Os momentos destinados à prática do futebol recreativo produziam sociabilidades e ótimas interações interpessoais. Havia uma satisfação coletiva que pairava no ar, nas manhãs em que o esporte acontecia. Mesmo para quem não participava do jogo (em geral, as moças – por vontade própria – e os homens que tinham impedimentos físicos e/ou clínicos) era uma ‘festa’ do lado de fora da quadra. Vários frequentadores do Grupo chegaram a mencionar em outros momentos, com empolgação, que “*aquele clima de alegria [do futebol] ajudava a esquecer os problemas*”.

Passamos a notar que a cada encontro subsequente destinado à prática do futebol no GH, havia um cuidado maior entre as pessoas dos ‘times que competiam’ a fim de evitarem possíveis lesões devido ao contato físico inevitável em alguns momentos de ‘disputa pela bola’. Existiam relatos na “UBS Azul” de que houve uma época (os primeiros jogos) na qual acontecia muito ‘quebra-quebra’ nas partidas. Todavia, com o passar do tempo, os participantes foram percebendo a dinâmica e o propósito das situações recreativas e ajustando seus respectivos comportamentos: o clima nos ‘dias do futebol’ foi se tornando cada vez mais cordato, cooperativo e divertido. Todos percebiam que ao evitar jogadas

mais ‘duras’ estariam protegendo a si mesmos e aos outros. Mas tal mudança não ocorreu espontaneamente, foi necessário um árduo e contínuo trabalho de conscientização dos profissionais de saúde junto aos homens do GH.

Outra pista que apontava na direção do fortalecimento dos laços de vínculo no GH era a assiduidade dos homens. Mesmo em dias chuvosos, eles compareceriam com a mesma disposição, embora em menor número. Em certa manhã de chuva torrencial, notamos que havia menos usuários do que de costume (bem antes do horário de iniciar as atividades do GH, nós os encontrávamos com frequência nas filas para marcação de consultas médicas na UBS). Naquele dia, cinco participantes se reuniram no auditório da UBS (Zizinho, Kaká, Sócrates, Raí e Dunga), não obstante o mau tempo que fazia (Diário de campo, 11ª sessão de observação). Fato semelhante ocorreu no encontro da semana seguinte:

“Até agora só tem dois participantes [Sócrates e Tostão]. Acho que não vai vir muita gente hoje por causa da chuva” (enfermeiro Bonifácio em conversa com o acadêmico Arquimedes num corredor da UBS antes das atividades coletivas, 12ª sessão de observação).

E não obstante a tempestade que caía, trinta minutos depois chegaram outros homens: Zizinho, Bebeto, Kaká, Raí, Cafú, Ronaldinho, Dinamite, Pato, Neymar e Ramires, totalizando 12 pessoas, fato que surpreendeu toda equipe de saúde (Diário de campo, 12ª sessão de observação).

Alguns frequentadores mostravam uma adesão ao GH tão impressionante que mesmo quando não era possível estarem presentes durante todo o horário programado, iam aos encontros ainda que fosse para ficar poucos minutos. A situação que envolveu Sócrates materializa um bom exemplo: ele esteve por lá em uma das manhãs, apesar de saber que não poderia ficar e participar das atividades nessa data, pois havia sido contratado para montar móveis em uma loja no mesmo período e dia do encontro semanal do Grupo (Sócrates é aposentado e faz trabalhos como *freelancer*) – ocasião inclusive em que sofreu um infarto enquanto executava o tal serviço. Mesmo assim ele veio até o auditório da UBS, ficou sentado por alguns minutos conversando com outros homens do GH, aferiu sua pressão arterial e glicemia – ambas estavam normais (Diário de campo, 13ª sessão de observação).

Ocorrência parecida se deu com Zizinho que também compareceu em um dos encontros antes dele começar, pois tinha consulta médica agendada para aquela manhã na UBS (Diário de campo, 17ª sessão de observação). Circunstância quase idêntica se passou com Jairzinho ao chegar tardiamente num encontro do Grupo praticamente encerrado, logo após ele ter sido atendido numa consulta médica na “UBS Azul” (Diário de campo, 26ª sessão de observação).

Houve ainda um episódio no qual Kaká se atrasou para o início das atividades do GH. Nesse dia tínhamos programada uma visita ao Planetário da UFES, que fica cerca de 4km distante da “UBS Azul”. Sozinho, sem comunicação com qualquer pessoa do Grupo (por dificuldades financeiras, praticamente nenhum dos homens tinha celular) e sem dinheiro para pegar um ônibus, ele se mobilizou e foi até lá andando a pé num dia muito quente, sob um sol de verão! Mas, quando Kaká chegou no local, a sessão do Planetário já havia começado e as portas estavam fechadas. Ainda assim ele não desistiu, permaneceu sentado na antesala aguardando a sessão finalizar. Quando todos saíram, Kaká se confraternizou com os colegas, foi uma festa (Diário de campo, 25ª sessão de observação).

Tais relatos traduzem como os laços interpessoais, a escuta e o desejo dos homens de ‘se integrarem/pertencerem’ ao GH foram se constituindo sutil e gradualmente no interior do Grupo, ao longo de sua trajetória. Havia um sentimento especial compartilhado entre os participantes, em relação à convivência naquele espaço potente, singular – um lugar de encontros, de afetos, de cuidado. A vontade explícita que os homens manifestavam de estar ali, juntos, nas manhãs das quintas-feiras (até mesmo quando chegavam bem no final das sessões e só podiam aproveitar alguns minutos) revela a potência do GH como dispositivo produtor/promotor de saúde. O vínculo se tornou uma espécie de fio condutor catártico, entrelaçando suas histórias de vida, ampliando as possibilidades de compreensão e encaminhamento de seus problemas – inclusive relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias; ao mesmo tempo em que lhes apresentava também ‘outras formas’ de se relacionarem e interagirem no mundo, apostando na ética e na estética de uma vida que vale a pena ser vivida (Furlan & Campos, 2010; Ferreira Neto & Kind, 2011).

Entretanto, nem tudo conspirava a favor do desenvolvimento de vínculos no contexto da “UBS Azul”. Não seria insensato afirmar que existiam barreiras

relacionadas à dimensão programática que sabotavam o acesso pleno dos homens a ações de prevenção e de cuidados clínicos nos serviços. Os comentários a seguir sobre duas situações concretas, sem dúvida, ilustram como tais barreiras interferiram na questão do vínculo.

O primeiro exemplo remete ao momento de encerramento de um dos encontros do GH, no qual o acadêmico Arquimedes, preocupado, se dirigiu ao enfermeiro Bonifácio solicitando atendimento para um dos homens. Explicação: a taxa glicêmica de Vavá continuava muito alta desde a semana anterior, em que tinha sido constatada 370 mg/dL de glicemia. A conduta de Bonifácio em resposta ao pedido foi instruir Vavá com informações elucidativas à marcação de consulta médica da UBS, sugerindo que ele verificasse outros detalhes sobre o agendamento na própria recepção (Diário de campo, 19ª sessão de observação). Com certeza, a condição clínica de Vavá pedia uma intervenção mais cautelosa e assertiva, até porque as rotinas assistenciais (baseado em critérios de risco) estão previstas no fluxo de atendimentos dos usuários do SUS, na APS.

Na mesma direção, testemunhamos o diálogo entre Kaká e o dentista da “UBS Azul”, o ‘Senhor Mozart’, que na ocasião foi num dos encontros do GH, proferindo uma palestra como convidado:

“Falando em dente, estou precisando fazer revisão” (Kaká, 15ª sessão de observação).

“Na próxima terça-feira voltaremos aqui cedo com o agendamento para o consultório dentário [o detalhe é que o GH só ocorria nas quintas-feiras]. Aí vocês vêm para marcar” (Dentista – Sr. Mozart, 15ª sessão de observação).

Apesar de terem conhecimento quanto ao quadro preocupante vigente há muitos anos no Brasil, acerca da baixíssima busca masculina pelos serviços de saúde (Brasil, 2008; Separavich & Canesqui, 2013), dois dos profissionais da equipe de saúde da “UBS Azul” desperdiçaram oportunidades valiosas para acolher os usuários Vavá e Kaká e suas necessidades imediatas e explícitas de saúde. Ignoraram também demandas implícitas que, em geral, só os processos de acolhimento e de escuta qualificada permitiriam fazer emergir. Embora os

homens tenham ficado frente a frente com os referidos profissionais da UBS, ficou-lhes reservada apenas a opção de ir para a tradicional fila de espera, cujo número de vagas é limitado e comumente preenchido por ordem de chegada.

Nessa lógica, habita a contraditória promessa assistencial de cobertura universal a todos os usuários que precisarem e buscarem atendimento, mas que nunca se cumpre, de fato. Em parte significativa dessa demanda reprimida, os cidadãos têm sido submetidos a uma espera aflitiva por atendimento nos serviços públicos de saúde que beira a negligência. E a quem desiste de fazê-lo (pessoas muito idosas, doentes crônicos com quadro graves, etc), por vezes, é imputada uma responsabilização pela ‘falta’, situação perversa que estudiosos do campo nomearam de “culpabilização da vítima” (Tesser, Poli Neto, & Campos, 2010).

Tal realidade conjuntural diverge da proposta conceitual e programática do acolhimento pensada para o SUS, que objetiva reduzir a fragmentação na atenção à saúde – incluindo atendimentos prestados pelas diversas áreas e especialidades – e também resolver o problema das incontáveis ‘listas de espera’ enfrentadas pelos usuários. Mas, é preciso reforçar que o acolhimento ao qual nos referimos aqui (e que defendemos!) não é sinônimo de ‘triagem’ prévia de consultas médicas; ele representa o princípio teórico-prático que consta nos documentos oficiais balizadores da política pública de saúde brasileira, e busca atender/suprir as necessidades específicas, singulares, de cada sujeito (Hennington, 2005). Sem alcançar o acolhimento na sua forma plena é impossível se falar em “Integralidade do cuidado”, conceito tão caro ao SUS que o defende como um de seus tripés doutrinários fundantes (Brasil, 2008).

Ligado ao contexto do GH, havia outras situações que interferiam no processo de construção dos vínculos no interior do Grupo, que tanto almejávamos: o exemplo a seguir, no qual os homens expressaram seu pesar pela saída de profissionais que deixaram o GH devido a rearranjos organizacionais em setores dentro da “UBS Azul” é ilustrativo nesse sentido. Ali lamentaram também a saída de acadêmicos que não podiam mais estar presentes em função da dinâmica da própria formação universitária (porque o tempo de estágio na UBS terminava ou porque eles ingressavam em outros projetos na universidade e passava a existir então incompatibilidade de horários).

“Senti falta de muita gente aqui. Igual aquela menina boa que tinha aqui, esqueci o nome dela, a psicóloga [se referindo à psicóloga Amícia que trabalhou em outra época na “UBS Azul”]. E não estou vendo mais aqui a [Amália] [psicóloga da UBS naquela época]. Tem também os estagiários que passam pelo grupo e somem!” (Cafú, 12ª sessão de observação).

A rotatividade de estudantes universitários era esperada, uma vez que passavam pela UBS só durante determinado período, fato que não impede que olhemos com solidariedade e apreço para os sentimentos flagrantes em certas narrativas dos homens do GH.

Por outro lado, a rotatividade dos profissionais de saúde dentro da própria UBS pode significar, entre outras coisas, uma política inadequada na gestão de ‘recursos humanos’ (falta de incentivo/valorização na formação e na atuação de trabalhadores do SUS). O fato de ainda existirem muitos municípios brasileiros nos quais seus serviços públicos de saúde optam em permanecer majoritariamente com profissionais atuando em regime de contrato temporário, exemplifica e robustece essa crítica. Trata-se de um problema grave para a carreira dos trabalhadores da saúde e para a gestão dos serviços, já que é de conhecimento que o perfil de vínculo dos servidores (concursados ou contratados temporariamente) influencia na autonomia e na qualidade/êxito tanto dos processos de trabalho em saúde, quanto dos projetos terapêuticos de cuidado na APS (Brasil, 2009).

Diante da perpetuação de tal cenário, o SUS continua a enfrentar impasses e desafios crônicos quanto ao desenvolvimento de vínculo entre usuários e equipes de saúde. Debatida por Gadelha (2008) e Campos (2008; 2015), a referida questão aponta também, segundo eles, a incapacidade de municípios instituírem, sozinhos, uma política de gestão de pessoal efetiva que garanta qualidade nos serviços prestados à população e estabilidade aos servidores públicos da saúde. Para os autores é vital que haja maior participação da União e dos governos estaduais no financiamento inerente ao investimento e à solidez na/da carreira dos trabalhadores do SUS.

A despeito dessa problemática frequentar o cotidiano da “UBS Azul”, os laços de vínculo no GH seguiram em sua trajetória crescente, mês a mês, ano a ano. Característica marcante do Grupo que ao longo de sua existência o tornou um espaço ímpar de convivência, de acolhimento, de confiança, de



companheirismo entre seus membros. Sem dúvida, tal ambiência produzia efeitos benéficos e tornava a participação dos homens muito mais interessada e solidária em relação aos seus pares. Em distintas oportunidades, as narrativas traduziram essa preocupação, esse zelo:

“Ouvi dizer que [Sócrates] sofreu infarto” (Raí em uma conversa com o acadêmico Arquimedes antes de iniciar as atividades coletivas, 14ª sessão de observação).

“Eu visitei [Sócrates]. Ele está lá de repouso, mas está bem” (Falcão, 14ª sessão de observação).

Percebíamos também que havia empenho coletivo para manter uma frequência expressiva nos encontros do Grupo:

“Eu não ia subir hoje [ir até à UBS]. Só vim buscar medicamentos. Eles [apontando para alguns colegas do GH] me viram lá embaixo. Eu vim aqui [no auditório da UBS] puxado pelos colegas do grupo” (Rivaldo, 10ª sessão de observação).

“Vi que estava vindo pouca gente no grupo. Então eu fiz esta camisa [ele mostrou a todos a camisa personalizada que vestia no encontro] para o Grupo dos Homens, para andarmos com ela no bairro, divulgando este grupo para outros homens. [ele gesticulava intensamente demonstrando sua reprovação pela ausência dos colegas naquele dia]. Fiz esta camisa para chamar o povo, para encher isto aqui! (Sócrates, 24ª sessão de observação)”.

A confecção de uma camisa personalizada para o GH foi um divisor de águas. Ela expressava simbolicamente o orgulho de pertencer àquele coletivo, o desejo de ter uma ‘marca’ identitária para o Grupo de modo a expandí-la, fazê-la circular em toda a comunidade. Ao tomar para si essa ideia e concretizá-la, Sócrates revelou também que existia autonomia entre os usuários, um protagonismo que inclusive lhe encorajou a pensar em algo inédito e dar-lhe materialidade mesmo sem ter consultado antes profissionais de saúde e colegas a respeito. O mais incrível foi perceber que todos acolheram a proposta da camisa de imediato e por unanimidade, quando Sócrates chegou ao encontro com ela vestida no corpo.

Pensar o GH como um dispositivo que produzia e promovia saúde, que celebrava aspectos cotidianos da vida daqueles homens, remete à potência dos acontecimentos narrados, surpreendentes até para os membros menos participativos. A própria originalidade do nome do Grupo – que poderia ter sido batizado (como tantos outros grupos terapêuticos tradicionais) de “Grupo de Alcoolistas” ou “Grupo de Alcoólicos Anônimos”, mas não foi – traduz sua perspectiva diferenciada, de resistência, de liberdade para subverter o instituído, de autonomia para abrir espaço ao imponderável, sem perder de vista a resolutividade requerida nas estratégias formais de cuidado em saúde.

Figura 1. Camisa personalizada do GH, iniciativa pessoal de Sócrates.



Fonte: Acervo dos autores.

Com o passar do tempo, além de se orgulharem em frequentar o GH, os homens passaram a atuar como multiplicadores do Grupo na comunidade:

“Eu falo para meus amigos, eu convido para virem no GH, [digo] que podem vir, pois o trabalho dos atendentes é ótimo. Eles atendem muito bem!” (Falcão, 14ª sessão de observação).

E ao mesmo tempo, reconheciam que nem todas as pessoas do bairro convidadas a conhecer de perto as atividades do GH, compareciam para ver como eram as dinâmicas por lá:

“[...] Eu convido outras pessoas para participar do Grupo [GH], mas elas não vêm [...]” (Zizinho, 14ª sessão de observação).

“[...] Tem gente que fala que ‘aquilo lá’ [GH] é só pra velho. Tem gente que diz que tem trabalho [e que por isso não pode comparecer na UBS]” (Falcão, 14ª sessão de observação).

A despeito de ter participantes assíduos e um enorme envolvimento da equipe interdisciplinar microgestora responsável por ele, o GH teve momentos de evasão. Alguns usuários deixaram de frequentá-lo (Adriano, Elano, Ganso, Neymar, Pato, Raí, Ramires, Romário, Vampeta e Vavá) e não foram mais vistos até o encerramento das sessões de observação de campo da pesquisa.

O contexto do entorno revelava ameaças que não podiam ser menosprezadas, incluindo as condições precárias de vida desses homens, e apesar do êxito obtido quanto à construção de vínculo nos encontros das manhãs de quintas-feiras. Por outro lado, ainda que estivesse inserido num território evadido de iniquidades, percebíamos que o GH ‘resistia’. Seu ‘movimento interno’ indicava a permanência de um *ethos* humanizador, a primazia por sustentá-lo como um espaço afirmativo da vida, preocupado majoritariamente em não produzir constrangimentos, nem julgamentos morais. A orientação pautada pelo cuidado solidário, sensível, parecia especialmente adequada para homens cujas dificuldades enfrentadas com o uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias (as vezes, geracionais em suas famílias!) demonstravam ser apenas a ‘ponta do iceberg’ de um panorama existencial que ‘escondia’ um sem número de outros problemas estruturais muito mais complexos, quiza até insolúveis.

## Protagonismo

Entre conflitos e limitações estruturais existentes na trajetória do GH, as vozes dos participantes tinham força e ecoavam no Grupo. Tal característica o tornou um espaço de apropriação pessoal, no qual os homens se colocavam como protagonistas de processos e práticas, opinando e participando das atividades desenvolvidas no Grupo. Foi interessante notar que com o passar do tempo os comentários nessa direção se tornaram mais assertivos, refinados, críticos:

“Senti que as orientações de médicos no grupo estão ausentes” (Cafú, 12ª sessão de observação).

Fomentar o protagonismo do usuário implica que o profissional se posicione como seu colaborador, deixando de ser autoridade absoluta, deslocando a importância do saber técnico, do conhecimento científico sobre saúde e doença – dentro do projeto terapêutico ampliado – para um mesmo plano que inclui/precisa ainda de outras apostas colaborativas simultâneas ao cuidado clínico. O usuário, por sua vez, deve ser considerado um sujeito ativo na construção das práticas de saúde, trazendo nelas o seu protagonismo (Souza, 2012).

Percebíamos que o coletivo interdisciplinar microgestor do GH exercia tal papel, estimulando a participação dos homens desde a etapa de planejamento das atividades até sua concretização. Esse incentivo aparecia em narrativas dos profissionais de saúde, durante os encontros:

“É muito importante que vocês participem desta etapa [planejamento], pois nós não desejamos que o grupo atue em função dos profissionais, mas que vocês opinem, sugiram e participem, para que as atividades contemplem suas necessidades específicas” (enfermeiro Bonifácio, 12ª sessão de observação).

Os frequentadores do GH começaram a levar, cada vez mais, propostas de atividades nos momentos das rodas de conversa. Suas incursões no Grupo foram paulatinamente deixando de ser apenas ocupadas por um ‘lugar de receber’ informações, cuidados, para se tornarem mais autônomas, sempre com alguma contribuição a ‘dar’ ao coletivo.

“Aposentei há nove anos. Me lembro de quando trabalhava. Lá na empresa eu participava de grupos. Aqui poderia ter aquecimento com alongamento antes, pois no grupo da empresa que trabalhei tinha ‘aquecimento’ antes das reuniões e todos gostavam dessa atividade” (Raí, 14ª sessão de observação). “Hoje eu vim ‘seco’ achando que teria aquele alongamento bom!” (Vavá, 19ª sessão de observação).

Outro exemplo dessa conduta pode ser ilustrado pela sugestão dada pelos usuários para que as partidas de futebol recreativo passassem a ser realizadas

numa quadra esportiva dentro de uma ONG local (houve um período que devido à falta de espaço adequado disponível, a referida prática esportiva ficou suspensa) e o desfecho que se deu a seguir. Alguns homens tomaram a dianteira da situação, conseguiram que essa ONG emprestasse sua quadra, e passaram a organizar as partidas de futebol do GH, providenciando inclusive diferentes coletes coloridos de times para uso na referida atividade.

Durantes os jogos, alguns deles atuavam como árbitros, acumulando dupla função – ‘jogadores-árbitros’ –, semelhante à situação registrada por um estudo que envolvia usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Porto Alegre, RS, em oficinas de futebol (Abib, Fraga, Wachs, & Alves, 2010).

As práticas que envolviam o futebol pareciam ser as mais convidativas para os homens. Eles demonstravam um papel mais ativo no GH, em comparação ao comportamento assumido em outras atividades. Segundo Abib et al. (2010), deixar de ser mero coadjuvante, mesmo que provisoriamente, para atuar como sujeito protagonista do cuidado em saúde, funciona como uma espécie de exercício de reinserção que transcende o ato de jogar bola.

Posteriormente, as partidas de futebol no GH passaram a ser questionadas por alguns homens:

“Gosto muito de futebol, porém meu joelho não deixa eu jogar” (Raí, 19ª sessão de observação).

“Por mim, pode acabar com o futebol. A médica falou comigo que não posso me machucar. Ela falou que não posso nem andar de chinelo, pois se eu machucar o pé vai ter que amputá-lo. Então, futebol pra mim acabou. Posso até ir para ficar sentado e assistindo, mas não posso jogar. Vai que dou azar de machucar?!” (Sócrates, 19ª sessão de observação).

“Não vou poder jogar bola, pois estou muito cansado por causa do meu serviço [esse participante trabalhava de porteiro durante a noite]” (Rivaldo, 18ª sessão de observação).

“Não vou jogar, pois trabalhei a noite inteira” (Vavá, 18ª sessão de observação).

No caso de Vavá, seria até arriscado que participasse do futebol naquela manhã, pois sua taxa glicêmica mostrava-se bem alta: 370 mg/dL.

De todo modo, começou a sobrevir entre os homens do Grupo um sentimento conflitante no ar a respeito da referida prática. Se por um lado, eles exibiam imenso prazer em falar de futebol por influência até do imaginário coletivo masculino, de outro, demonstravam receio de se machucar, de piorar suas condições de saúde que já eram bastante precárias. Some-se a tal complexidade o fato de a comunidade no entorno da “UBS Azul” ser carente de espaços públicos propícios para a prática de atividades físicas e outros esportes, e de não haver segurança para circular livremente pelas ruas em função da violência ligada ao narcotráfico, à pobreza, ao descaso público expressado pela falta de políticas sociais dignas destinadas àquele território.

Não obstante as dificuldades, a equipe de saúde sempre buscava estratégias para gerar outras atividades inclusivas, que estimulassem o engajamento dos homens do GH. Surgiram então alternativas elaboradas/discutidas com os usuários. Em certa manhã, duas acadêmicas de farmácia faziam uma apresentação acerca de jogos olímpicos de inverno na Rússia, e aí Cafú disse:

“Já que nem sempre todos estão dispostos a jogar futebol e já que aqui não temos gelo igual lá [Rússia], nós poderíamos jogar bocha em vez de futebol. Bocha é bom, pois todo mundo joga. Até quem tem dor no pé. Joga homem e mulher, joga todo mundo!” (Cafú, 20ª sessão de observação).

E foi o que aconteceu. No segundo encontro do GH depois daquele dia, os participantes jogaram bocha em uma ‘canha’ (nome especializado do espaço no qual é praticada) localizada numa praça próxima à UFES. Nesse dia, a ‘nova experiência esportiva’ foi articulada a um passeio urbano. Além de sugerir a modalidade para o Grupo, Cafú providenciou sozinho, na semana anterior, todos os detalhes formais necessários à negociação do espaço para que chegássemos lá e apenas nos divertíssemos. A maioria dos homens demonstrava familiaridade com o jogo, tendo inclusive ensinado ao enfermeiro Bonifácio e a três acadêmicos, as formas de pontuação, as principais regras e as posturas corporais para realizar adequadamente as jogadas (Diário de campo, 22ª sessão de observação).

Uma prática que também exibiu um caráter estimulante, com potencial para maximizar o envolvimento dos homens foi a oficina lúdica com o futebol de botão. Intervenção que se deu na 24ª sessão de observação. A proposta havia sido sugerida por Tadeu, docente da UFES. Ele além de praticar o futebol de botão com frequência com seu filho em casa, e com amigos nos finais de semana, trouxe para a ocasião do encontro uma mesa oficial utilizada em campeonatos da modalidade e todos os apetrechos específicos (times de botão, bolinhas, traves, etc). Com um *modus operandi* similar ao da prática da bocha, o jogo do futebol de botão implica, necessariamente, que os participantes atuem de forma colaborativa ao longo das partidas (mesmo em campeonatos oficiais). Do contrário o jogo não acontece, simples assim. O perfil inclusivo dessa atividade se dá, entre outros motivos, em função de uma de suas premissas básicas que nos convoca a jogar “com” e não “contra” o outro.

Tanto a bocha quanto o futebol de botão propiciaram aos homens momentos prazerosos de fruição, de risadas descomprometidas com os problemas do mundo (ainda que ocorressem por duas horas, apenas), de uma leveza que marcou positivamente o convívio coletivo no GH.

A despeito de alguns encontros lúdico-esportivos do Grupo terem produzido sociabilidades, possibilitado situações de catarse pessoal, e até estimulado os usuários a participar e a ter iniciativa nos processos de organização dos eventos, havia, por outro lado, ocasiões em que eles continuavam a evidenciar dependência dos profissionais da “UBS Azul” para procederem até autocuidado básico, em relação à saúde ou à higiene pessoal. Mesmo com um empenho constante da equipe interdisciplinar microgestora do GH buscando fomentar o protagonismo dos homens, era de conhecimento geral que alguns deles possuíam pouca motivação e resistência, nesse sentido:

“O mau cheiro de [Kaká] é por falta de banho mesmo. O fedor não é de bebida, pois ele não é de beber. Ele já revelou para mim que gosta de pó.” (Acidália na reunião de equipe, 15ª sessão de observação).

“Gente, hoje, o Senhor [Rivelino] estava fedendo! [O cheiro] Estava bem difícil ficar próximo a ele! [levando as mãos à testa, para expressar sua tristeza] Será que ele não sente o mau cheiro? Alguém precisa dar um toque nele!” (Acidália na reunião de equipe, 16ª sessão de observação).

“Gente, [Leônidas] mora sozinho num buraco. Ele não tem ninguém que olhe por ele. Perguntei se ele tomou banho, quando fui ver o curativo no seu pé agora pouco! [...]” (Acidália na reunião de equipe, 24ª sessão de observação).

Ao nosso modo de ver, tais narrativas conduzem à necessidade de refletir acerca da conjuntura local e da dinâmica que a constitui. Mesmo que concordemos com os preceitos conceituais do protagonismo que propõem responsabilizar os usuários e incentivá-los a zelar por sua própria saúde, seria pouco sensato negar que o contexto de vida desses homens e suas mazelas se encarregam de trazer impedimentos reais à lógica de cuidado preconizada.

São impasses que se apresentaram na forma das situações ilustradas, sobre ‘o que falta’ em suas vidas: do ponto de vista material, recursos para morar, comer, ter lazer, se vestir dignamente. Em relação à dimensão subjetiva dos sujeitos, existam efeitos prejudiciais expressados, por exemplo, através da baixa autoestima que carregavam, ou pelo sofrimento psíquico e emocional crônico decorrente muitas vezes da ausência de referências familiares, de afeto, de solidariedade.

Sem dúvida, tais questões influenciaram a participação dos homens no GH, e a forma como ela se deu. Trata-se de um desafio imenso colocado para todos os trabalhadores do SUS que atuam na APS, não apenas os da “UBS Azul”, lidar de forma resolutiva com esses cenários complexos que nosso estudo apresentou. Até porque, sabidamente, eles estão replicados pelo Brasil afora.

## Considerações Finais

A síntese de experiências do GH analisadas e registradas no texto permitiu identificar três categorias principais referentes às práticas desenvolvidas no interior do Grupo. À luz dos referenciais da Clínica Ampliada e da Política Nacional de Humanização das práticas de saúde, destacaram-se: (i) estímulo e constituição de um espaço comunicacional, e (ii) a construção de vínculos; e (iii) protagonismo no âmbito das ações do GH.

Essas categorias analíticas ganharam visibilidade em função dos processos de trabalho adotados pela equipe de saúde e cogeridos pelos homens-usuários. Profunda e permanentemente amparados por estratégias de cuidado

como as oficinas terapêuticas, os 'encontros' no GH favoreciam o acolhimento, a escuta qualificada e a dimensão relacional, marcas registradas do Grupo que lhe trouxeram 'fama' na comunidade.

Apesar de o GH ter se mostrado um espaço de práticas potentes, atentas e conectadas a uma conjuntura local, particular, de um município brasileiro, defendemos a ideia de que a experiência coletiva construída na "UBS Azul", seria replicável e talvez até obtivesse êxito em outras realidades Brasil afora, se observadas as questões singulares de cada território, de cada comunidade, de cada serviço.

## Referências

- Abib, L. T., Fraga, A. B., Wachs, F., & Alves, C. T. P. (2010). Práticas corporais em cena na saúde mental: potencialidades de uma oficina de futebol em um Centro de Atenção Psicossocial de Porto Alegre. *Pensar a Prática*, 13(2), 1-15.
- Brasil (2009). *Gestão participativa e cogestão*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Câmara, R. H. (2013). Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(2), 179-191.
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 611-614.
- Campos, G. W. S. (2008). Entrevistas curtas com sanitários sobre o SUS. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos (IHU) On-Line*, 260, 7-8. Retrieved from <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>.
- Campos, G. W. S. (2015). Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 641-642.
- Cavalcante, R. B., Calixto, P., & Pinheiro, M. M. K. (2014). Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, 24(1), 13-18.
- Czeresnia D., Maciel, E. M. G. S., & Oviedo, R. A. M. (2016). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ferreira Neto, J. L., & Araújo, J. N. G. (2014). Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia e Sociedade*, 26(3), 675-684.
- Ferreira Neto, J. L., Kind, L., Pereira, A. B., Rezende, M. C. C., & Fernandes, M. L. (2011). Usos da noção de subjetividade no campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(5), 831-842.
- Ferreira Neto, J. L., & Kind, L. (2011). *Promoção da saúde: práticas grupais na Estratégia Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Furlan, P. G., & Campos, G. W. S. (2010). Os grupos na atenção básica à saúde. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização* (pp. 105-116). Brasília: Ministério da Saúde.
- Gadella, P. (2008). Entrevistas curtas com sanitários sobre o SUS. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos (IHU) On-Line*, 260, 16-19. Retrieved from <http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao260.pdf>.
- Geertz, C. (2008). Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In C. Geertz (Eds.), *A interpretação das culturas* (pp. 3-21). Rio de Janeiro: Zahar.
- Heckert, A. L. C. (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Eds.), *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor* (pp. 199-212). Rio de Janeiro: Abrasco/Cepesc.
- Hennington, E. A. (2005). Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), 256-265.
- Iglesias, A., & Dalbello-Araujo, M. (2011). As concepções de promoção da saúde e suas implicações. *Cadernos Saúde Coletiva*, 19(3), 291-298.
- Merhy, E., Feuerwerker, L. C. M., Santos, M. L. M., Bertussi, D. C., & Baduy, R. S. (2019). Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saúde em Debate*, 43(spe.6), 70-83.
- Pinto, M. B., & Silva, K. L. (2019). Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. *Escola Anna Nery*, 23(1), e20180282.
- Polidoro A. A., & Da Ros, M. A. (2017). Roda de chimarrão como instrumento promotor de saúde na realização da atenção básica: um artefato cultural, ético e político. *Saúde & Transformação Social*, 8(2), 26-38.
- Santos, L. M., Da Ros M. A., Crepaldi M. A., & Ramos L. R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Revista de Saúde Pública*, 40(2), 346-352.
- Silva, P. F. A., & Baptista, T. W. F. (2015). A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde em Debate*, 39(spe.1), 91-104.
- Separavich, M. A., & Canesqui, A. M. (2013). Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 415-428.
- Souza, L. G. S. (2012). *Profissionais de saúde da família e representações sociais do alcoolismo*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Universidade Federal do Espírito Santo.
- Souza, L. G. S., Meireles, A. A., Tavares, K. M. C., & Menandro, M. C. S. (2015). Intervenções Psicossociais para Promoção da Saúde do Homem em Unidade de Saúde da Família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 932-945.
- Tesser, C. D., Poli Neto, P., & Campos, G. W. S. (2010). Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(supl.3), 3615-3624.

## Psicologia & Promoção à Saúde: Perspectivas para Atuação do Psicólogo em um Contexto Educacional

Juliana Peterle Ronchi  
Luziane Zacché Avellar  
Lígia Rocha Cavalcante Feitosa

### Introdução

A reflexão crítica sobre a atuação do psicólogo em contextos educacionais, como os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, apresenta diversas perspectivas de construção de trabalhos que valorizam ações integradas ao ambiente em conjunto com todas as pessoas que constituem esse espaço. Nessa perspectiva, a promoção à saúde se mostra como uma possibilidade que amplia o olhar para as vivências dos participantes dessas instituições, em que eles são ativos na construção de ações que valorizam suas histórias de vida e contribuem para o seu melhor bem-estar nesse espaço.

Assim, a promoção à saúde pode colaborar para uma atuação baseada no acolhimento aos estudantes, por exemplo, o que implica uma escuta qualificada de suas experiências, a atenção as suas necessidades e as suas potencialidades, contribuindo para o fortalecimento dos seus recursos pessoais e sociais. Pode contribuir também com a construção de estratégias que visam a permanência dos estudantes no ambiente educacional de maneira saudável, a partir da implementação da assistência estudantil, considerando a defesa pela garantia da democratização do acesso ao ensino e o respeito as suas realidades.

No Brasil (2010), o Decreto Nº. 7.234, de 19 de julho de 2010 dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e sinaliza para a consolidação de

equipes multiprofissionais no âmbito das Instituições Federais de Ensino Superior (IES). Para o contexto da educação profissional e tecnológica, a PNAES já foi criticada por não contemplar IES com as especificidades do cariz profissionalizante. Ainda assim, a partir das adaptações da PNAES para esta realidade, os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia têm proporcionado a melhoria do desempenho acadêmico e a permanência dos estudantes em seus espaços educativos, visando a igualdade de oportunidades entre todos os estudantes. Para tanto, as atividades desenvolvidas devem dispor de diferentes profissionais, tais como: assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos e psicólogos, com vistas a favorecer trajetórias de desenvolvimento biopsicossocial dos estudantes.

Na realidade brasileira, tal proposta política e sua efetivação mostram-se como um avanço nas condições de permanência e atenção aos estudantes. Além disso, o contexto nacional tem corroborado às propostas internacionais, cuja exigência é dispor de equipe multiprofissional nas escolas. No entanto, diante da falta de diretrizes de atuação específica para os diferentes profissionais que compõe essa equipe, ainda há dificuldades de efetivar ações eficazes e eficientes que, de fato, valorizem os diferentes saberes a fim de se construir uma prática integrada de atenção aos estudantes.

No tocante a implementação da PNAES e ao que se pode desenvolver pela equipe multiprofissional na realidade da educação profissional e tecnológica, este capítulo tem por objetivo refletir acerca da atuação de uma psicóloga na prática escolar em um campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (IFES), a partir da perspectiva da promoção à saúde e do diálogo com a psicologia escolar. Entende-se que as contribuições da psicologia e da promoção à saúde podem ampliar as concepções da gestão, dos atores educativos e da comunidade acadêmica sobre a garantia do acesso à educação e a permanência na Instituição para todos aqueles que constituem este contexto educacional, construindo suas trajetórias escolares e profissionais no IFES de modo a favorecer o bem-estar, a partir da valorização de seus recursos e seu contexto.

Como evidencia o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013), compreende-se que muitas podem ser as contribuições do psicólogo no campo educacional, de maneira que é importante considerar o contexto da escola e dos estudantes que nela estão inseridos. No contexto dos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, a psicologia escolar comparece com bastante

representatividade em seu corpo técnico (Feitosa, 2017). No entanto, Feitosa e Marinho-Araújo (2016) problematizam que, embora muito se tenha discutido sobre a educação profissional e tecnológica no Brasil e inserido o profissional de psicologia nesse contexto, os estudos que discutem a contribuição da psicologia escolar nestes espaços educativos precisam de maior visibilidade. As autoras apontam ainda o caráter generalista das atribuições dos psicólogos nos Institutos Federais, o que, se por um lado pode dificultar a execução de ações mais específicas, por outro pode se constituir em um espaço fértil de atuação nas esferas do ensino, da pesquisa e da extensão.

Compreende-se que o fato de o psicólogo estar presente ou não no cotidiano da escola, influencia na construção da sua prática e do seu papel nesse espaço. Begeny et al. (2018), ao analisarem publicações internacionais do campo da Psicologia Educacional e Escolar, constataram o alto índice de autores filiados a instituições universitárias, sendo pequeno o número de autores relacionados a ambientes escolares não universitários, ou seja, aqueles filiados como trabalhadores da escola. Fato também constatado por Guzzo, Mezzalira, Moreira, Tizzei e Silva Neto (2010) no Brasil.

Dessa forma, mostra-se importante apresentar reflexões sobre a prática a partir do psicólogo inserido em seu lócus de trabalho, de modo a poder se construir interlocuções teoria-prática, em um diálogo constante, pois é fundamental embasar a prática com discussões teóricas envolvendo processos de desenvolvimento humano, em uma perspectiva ampliada, e de promoção à saúde. Adicionalmente, é na escola que se potencializa saltos qualitativos de desenvolvimento e, ainda, se pode constituir espaços potentes para representações de bem-estar junto à comunidade acadêmica.

Nesse sentido, importa tecer reflexões acerca das possíveis contribuições da promoção à saúde na atuação de um psicólogo no contexto da educação profissional e tecnológica. Para tanto, a seguir, apresenta-se a relevância em se discutir a promoção à saúde na atuação do psicólogo escolar.

## **A Promoção à Saúde em um contexto educacional**

A Promoção à Saúde aqui considerada tem como marco a Carta de Ottawa, que a define como “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na

melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Carta de Ottawa, 1986, s/p.). Nesse cenário, a saúde é um conceito positivo, que se coloca a favor da vida, em que se valoriza os recursos sociais, pessoais e físicos das pessoas na direção da construção de bem-estar e qualidade de vida em que se colocam em execução políticas públicas saudáveis, a organização de espaços favoráveis à saúde, à atuação em uma perspectiva comunitária, ao aprimoramento das habilidades das pessoas e à reordenação do sistema de saúde (Carta de Ottawa, 1986).

No Brasil, no contexto da redemocratização do país, a luta pela universalização do sistema de saúde incluiu em sua discussão a Promoção à Saúde, na perspectiva da defesa da vida e da saúde como um direito social. O Sistema Único de Saúde (SUS), ao apresentar uma compreensão ampliada de saúde, valoriza os modos de vida e os contextos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais das pessoas, considerando as histórias e as condições de vida dos sujeitos na construção dos seus projetos terapêuticos (Brasil, 2015).

De caráter integrado e intersetorial, a Promoção à Saúde apresenta-se como uma estratégia de cuidado com a vida, em que se faz fundamental a articulação de diversas áreas (Brasil, 2006). Nesse contexto, a escola tem sido indicada como um importante espaço de ações de Promoção à Saúde pela sua amplitude, como na valorização das capacidades das pessoas; na compreensão de formas mais afirmativas de vida, na comunidade em que se vive; na construção de ambientes saudáveis; e na consolidação de projetos intersetoriais, que respeitem as pessoas dentro de sua história de vida e de sua realidade (Brasil, 2002).

Assim, a Promoção à Saúde como proposta de intervenção se mostra interessante para o psicólogo que atua em escolas, uma vez que pode contribuir para a construção da capacidade reflexiva dos sujeitos sobre sua qualidade de vida. Ainda, como evidencia Buss (2009) “para além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, presentes nas referidas conferências, a promoção da saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde” (p. 19). Dessa forma, o psicólogo pode auxiliar a escola no rompimento do modelo tradicional de focar no indivíduo, no estudante que possui um problema de aprendizagem, e passar a olhar para um sujeito que apresenta necessidades em um contexto social,

econômico, político e cultural, um sujeito que pode, a partir de sua singularidade, falar e construir formas de viver criativas, livres e autônomas.

De acordo com Buss (2000), é importante destacar que a Promoção da Saúde pode ser conceituada a partir de dois grandes grupos. No primeiro grupo estão as ações que se destinam à modificação dos comportamentos e estilos de vida das pessoas, que visam educar a população para uma proposta adequada de vida saudável, onde as ações se colocam ao alcance do indivíduo. Já no segundo grupo, conceituam-se as ações em que a saúde se relaciona a uma amplitude de fatores relacionados com a qualidade de vida e cuidados mais voltadas ao coletivo e ao ambiente das pessoas.

Dessa forma, é importante evidenciar que esse trabalho se localiza na perspectiva trazida pelo segundo grupo. Reconhece-se ainda que as ações em Promoção da Saúde, como apresentado por Buss (2000) e Iglesias (2009), também podem legitimar práticas autoritárias e verticalizadas, que favorecem a consolidação do modelo individualizante. Nesse sentido, por exemplo, as inserções de práticas como palestras que visam a educação da população sobre uma forma correta de se fazer saúde podem assumir denotações adaptativas da comunidade escolar, conduta esta que tem sido objeto de crítica pelo psicólogo escolar.

Lefevre e Lefevre (2007) indicam que informações sobre aspectos da saúde são fundamentais para o trabalho do profissional com os usuários de um serviço de saúde, por exemplo. E essa informação deve se dar tanto no nível individual, com a pessoa, quanto nos espaços coletivos. Assim, as questões de saúde vão sendo contextualizadas e a atuação ocorre em diferentes planos, individual, micro e macrosocial, de modo que esteja a serviço da formação da cidadania. Nesse sentido, a Promoção à Saúde colabora com o psicólogo na escola, pois evidencia a importância do conhecimento técnico, do trabalho também com informação, constituída pela contextualização que valoriza o ambiente das pessoas e suas relações. Tal informação construída a partir da técnica em espaços autônomos de intervenção.

Iglesias (2009) também apresenta que, apesar do marco da contribuição da Carta de Ottawa, as contradições se colocam na constituição de uma proposta de Promoção à Saúde. Visto que a carta ao valorizar ações que capacitam a população, por meio do desenvolvimento de habilidades para se alcançar uma saúde desejada, pode não considerar, em muitas situações, as capacidades

inventivas e os recursos pessoais próprios que possibilitariam aos sujeitos gerirem suas vidas. Desse modo, como já apresentado, muitas vezes se trabalha por uma Promoção da Saúde, sob uma perspectiva de saúde prescrita, e não construída de acordo com os contextos dos participantes.

É importante reforçar, dessa forma, que se concorda com as colocações apresentadas por Iglesias (2009). Neste trabalho, se pretende atentar as práticas de Promoção à Saúde, o que valoriza o profissional, nesse caso o psicólogo escolar, junto à população para quem se destina o serviço, aqui considerados os estudantes, em que estes são coparticipantes no processo de construção de saúde, sendo várias as saúdes possíveis a partir da realidade de cada um. Como apresenta Akerman (2016):

Se 'promoção da saúde é tudo, nem tudo é promoção da saúde', pois nem todas as intervenções que chamamos 'promocionais' contemplam os valores e princípios da promoção crítica, ou aquela que não considera a ação promocional um fim em si mesma, mas sua intencionalidade, ou o poder e a potência transformadora de uma ação para além dela mesma: promover a vida que vale a pena ser vivida (p.14).

Neste trabalho, então, a Promoção à Saúde é considerada como um conceito ampliado, que envolve os sujeitos em suas construções de melhores condições de vida. Conforme Czeresnia (2009), a Promoção à Saúde se entende como a possibilidade de fomento ao bem-estar, a partir da valorização de recursos sociais e pessoais dos envolvidos.

A Promoção à Saúde, assim, pode auxiliar no processo de rompimento com as ações que não fazem avançar o trabalho crítico do psicólogo escolar. Como exemplo de ações em que são trabalhadas nas escolas temas como sexualidade, drogas e violência, que, de modo geral, se realizam completamente desconectados do ensino e da realidade dos atores escolares, pois se realizam em formas de palestras sem produção de reflexões críticas e que de fato impactem o desenvolvimento dos estudantes e professores, como bem sinalizou Souza (2016). Assim, a perspectiva da Promoção à Saúde colabora na atuação do psicólogo escolar na proposta de se refletir sobre a realização de ações significativas para os estudantes, contribuindo para a autonomia na construção de melhores estratégias para estar nesse espaço de educação e por consequência na vida.



A perspectiva da Promoção à Saúde possibilita refletir sobre as práticas moralistas do pode ou não pode, das palestras sobre temas que visam instruir o sujeito sobre o certo e o errado, sem escutar e engajar o sujeito para quem se dirige a atividade de intervenção. Práticas que reforçam ações do modelo médico assistencial, sem de fato alcançarem os significados para os sujeitos que vivenciam as experiências sobre esses temas.

Catrib, Farias, Olegário, Brillhante e Saintrain (2015) chamam atenção para a importância de se trabalhar com diferentes temáticas no espaço escolar. Em uma perspectiva de escola promotora de saúde, o trabalho deve ser compartilhado entre os educadores em corresponsabilidade com os estudantes, de modo que não compareçam práticas autoritárias ou terroristas. Assim, a Promoção à Saúde como estratégia de ação pode contribuir, pois valoriza-se o contexto da instituição e dos estudantes, a construção de práticas acolhedoras, atenciosas, autônomas, resolutivas, intrasetoriais e intersetoriais. Esses aspectos são centrais para a efetivação de ações em Promoção à Saúde, com vistas a um trabalho integrado e interdisciplinar no ambiente educacional, capaz de construir significados a partir do conhecimento técnico dos profissionais, como ressaltado por Lefevre e Lefevre (2007), refletidos e trabalhados com os participantes da ação.

A compreensão sobre saúde, como evidenciam Mendes, Fernandez e Sacardo (2016), pressupõe a participação social de modo que o sujeito signifique a si e as suas necessidades, a fim de que as ações apresentem ferramentas para a construção autônoma de projetos de vida saudáveis. Considerar como os participantes da ação significam a experiência fortalece a implicação do sujeito, pois potencializa sua palavra, sua escuta, o que reforça o acolhimento. Contribui ainda para que as ações sejam menos receitas reproduzidas e mais construídas a partir do grupo e da sua realidade, de modo a favorecer a invenção de modos próprios de construir um trabalho potente com a comunidade escolar.

Dessa forma, se os sujeitos participam ativamente da organização das atividades de intervenção, fica mais fácil refletir e construir propostas que atendam às suas necessidades. Assim, o psicólogo que atua em contextos educacionais só tem a ganhar com essa perspectiva, pois ela possibilita a construção de uma atuação que implica o sujeito em seu processo, saindo da esfera da crítica da atuação focada no modelo clínico individual.

Se pensarmos que a escola serve ao processo de educação, que nem sempre segue uma linha da construção de uma educação autônoma – mesmo quando prevê a autonomia – pois a educação passa pela formação pessoal e profissional de quem promove a intervenção. A Promoção à Saúde pode favorecer o trabalho do psicólogo escolar no sentido de construção de uma prática crítica e responsável socialmente com as vivências dos estudantes, que os respeitem em seus projetos pessoais e suas realidades. Reconhece-se que é uma atuação nada simples, e fácil, visto que a sociedade tende a valorizar unicamente o que pode ser medido (Ahtola & Niemi, 2014). Nessa perspectiva, as discussões sobre o bem-estar, sobre a Promoção à Saúde, que não podem ser mensuradas em termos de aprimorar os resultados dos estudantes, podem ser o tipo de trabalho a não ser valorizado e que, por conseguinte, evidencia o lugar difícil da atuação do psicólogo escolar. No contexto escolar, a atuação do psicólogo não visa necessariamente a dar respostas imediatas, individualizadas ou permeada de padronizações. Nessa direção, defende-se a possibilidade de desconstruir tais concepções e fortalecer o diálogo a partir das reflexões aqui descritas.

Assim, a atuação do psicólogo escolar, a partir da perspectiva da Promoção à Saúde, possibilita falar de uma Psicologia dentro da escola visando romper com a lógica conservadora. Essa defesa possibilita reflexões e pontos de crítica sobre o que é demandado, o que se realiza enquanto prática e o que se deseja aprimorar a fim de garantir esse espaço de atuação profissional.

Adotar como objetivo fundamental da promoção da saúde a ativação da potência de ação significa construir ações, iniciativas, programas ou projetos que de fato resultem em fortalecimento dos sujeitos e das coletividades para 'lutar contra a servidão', ou seja, para passar da passividade para a atividade, pelo desejo de ser livre e de ser feliz. Significa, também, ampliar a autonomia e o poder dos atores locais e das instâncias locais de gestão; conhecer profundamente as dinâmicas territoriais; estabelecer pactos e parcerias locais; fomentar a participação e as redes de ação intersetorial, incluindo novos atores na gestão; desenvolver métodos e técnicas de trabalho, experimentá-los, revisá-los e modificá-los. Significa, ainda, criar e recriar sentidos e significados acerca de nossas práticas e, sobretudo, dar espaços para as incertezas, para a experiência, para novos começos (Mendes et al., 2016, p. 194).

Ao olhar para o sujeito de forma integral a Promoção à Saúde colabora com a construção da atuação da psicologia no contexto educativo para o desenvolvimento dos atores educativos. A visão da Promoção à Saúde como apresentada (Buss, 2000, 2009; Czeresnia, 2009; Iglesias, 2009, Brasil, 2015), em um sentido ampliado que insere os sujeitos em construções de aprimoramento de suas condições de vida, é o que se entende nesse trabalho como efetiva e potencializadora dos sujeitos e do trabalho do psicólogo escolar que visa romper com o lugar criticado desse profissional, de colaborar com o processo de adaptação do estudante. A seguir apresentamos o Instituto Federal de Educação como um contexto educacional que possibilitou traçar as reflexões sobre a atuação do psicólogo escolar baseada em aspectos da Promoção à Saúde.

### **Identidade e Contexto de um Instituto Federal do Espírito Santo: reflexões para atuação do psicólogo**

O Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (IFES) foi criado pelo Decreto Nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008 (Brasil, 2008), integrando assim a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. Embora com a nova institucionalidade, mantém sua origem no contexto da tradição e das transformações da Escola de Aprendizes Artífices do Espírito Santo (EAA)<sup>9</sup>. A trajetória do IFES também está fortemente entrelaçada com o ensino industrial. Em 1937, a Escola de Aprendizes Artífices foi transformada em Liceu Industrial de Vitória. Esta escola visava a formação de profissionais para a produção industrial, implementando as terras capixabas com mão de obra especializada para a indústria, que precisava se fortalecer no estado. Em 1942, o Liceu tornou-se Escola Técnica de Vitória. Deste período até os dias de hoje, ainda traz a marca de Escola Técnica, pois, apesar do nome e da nova identidade do IFES já ser conhecida, muitas vezes, o próprio Instituto se apresenta como “a antiga Escola Técnica” (Sueth, Mello, Deorce, & Nunes, 2009).

Ainda no decorrer dessas transformações e reformas educacionais no âmbito federal, em 1965, a Escola Técnica de Vitória se transforma em Escola Técnica Federal do Espírito Santo. Em 1999, passa a Centro Federal de Educação

<sup>9</sup> A Escola de Aprendizes e Artífices do Espírito Santo (EAA) foi criada em 1909, no governo do presidente Nilo Peçanha, que tinha por objetivo a formação de artesãos, visando principalmente auxiliar àqueles que eram “... desfavorecidos da fortuna...” (Sueth, Mello, Deorce, & Nunes, 2009, p. 37).

Tecnológica (CEFETES) e, em 2008, torna-se o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo (IFES).

Em resumo, o IFES foi constituído mediante a integração do Centro Federal de Educação Tecnológica do Espírito Santo (CEFET/ES) e das Escolas Agrotécnicas Federais de Alegre, de Colatina e de Santa Teresa. O crescimento da instituição e o processo de interiorização do IFES seguiu a agenda nacional de expansão dos Institutos Federais no ano de 2010. Atualmente, o IFES conta com 22 *campi* distribuídos em todas as microrregiões do Estado do Espírito Santo, e 1 Centro de Referência em Formação e em Educação a Distância (IFES, 2019; Sueth et al., 2009).

Todas essas transformações têm repercussão sobre o processo de construção da identidade e da gestão do IFES. Isto porque, apesar de apresentar-se como uma proposta jovem, nascida em 2008 com o Decreto Nº 11.892, ainda traz em sua composição o impacto centenário da formação da Escola Técnica. De acordo com Prediger e Silva (2014), há um grande desafio para os Institutos Federais constituírem suas práticas a partir das novas configurações administrativas e da oferta de diferentes níveis de ensino. Para as autoras, “este novo formato traz inclusive um estranhamento diante da sua caracterização como uma ‘escola’, por ser um espaço híbrido, onde convivem tanto os ensinos de nível médio e superior, quanto programas de formação inicial e continuada e de pós-graduação” (Prediger & Silva, 2014, p. 936).

Diante desse cenário, é que se coloca a atuação do profissional de Psicologia aqui refletida. A chegada desse profissional foi em 2012, em um *campus* do IFES decorrente do processo de interiorização dos Institutos, localizado na Microrregião Sudoeste Serrana do Estado do Espírito Santo (de acordo com a Lei Nº 9.768, de 28 de dezembro de 2011), microrregião marcada por uma forte tradição agropecuária (Instituto Jones dos Santos Neves, 2009).

Nessa realidade, o profissional da psicologia do IFES é convocado a contribuir com a execução da Política de Assistência Estudantil (Resolução do Conselho Superior n. 19, 2011), decorrente da Política Nacional de Assistência Estudantil (PNAES). Assim, o desafio colocado para a atuação desse profissional também encontra ressonância com o que Prediger e Silva (2014) evidenciaram ao perguntar “o que fazer enquanto psicólogo escolar?” (p. 935). Esta questão ainda se faz presente e pulsante na chegada dos psicólogos inseridos nos Institutos Federais.

## A psicologia na educação profissional e tecnológica: atuação profissional no IFES

O contexto da educação profissional e tecnológica tem-se apresentado como objeto de interesse da psicologia escolar. Há pesquisas e estudos teóricos que apontam o quanto o ensino profissionalizante tem sido favorável à intervenção do psicólogo escolar (Feitosa, 2017; Feitosa & Marinho-Araujo, 2016; Prediger & Silva, 2014; Titon & Zanella, 2018). Nesse contexto, a psicologia escolar se faz presente na estrutura administrativa desde a década de 1980 (Feitosa & Marinho-Araujo, 2016).

Com a expansão dos Institutos Federais, entre os anos de 2008 e 2014, o quantitativo de psicólogos aumentou gradativamente para conduzir intervenções junto aos estudantes do ensino profissionalizante. Historicamente, os psicólogos dos Institutos Federais são convidados para atuar nos departamentos do Apoio Acadêmico e da Assistência Estudantil (Feitosa, 2017). Nestas áreas, a atuação destes profissionais está voltada para ações envolvendo o ensino e a aprendizagem, bem como os aspectos do bem-estar discente e da educação inclusiva ao longo da formação acadêmica e profissional.

Nos últimos dez anos, a presença da psicologia na educação profissional e tecnológica tem sido possível na maioria dos campi dos Institutos Federais (Feitosa, 2017; Negreiros & Souza, 2019; Ronchi & Bertollo-Nardi, 2018). No âmbito nacional, a atuação de psicólogos nos Institutos Federais é bastante ampla. Ainda assim, em levantamento realizado por Feitosa e Marinho-Araujo (2016), constatou-se que há o predomínio de intervenções voltadas para os estudantes do ensino médio integrado ao técnico. Dentre as justificativas apontadas pelos profissionais, destaca-se a heterogeneidade do perfil discente e as demandas que envolvem as juventudes diante das especificidades das trajetórias escolares quando associada ao ensino técnico.

Em atenção a essa realidade na educação profissional e tecnológica, considera-se que o desafio para a atuação ampliada do psicólogo está em considerar as múltiplas trajetórias acadêmicas oferecidas aos estudantes em espaços compartilhados pelo ensino, pesquisa e extensão nos diferentes níveis de ensino e áreas de formação; considerar as diversas trajetórias escolares que constituem o perfil de estudantes e contribuir para a articulação entre a formação acadêmica e

a formação profissional. Em regiões em que há campi em implantação, o desafio para a psicologia está em ter sua atividade devidamente reconhecida na educação profissional e tecnológica. Isso pode ser evidenciado no campus, objeto dessa investigação, localizado no interior do Estado do Espírito Santo. A recepção ao profissional de Psicologia nesse campus parecia sugerir que a comunidade escolar tinha um limitado acesso a serviços de saúde especializados.

Diante dessas particularidades, a intervenção psicológica pode ser planejada a partir da proposição de ações junto aos discentes, docentes e técnicos administrativos em educação sob a perspectiva da promoção à saúde, considerando os pressupostos da psicologia crítica (Martín-Baró, 1997; Parker, 2014) e o compromisso com as demandas sociais e institucionais (Guzzo, 2003; Marinho-Araujo, 2010, 2014). De acordo com Marinho-Araujo (2014), a psicologia no contexto educativo está pautada em uma intervenção constituída na e pela promoção do desenvolvimento humano. Para tanto, é necessário que a atuação profissional seja fator de mobilização intencional de diferentes recursos cognitivos, técnicos, éticos e estéticos junto aos atores educativos. Por meio dessa mobilização, a intervenção ampliada permitirá a construção e reconstrução de competências teórico-metodológicas necessárias ao planejamento e à concepção das atividades acadêmicas (Marinho-Araujo, 2014).

Para se transversalizar as contribuições da psicologia no contexto educativo sob a perspectiva da saúde, foi necessário reconhecer as barreiras institucionais ainda existentes sobre o que poderia fazer a psicóloga em um campus do IFES. Assim, este trabalho deriva da construção da tese de doutorado da primeira autora, que objetivou compreender ações de promoção à saúde na atuação de um psicólogo em um *campus* do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. Os dados analisados foram os registros de 12 (doze) atividades, apresentadas na Tabela 1, desenvolvidas de modo coletivo que visavam a intervenção no cotidiano escolar dos estudantes do Ensino Técnico Integrado ao Ensino Médio, entre os anos de 2012 e 2014.

A análise dos dados se desenvolveu com base em um roteiro de observação organizado a partir de aspectos da Promoção da Saúde (Brasil, 2015), a saber: (a) intrasetorialidade; (b) intersetorialidade; (c) consideração dos contextos social, econômico, político e cultural da instituição e também dos sujeitos que

participaram das atividades de intervenção; (d) planejamento das ações; (e) atenção, autonomia e acolhimento dispensados durante a atividade de intervenção aos participantes; (f) consideração de possíveis vulnerabilidades dos participantes; (g) oferta de possibilidades de resolver alguma situação aos participantes por meio da atividade de intervenção; (h) avaliação dos participantes, em relação a atividade; (i) participação dos sujeitos envolvidos na atividade; (j) ambiente em que ocorreu; (k) demanda para a realização da atividade, e (l) público participante.

Com base nesses referidos elementos apresentados, pode-se refletir acerca das impressões e desafios que envolveram o trabalho de uma psicóloga em um campus do IFES. Discutir a atuação da psicologia no contexto educativo, sob a perspectiva da promoção à saúde, se fez fundamental para entender sobre os limites e as possibilidades do profissional diante da implementação das políticas educacionais de permanência e garantias do acesso à educação dos estudantes.

Tabela 1. Nome e objetivo das atividades de intervenção, por ano.

Ano: 2012		
Nome da atividade de intervenção	Objetivo	
1	Programa Específico Auxílio Monitoria - relatório de reuniões com estudantes, monitores e professores supervisores no Programa de Atenção Secundária Auxílio Monitoria	Reuniões individuais com os estudantes monitores e uma reunião com os professores supervisores do Programa de Auxílio Monitoria do campus com o objetivo de atualizar informações, ouvi-los sobre o período de monitoria realizado e discutir sobre esse processo.
2	Grupos com turmas de primeiro ano: O impacto do Ifes na nossa vida - o que fazer com isso?	Identificar os modos de apreensão da experiência escolar (preferências, escolhas e visões) dos estudantes do primeiro ano, que entraram no campus em 2012, visando discutir significação e organização do estudo trabalhando o comprometimento com o estudo, a escolha pelo curso técnico e estratégias de estudo.
3	Proposta de Intervenção com as Turmas de primeiro ano	Refletir sobre o relacionamento inter e intrapessoal no contexto da escola; perceber que a construção do futuro depende das vivências e escolhas do presente; familiarizar com o conceito de metas; estabelecer metas; e, comprometer-se com uma meta a curto prazo.

4	Projeto Orientação Profissional	Oferecer aos alunos do terceiro ano do Ensino Médio Integrado ao Técnico do campus, um trabalho de Orientação Profissional visando discutir temáticas relativas ao autoconhecimento, às influências familiares no processo de escolha profissional, sobre a tomada de decisão frente ao futuro profissional. E ainda consolidar práticas de atenção biopsicossocial como prevê o Programa de Atenção Biopsicossocial da Política de Assistência Estudantil do Ifes.
Ano: 2013		
Nome da atividade de intervenção	Objetivo	
1	Projeto - Oficina de bate-papo	Oferecer aos estudantes um espaço em que possam falar de diversos temas que os influenciam no ambiente escolar; reunir estudantes em torno de situações que estejam sendo vivenciadas por eles; estimular a fala e a expressão de sentimento dos estudantes, favorecendo a livre discussão; dar ênfase à compreensão e ao esclarecimento de processos vivenciados pelos estudantes que interferem na construção de projetos de vida dentro e fora da escola; estabelecer relações afetuosas, cuidadoras e empáticas entre os participantes; estimular a pessoa a buscar recursos de enfrentamento mais amadurecidos; oferecer espaços de discussão de modo regular e constante; estimular a comunicação e a interação entre profissionais que atuam na escola e com os estudantes do grupo.
2	Projeto - Oficinas de jogos de regras	Desenvolver oficinas de jogos de regras com estudantes do campus, visando contribuir para a reflexão, discussão e conscientização dos processos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Espera-se possibilitar aos participantes a compreensão sobre regras e atitudes perante o jogo que podem ser experienciadas em sua vida cotidiana, fazendo-os participar de um processo de socialização ativo, estimulando a capacidade criativa e a autonomia para lidar com contextos de regras e situações -problemas. Objetiva-se ainda consolidar práticas do Programa de Incentivo a Atividades Culturais e Lazer da Política de Assistência Estudantil do Ifes.
3	Projeto - O valor do estudo e o sabor do saber: diferentes estratégias para aprender	Identificar os modos de apreensão da experiência escolar (preferências, escolhas e visões) e as estratégias de aprendizagem dos estudantes do primeiro ano do campus, visando discutir significação e organização do estudo, trabalhando o comprometimento com o estudo, a escolha pelo curso técnico e a organização e a criação de estratégias cognitivas e metacognitivas de aprendizagem.
4	Relato de atividade desenvolvida em uma turma de terceiro ano - Pedagogia e Psicologia	Desenvolver atividade sobre a importância do respeito para com o outro, possibilitando discussão sobre o percurso da construção da interação do grupo.

5	(Re)configurações no mundo do trabalho: tensões entre o ser e o ter	Introduzir o aluno nas principais discussões da atualidade que dizem respeito ao mundo do trabalho e projetos de carreira, permitindo-lhe uma abordagem mais ampla e crítica acerca de sua realidade.
<b>Ano: 2014</b>		
<b>Nome da atividade de intervenção</b>		<b>Objetivo</b>
1	Projeto - Oficinas de Jogos de regras na sala de aula	Desenvolver oficinas de jogos de regras com estudantes do campus, visando contribuir para a reflexão, discussão e conscientização dos processos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. Espera-se possibilitar aos participantes a compreensão sobre regras e atitudes perante o jogo que podem ser experienciadas em sua vida cotidiana, fazendo-os participar de um processo de socialização ativo, estimulando a capacidade criativa e a autonomia para lidar com contextos de regras e situações-problemas. Objetiva-se ainda consolidar práticas do Programa de Incentivo a Atividades Culturais e Lazer da Política de Assistência Estudantil do Ifes.
2	Existencialismo e drogas: angústias do ser vivente e diferentes possibilidades de construção de sentido para a vida	Discutir a questão do uso de drogas em uma perspectiva psico-filosófica crítica, situando as drogas na história da humanidade atrelado a busca de sentido da existência, evidenciando as consequências das escolhas humanas na construção de uma significação e de um projeto de vida. Espera-se ainda, associar conteúdos da disciplina de Filosofia com a orientação biopsicossocial prevista na Política de Assistência Estudantil do Ifes, visando trabalhar o senso crítico e aspectos do cotidiano que afetam diretamente os jovens.
3	(Re)Configurações no mundo do trabalho: tensões entre o ser e o ter	Introduzir o aluno nas principais discussões da atualidade que dizem respeito ao mundo do trabalho e projetos de carreira, permitindo-lhe uma abordagem mais ampla e crítica acerca de sua realidade.

Fonte: Elaboração própria.

Conforme observa-se na Tabela 1, as atividades desenvolvidas tinham por objetivo, de modo geral, consolidar práticas de atenção biopsicossocial, conforme preconizava a Política de Assistência Estudantil do IFES (Resolução do Conselho Superior n. 19, 2011), baseada no Programa Nacional de Assistência Estudantil – PNAES.

Apesar das atividades desenvolvidas pela psicóloga, constantemente a profissional era questionada acerca do seu papel no âmbito do IFES. Pode-se identificar que ao chegar nesse contexto de trabalho e ao acessar a fala

dos estudantes, professores e outros profissionais do IFES, constatava-se o desconhecimento que possuíam acerca do trabalho do psicólogo escolar.

Esse fato repercutiu em uma recepção desconfiada e estereotipada da psicologia. As concepções apontavam que a este profissional caberia, apenas, trabalhar com a loucura, com as dificuldades e com os problemas das pessoas. Essa imagem foi ratificada pela visão da própria gestão do *campus* do IFES, que associava a figura do psicólogo àquele profissional que poderia apontar as dificuldades da instituição, dos estudantes e dos trabalhadores desse espaço.

Nesse contexto, foi implementado um trabalho gradativo e processual, visando romper com os estereótipos sobre a atuação desse profissional. Refletir e buscar formas de trabalho que rompiam com a demanda de lidar com problemas dos estudantes, de modo individualizado mostrava-se como um caminho possível. Pois, apesar das falas estereotipadas sobre o trabalho do psicólogo, e a partir da observação dessas falas, foi possível escutar uma demanda sobre questões vivenciadas pelos atores da comunidade escolar relacionadas a questões subjetivas e emocionais ligadas ao bem-estar no IFES e na comunidade. Nesse sentido, a fim de se concretizar uma proposta de atuação, ações coletivas, conforme apresentadas na Tabela 1, foram desenvolvidas, como rodas de conversa e intervenções em salas de aulas com a parceria dos professores e da Coordenadoria de Gestão Pedagógica, ações que se mostraram efetivas.

Vale ilustrarmos com um exemplo da atividade de intervenção 3 de 2012, “Proposta de Intervenção com as Turmas de primeiro ano”, em que se objetivou refletir sobre o relacionamento inter e intrapessoal no contexto da escola. Para isso utilizou-se uma dinâmica de grupo com balas e pirulitos, na qual os estudantes deveriam interagir e o comando da atividade referia-se a um barco em que todos os estudantes estavam e cada um possuía duas balas de cores iguais, no entanto o barco estava afundando e para alcançarem os salva-vidas – o pirulito, deveriam trocar 3 (três) balas de cores diferentes por um pirulito mais uma bala, ou, 7 (sete) balas de cores diferentes por 3 (três) salva-vidas, de modo que para realizar o comando era necessário conversar com os colegas e construir estratégias coletivas para que todos pudessem alcançar os salva-vidas.

A dinâmica possibilitou muitas conversas e encontros com as turmas, em que foram trabalhados temas como a relação entre a turma, e a construção de

metas e objetivos pessoais com conversas e tarefas de desenho e escrita. Durante o desenvolvimento da atividade um estudante relatou sentir-se como um barco sem remo, ou seja, um barco à deriva, uma vez que não se sentia bem no espaço do IFES e na formação técnica integrada ao Ensino Médio, o que foi trabalhado no contexto do grupo e com o estudante. Tempos depois, a psicóloga cuja atuação aqui é discutida encontrou-se com esse estudante na Universidade – durante seus estudos do doutorado –, e este referiu-se a dinâmica realizada em sua turma, dizendo ter encontrado os remos e estar cursando uma formação superior da qual gostava. Com este exemplo, percebe-se as possibilidades e as marcas que as estratégias abertas que valorizam as falas das pessoas que participam das ações, prerrogativa da promoção à saúde, podem imprimir nos participantes de uma atividade de intervenção.

Como evidenciado por Macedo e Conceição (2015), ao compreender os sentidos sobre adolescência e saúde para um grupo de adolescentes:

As zonas de sentido construídas para compreender o que eles pensam sobre si mesmos reforçam a importância de que as ações de promoção da saúde se aproximem mais do cotidiano por eles vivenciado e busquem menos a adaptação irrestrita de modelos prontos de intervenção com temáticas e estratégias previamente definidas (p. 1069).

Assim, a partir das atividades coletivas desenvolvidas por um psicólogo escolar em um IFES, aqui apresentadas, um trabalho foi se constituindo com estudantes dos Cursos Técnicos Integrados ao Ensino Médio, aproximando-se de ações de Promoção à Saúde por meio de um trabalho coletivo, interdisciplinar, que considerava o estudante como participante da ação, uma vez que este, a partir das intervenções realizadas pelo psicólogo, poderia refletir e construir estratégias para lidar com suas vivências no IFES e na comunidade. Vale informar que os cursos superiores somente foram implantados nesse campus do IFES a partir de 2015. Assim, a atuação da psicóloga aqui discutida entre 2012 a 2014, realizou-se somente com os estudantes adolescentes jovens dos Cursos Técnicos Integrados ao Ensino Médio.

Considerando que os Institutos Federais têm se constituído como um espaço rico para a atuação do psicólogo escolar, trabalhar, por exemplo, com projetos e atividades coletivas, em conjunto com outros profissionais do contexto educacional, como professores e pedagogos, mostra-se uma possibilidade para a

atuação desse profissional nas ações da assistência estudantil (Feitosa & Marinho-Araújo, 2018; Matos, Santos, & Dazzani, 2016). No âmbito da assistência estudantil, as contribuições da psicologia podem ter como foco “mediar os processos subjetivos e intersubjetivos presentes no processo de ensino e aprendizagem no contexto da escola, por meio de intervenções preventivas, no enfrentamento dos obstáculos ao pleno desenvolvimento do estudante” (Viana & Francischini, 2016, p. 3). Nessa direção, a política de assistência estudantil precisa ser considerada como um importante recurso para mobilização da psicologia em combater toda e qualquer barreira que resulte na evasão escolar e impeça o sucesso desse estudante.

Além disso, importa destacar uma recorrência de demandas apresentadas pelos estudantes e profissionais do IFES – técnicos administrativos em educação e docentes – relacionadas às questões sobre o bem-estar da comunidade escolar. Para implementar ações de permanência de estudantes matriculados em cursos presenciais dos Institutos Federais, deveriam ser desenvolvidas atividades que visassem a democratização das condições de permanência dos jovens nos diferentes níveis de ensino ofertados nessas instituições; a redução dos efeitos das desigualdades sociais e regionais no acesso e na conclusão dos cursos; a minimização das taxas de retenção e evasão e a contribuição para a promoção da inclusão social pela educação (Brasil, 2010). Nesse sentido, as orientações de práticas não podem ser reduzidas às proposições de atividades em nível socioeconômico e, tampouco, engessar a atuação do psicólogo diante desse contexto de trabalho em processos meramente burocráticos.

Tendo em vista a dificuldade de definição que atravessa a prática do psicólogo inserido na escola, defende-se que o psicólogo que atua na escola deve sair do paradigma da doença para o paradigma da saúde (Guzzo, 2011). Dessa forma, a partir das indicações de novas perspectivas de atuação, diferentes formas e focos de pesquisa e intervenção têm se constituído para que a Promoção à Saúde se coloque como uma possibilidade para o profissional de psicologia nos contextos educacionais.

Refletir sobre a Promoção à Saúde no trabalho de um psicólogo em um IFES, possibilita debater formas de construção da atuação que ultrapassam a crítica sobre a tradicional visão da Psicologia Educacional e Escolar de adaptação do estudante. Nessa perspectiva, foram construídos espaços de intervenção com diferentes profissionais possibilitando aos estudantes ambientes de fala e escuta, em

que puderam refletir sobre situações de suas vivências e, a partir dessas reflexões, construir autonomamente estratégias para melhor lidar com essas situações.

Perceber que a proposta de trabalho se relacionou às dúvidas sobre a escolha profissional; às vivências do ciclo da adolescência; à significação do espaço educacional; aos relacionamentos interpessoais; e as percepções do comportamento com relação ao estudo e suas práticas, indica um trabalho que transitou entre as questões de bem-estar, qualidade de vida, e sobre a construção do projeto pessoal. Tais aspectos são centrais na Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2015) e evidenciam as possibilidades para o psicólogo quando recorre a esse referencial para construir trabalhos potentes e críticos frente às demandas que se apresentam para o público adolescente jovem em um contexto educacional.

## Considerações Finais

A Promoção à Saúde possibilita discutir práticas efetivas de rompimento com o trabalho de adaptação desenvolvido no passado pelo psicólogo escolar e observar que diante do desafio da construção de um trabalho no cotidiano dos contextos educacionais, essas ações que marcam o rompimento com as práticas individualizantes necessitam ser apresentadas e reafirmadas. Compreende-se que o trabalho em uma instituição educacional com adolescentes inclui o conhecimento dos processos de desenvolvimento e aprendizagem, e que esses processos podem se constituir em aspectos geradores de saúde.

Em um IFES, a reflexão sobre a Promoção à Saúde mostra-se importante, pois, apesar de existir em sua constituição como Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia a marca da Escola Técnica, ainda é presente, como foi evidenciado. Ser parte de uma “Escola de jovens titãs”, referência ao hino do IFES que se mantém dos tempos da Escola Técnica, traz elementos fortes de uma perspectiva de formação que valoriza a formação técnica, o cumprimento de normas e manuais, ordens verticalizadas e padronizadas, que podem favorecer a manutenção de uma atuação no modelo adaptacionista.

Portanto, a Promoção à Saúde diante do que defende – fomentar a construção de caminhos autônomos de fortalecimento dos recursos pessoais e sociais, visando uma melhoria na qualidade de vida, respeitando as especificidades

de cada sujeito – pode ser uma possibilidade de trabalho para o psicólogo escolar. Fundamentada por perspectivas críticas, permite ao psicólogo atuar no processo de romper com a lógica do modelo individualizante e adaptacionista, garantindo o foco para o cuidado das pessoas em suas necessidades, a partir do trabalho integrado com diferentes profissionais, contribuindo assim para a construção de uma atuação do psicólogo escolar inovadora e crítica.

Portanto, legitimar o lugar da Psicologia em contextos educacionais, como de Promoção à Saúde, possibilita ainda lutar por espaços de formação e de supervisão ao profissional. De modo que esse diálogo possa contribuir, fundamentalmente, para a percepção das demandas e de formas de intervir sobre elas nos ambientes educacionais, consolidando conhecimentos e estratégias interventivas no fazer do psicólogo.

## Referências

- Ahtola, A., & Niemi, P. (2014). Does it work in Finland? School psychological services within a successful system of basic education. *School Psychology International*, 35(2), 136-151. doi:10.1177/0143034312469161
- Akerman, M. (2016). Prefácio. In G. L. A. Figueiredo & C. H. G. Martins (Eds.), *Políticas, tecnologias e práticas em promoção da saúde*. Franca: Unifran, São Paulo: Hucitec.
- Begeny, J. C., Levy, R. A., Hida, R., Norwalk, K., Field, S., Suzuki, H., . . . . . & Burneo, C. A. (2018). Geographically representative scholarship and internationalization in school and educational psychology: A bibliometric analysis of eight journals from 2002–2016. *Journal of School Psychology*, 70, 44-63. doi.org/10.1016/j.jsp.2018.07.001
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. doi.org/10.1590/S1413-81232000000100014
- Buss, P. M. (2009). Uma introdução ao conceito de promoção à saúde. In D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 19-42). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brasil (2002). A promoção de saúde no contexto escolar. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Revista de Saúde Pública: Informes Técnicos Institucionais*, 2(36), 533-535.
- Brasil (2006). Política Nacional de Promoção da Saúde [PNPS]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf)
- Brasil (2015). Política Nacional de Promoção da Saúde [PNPS]. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília. Retrieved from [http://promocao.dasaude.saude.gov.br/promocao.dasaude/arquivos/pnps-2015\\_final.pdf](http://promocao.dasaude.saude.gov.br/promocao.dasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf)
- Brasil (2010). Decreto Nº 7.234, de 19 de julho de 2010. Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil [PNAES]. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7234.htm)

- Brasil (2008). Decreto Nº 11.892, de 29 de dezembro de 2008. Institui a Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica, cria os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia, e dá outras providências. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Retrieved from [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11892.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11892.htm)
- Carta de Ottawa. (1986, novembro). Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Retrieved from [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)
- Cartilha PSINAED (2016). Queremos a psicologia e o serviço social no sistema nacional de educação. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retrieved from <http://psinaed.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/19/2016/05/CARTILHA-PSINAED.pdf>
- Catrib, A. M. F., Farias, F. L. R. de, Olegário, C. B. da C., Brillhante, A. V. M., & Saintrain, M. V. de L. (2015). Uso de drogas entre alunos do ensino fundamental de uma escola pública da cidade de fortaleza: a escola como promotora de saúde. In A. M. F. Catrib, V. G. Catalan & L. A. Lourinho (Eds.), *Promoção da saúde nos espaços educacionais* (pp.116-128). Fortaleza: EdUECE.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP]. (2013). Referências técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Educação Básica. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, C. M. de Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 43-57). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Feitosa, L. R. C. (2017). *Psicologia Escolar nos Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia: Contribuições para a atuação na educação superior*. (Unpublished Doctoral Dissertation). Programa de Pós-graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Universidade de Brasília.
- Feitosa, L. R. C., & Marinho-Araújo, C. M. (2018). O papel do psicólogo na educação profissional e tecnológica: contribuições da Psicologia Escolar. *Estudos de Psicologia*, 35(2), 181-191. doi.org/10.1590/1982-02752018000200007
- Feitosa, L. R. C., & Marinho-Araújo, C. M. (2016). Psicologia Escolar nos institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia: Oportunidades para atuação profissional. In R. Francischini & M. N. Viana (Eds.), *Psicologia Escolar: que fazer é esse?* (pp. 176-187). Brasília, DF: CFP.
- Guzzo, R. S. L. (2003). Educação para a liberdade, psicologia da libertação e psicologia escolar: Uma práxis para a liberdade. In S. F. C. Almeida (Ed.), *Psicologia Escolar: Ética e competências na formação profissional* (pp. 169-178). Campinas, SP: Alínea.
- Guzzo, R. S. L. (2011). Saúde psicológica, sucesso escolar e eficácia da escola: desafios do novo milênio para a psicologia escolar. In Z. A. Del Prette (Ed.), *Psicologia escolar e educacional: saúde e qualidade de vida – explorando fronteiras*. (pp. 19-36). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Guzzo, R. S. L., Mezzalira, A. S. C., Moreira, A. P. G., Tizzei, R. P., & Silva Neto, W. M. de F. (2010). Psicologia e Educação no Brasil: uma visão da história e possibilidades nessa relação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 131-141. doi.org/10.1590/S0102-37722010000500012
- Iglesias, A. (2009). Em nome da promoção à saúde: análise das ações de macrorregião do município de Vitória-ES. [Unpublished Master's Thesis]. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo [IFES] (2019). Institucional. Retrieved from <https://ifes.edu.br/o-ifes>
- Instituto Jones dos Santos Neves. (2009). Perfil Regional – Sudoeste Serrana. Microrregião Administrativa 4. Vitória, ES. Retrieved from [http://www.ijns.es.gov.br/ConteudoDigital/20120824\\_\\_sudoeste\\_serrana\\_2009.pdf](http://www.ijns.es.gov.br/ConteudoDigital/20120824__sudoeste_serrana_2009.pdf)
- Lefevre, F., & Lefevre, A. M. C. (2007). *Promoção de saúde – a negação da negação*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent.
- Macedo, E. O. S., & Conceição, M. I. G. (2015). Significações sobre Adolescência e Saúde entre Participantes de um Grupo Educativo de Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1059-1073. doi.org/10.1590/1982-3703000552014
- Marinho-Araujo, C. M. (2010). Psicologia escolar: Pesquisa e intervenção. *Em Aberto*, 23, 15- 35. doi.org/10.24109/2176-6673.emaberto.23i83.%25p
- Marinho-Araujo, C. M. (2014). Intervenção institucional: Ampliação crítica e política da atuação em psicologia escolar. In R. Guzzo (Ed.), *Psicologia escolar: Desafios e bastidores na educação pública* (pp. 153 – 175). Campinas: Alínea.
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2, 7-27. doi.org/10.1590/S1413-294X1997000100002
- Matos, A. S. de, Santos, J. V. B. K. dos, & Dazzani, M. V. M. (2016). O psicólogo escolar na educação superior – promovendo um olhar ampliado sobre a assistência estudantil. In M. V. M. Dazzani, & V. L. T. de Souza (Eds.), *Psicologia escolar crítica: teoria e prática nos contextos educacionais*. (pp. 115-125). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Mendes, R., Fernandez, J. C. A., & Sacardo, D. P. (2016). Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde em Debate*, 40(108), 190-203. doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016
- Negreiros, F., & Souza, M. P. R. de (Eds.). (2019). *Práticas em psicologia escolar: do ensino técnico ao superior*. Teresina: EDUFPI.
- Parker, I. (2014). *Revolução na psicologia: Da alienação à emancipação*. Campinas: Editora Alínea.
- Prediger, J., & Silva, R. A. N. da. (2014). Contribuições à Prática do Psicólogo na Educação Profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 931-939. doi.org/10.1590/1982-370001082012
- Resolução do Conselho Superior n. 19, de 09 de maio de 2011 (2011). Política de assistência estudantil do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo. Retrieved from [http://cariacica.ifes.edu.br/images/stories/Paginas/Manual\\_do\\_Aluno/Anexo\\_I\\_RES\\_CS\\_19\\_2011\\_Politica\\_Assistencia\\_Estudantil.pdf](http://cariacica.ifes.edu.br/images/stories/Paginas/Manual_do_Aluno/Anexo_I_RES_CS_19_2011_Politica_Assistencia_Estudantil.pdf)
- Ronchi, J. P., & Bertollo-Nardi, M. (Eds.). (2018). *Intervenções em instituições federais de ensino: relatos de experiência*. Vitória, ES: Edifes.
- Souza, V. L. T. de. (2016). Arte, imaginação e desenvolvimento humano: aportes à atuação do psicólogo na escola. In M. V. M. Dazzani & V. L. T. de Souza (Eds.), *Psicologia escolar crítica: teoria e prática nos contextos educacionais* (pp. 77-94). Campinas, SP: Editora Alínea.
- Sueth, J. C. R., Mello, J. C. De, Deorce, M. S., & Nunes, R. F. (2009). A trajetória de 100 anos dos eternos titãs: da escola de aprendizes artífices ao instituto federal. Vitória, ES: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo.
- Titon, A. P., & Zanella, A. V. (2018). Revisão de literatura sobre psicologia escolar na educação profissional, científica e tecnológica. *Psicologia Escolar e Educacional* [online], 22(2), 359-368. doi.org/10.1590/2175-35392018010922
- Viana, M. N., & Francischini, R. (Eds.). (2016). *Queremos a psicologia e o serviço social no sistema nacional de educação*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retrieved from <http://psinaed.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/19/2016/05/CARTILHA-PSINAED.pdf>



## Educação em Saúde na Perspectiva de Psicólogas Atuantes no NASF-AB de Municípios Sul-Fluminenses

Martina de Paula Eduardo Ravaioli  
Lilian Maria Borges

No âmbito do sistema de saúde, a oferta de espaços de ensino-aprendizagem sobre riscos ou agravos à saúde mostra-se em consonância com as diretrizes de atuação em saúde pública, que prezam pela integralidade do cuidado, pelo envolvimento ativo dos usuários, pela resolutividade das ações e pela humanização da assistência (Brasil, 2012). Nesse sentido, a educação em saúde constitui um recurso valioso de intervenção das equipes multiprofissionais enquanto um processo educativo que possibilita a aquisição de conhecimentos sobre temáticas diversas mediante um conjunto de práticas que visa a contribuir para aumentar a autonomia e o autocuidado (Brasil, 2013). Em sentido maior, pode colaborar para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a prevenção ou o controle de doenças.

Além de destacar o valor social dessa temática, é necessário apontar a necessidade de mais produções científicas em psicologia no que se refere à construção de saberes voltados ao aperfeiçoamento das práticas laborais na atenção primária em saúde. Pesquisas dessa natureza podem colaborar com subsídios para melhor adequação da formação profissional aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em especial, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A pesquisa aqui relatada teve por objetivo investigar as concepções de profissionais de psicologia atuantes no sistema público de saúde acerca das características, desafios e potencialidades das estratégias de educação em saúde no cotidiano dos serviços no nível primário de atenção.

## A atenção primária em saúde e o papel do NASF-AB

Com a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, os novos modelos propostos passaram a preconizar, a partir dos anos 1990, a garantia da gestão democrática das instituições de saúde, o acesso amplo aos serviços e o fortalecimento de vínculos com os usuários (Carvalho & Campos, 2000; Paim, 1999). Nesse contexto, a atenção primária em saúde passou a ser desenvolvida no país, conforme sua proposição, por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (Brasil, 2012).

A atenção primária constitui o primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde. Atua, portanto, como uma forma de organização dos serviços de saúde e como o nível de atenção mais próximo ao contexto social dos usuários, com práticas fundamentadas na análise e busca pela resolução das necessidades em saúde da população e no seu acompanhamento longitudinal. Seu foco recai não sobre a doença, mas se volta para os indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2011; Starfield, 2002).

Enquanto porta de entrada, os serviços de saúde na atenção primária constituem os primeiros recursos a serem buscados e utilizados diante da vivência de cada novo agravo à saúde, sendo os usuários encaminhados para outras instâncias quando necessário. Por conseguinte, esse nível de cuidado forma a base e determina o trabalho dos outros níveis dos sistemas de saúde, organizando e racionalizando o uso de recursos básicos e especializados (Brasil, 2011). A execução de ações, em nível individual e coletivo, busca desenvolver estratégias de promoção de saúde, além de prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos à saúde de maneira integrada aos outros serviços assistenciais. Ademais, abarca a participação social como incentivo para práticas de cuidado e gestão, favorecendo a autonomia dos que utilizam o serviço (Campos & Domitti, 2007; Starfield, 2002).

No Brasil, a PNAB, que teve sua nova versão aprovada em 2017, destacou a atenção primária como porta de entrada e ponto inicial do SUS (Brasil, 2006). A Atenção Básica à Saúde (ABS), conforme também é denominada a atenção primária no país, é descrita como um conjunto de ações de saúde, tanto individuais

como coletivas, que abrangem todos os níveis de atenção em saúde. Nesse contexto, portanto, são desenvolvidas ações amplas de promoção de saúde, bem como medidas específicas para se prevenir ou para diagnosticar doenças o mais precocemente possível, além de incluir ações integradas de cuidado a pessoas com doenças crônicas, transmissíveis e não transmissíveis, tendo por objetivo obter o controle do avanço da enfermidade, com seus riscos de complicações, de modo a melhorar a funcionalidade e a qualidade de vida das pessoas acometidas. O objetivo central consiste em propiciar uma atenção integral capaz de impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2012).

De acordo com a PNAB, entende-se que suas ações - programáticas e por demanda espontânea - devam ser realizadas no território, com qualidade, de forma acolhedora e resolutiva, por equipes multiprofissionais preparadas para atender as necessidades de saúde de maior frequência e relevância da população adstrita. Para tanto, são utilizadas tecnologias de cuidado complexas e variadas, observando critérios de risco, vulnerabilidades e o compromisso de acolher toda demanda ou sofrimento (Brasil, 2012).

A PNAB define como prioritárias a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada em 1994 com a antiga denominação de Programa de Saúde da Família. A ESF pauta, de maneira organizativa, as práticas construídas na atenção primária, tendo como direcionamento a proposta de trabalho em equipe (Capistrano Filho & Pimenta, 1988). A equipe mínima é composta por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Algumas equipes incluem também cirurgião-dentista e/ou técnico em saúde bucal. Cada equipe deve ser referência para aproximadamente 1.000 famílias, circunscritas em território definido (Brasil, 2012).

Com vistas à maior abrangência das ações e a oferta de apoio efetivo às equipes de saúde da família e outras modalidades de equipes de atenção básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) mediante a Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008). Posteriormente, essa Portaria foi suprimida e o NASF passou a ser regulamentado pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro, ao estabelecer a revisão de diretrizes para a organização da Atenção

Básica, renomeou o NASF como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), definindo-o como equipe multiprofissional composta por variadas profissões e especialidades da área da saúde, que atuam de maneira interdisciplinar e integrada para complementar as ações e dar suporte clínico, sanitário e pedagógico aos profissionais das equipes que atuam na ABS.

O NASF envolve, portanto, um arranjo organizacional em que equipes constituídas por diversos profissionais de distintas áreas do conhecimento atuam de maneira integrada e em parceria com as equipes da atenção básica, oferecendo-lhes apoio técnico especializado. Nessa parceria, o saber dos especialistas possibilita base assistencial e viabiliza o suporte técnico-pedagógico às equipes e profissionais de referência, que são responsáveis pela atenção direta e continuada de uma população definida (Campos & Domitti, 2007).

Diferentes categorias profissionais de nível superior podem compor o NASF, tais como assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. As especialidades dos profissionais que integram cada equipe NASF são definidas previamente por gestores locais a partir da identificação de demandas nos territórios onde estão inseridos e pelos quais são responsáveis (Brasil, 2010).

O NASF configura-se como equipe de apoio e não como porta de entrada, na medida em que sua função principal não está nas atividades clínico-assistenciais, mas sim em oferecer auxílio, capacitação e suporte às equipes de atenção básica, ampliando as ações desenvolvidas por estas nos territórios (Brasil, 2008; 2010). Dessa maneira, o modelo preconizado pelo NASF rompe com o paradigma assistencial individualizado, identifica a corresponsabilidade e gestão como partes do processo de cuidado e compreende cada usuário em sua singularidade, a ele destinando um projeto terapêutico específico com vistas à construção do cuidado integral.

## **As contribuições de psicólogos na ABS**

Profissionais de psicologia vêm se inserindo em diversos serviços e programas da ABS, de modo a oferecer seu apoio teórico-metodológico às equipes

ali atuantes, em articulação interdisciplinar. A atenção é dirigida a questões de relevância social, com enfoque voltado para a promoção da saúde e a prevenção e tratamento de doenças, tendo por objetivo o bem-estar tanto individual como da comunidade (Camargo-Borges & Cardoso, 2005; Dimenstein, 2000; 2001; Durán-Gonzalez, Hernández-Rincón, & Becerra, 1995; Traverso-Ypez, 2001).

O psicólogo e a psicóloga atuantes no NASF têm como proposta de trabalho integrar conhecimentos acerca da saúde mental às ações da saúde em geral, colaborando para a ampliação das estratégias de cuidado. Pauta-se em ação recíproca, característica da atuação interdisciplinar, que traz a possibilidade do enriquecimento mútuo e a horizontalização entre os campos e saberes, com compartilhamento de conceitos e práticas (Almeida Filho, 1997).

No entanto, o trabalho profissional em psicologia tem sido predominantemente calcado em questões teórico-práticas que se limitam às teorias terapêutico-curativas, o que acarreta um reducionismo em torno do processo saúde-doença ou a “psicologização” desse fenômeno. A partir dessa representação da psicologia atrelada à prática clínica, muitos profissionais reduzem o seu fazer, desconsiderando possibilidades de atuações de importância social e promotoras da saúde em âmbito coletivo (Benevides, 2005; Borges & Soares, 2018; Durán-González et al., 1995; Spink, 2003). As psicoterapias individuais são, muitas vezes, utilizadas como ferramenta única e exclusiva de atuação do psicólogo, independente da instituição a que esse profissional esteja vinculado (Contini, 2001; Dimenstein, 2000; 2001).

A atuação de psicólogos na ABS não pode constituir uma transposição do trabalho em consultório particular para as instituições de saúde pública, sem que haja contextualização e adequação aos lócus e necessidades existentes nesse contexto. É preciso adequação das ações às diretrizes da ABS e à realidade sociocultural das comunidades (Benevides, 2005; Dimenstein, 2000; 2011). Busca-se uma reformulação das práticas psicológicas, de forma a contribuir para promover saúde em amplo aspecto (Camargo-Borges & Cardoso, 2005).

A psicologia da saúde, mediante seus aportes teórico-práticos, busca que o trabalho em ABS alcance melhor compreensão das situações sociais das comunidades. Dessa maneira, oportuniza debates e reforça suas contribuições para um trabalho educativo e conscientizador, capaz de levar a população a criar,

através de suas percepções e meios, condições para melhoria de suas condições de vida. De acordo com Durán-Gonzalez et al. (1995), o psicólogo atuante na ABS pode se tornar um profissional essencial para possibilitar à comunidade autonomia em relação ao autocuidado, atuando ainda como articulador entre equipe de saúde e população.

Sendo assim, a inserção da psicologia enquanto ação profissional na ABS tem procurado ir além dos moldes clínicos tradicionais, com desenvolvimento de novos modelos de atuação, em que se preza por uma maior integração do psicólogo nas equipes de saúde, rompendo as dificuldades desse profissional para atender demandas que se fazem presentes na saúde pública, de modo a ir além de aspectos inconscientes ou existenciais das pessoas atendidas e a agir em conformidade com os princípios preconizados pelo SUS. Nesse sentido, é preciso que pesquisas científicas ajudem a validar novas formas de ação destinadas à população usuária da ABS, verificando a eficácia dessas estratégias e suas implicações para resgate da cidadania do público atendido e para o alcance de um enfoque mais educativo e preventivo.

## **A educação em saúde no âmbito dos cuidados primários**

A ABS se apresenta como contexto privilegiado para a construção de novas práticas educativas. Os serviços oferecidos nesse nível da atenção precisam adotar tecnologias que contemplem conhecimentos, habilidades e técnicas favorecedores da proteção e melhoria da saúde da população (Mendes, 2006). É no âmbito dos cuidados primários, portanto, que a educação em saúde ganha força e sentido, considerando que constitui no ensino de um conjunto de saberes e práticas voltadas para a promoção da saúde e para a prevenção e controle de doenças. Trata-se de um recurso no qual o conhecimento científico produzido no campo da saúde é utilizado pela equipe multiprofissional com a pretensão de atingir a vida cotidiana dos usuários mediante o auxílio na compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença e na oferta de subsídios para novos hábitos de saúde (Costa & López, 1996).

As práticas educativas em saúde dizem respeito a combinações de experiências de aprendizagem sistematicamente planejadas para favorecer a realização voluntária de ações de uma pessoa, grupo ou comunidade no sentido de gerar saúde (Candeias,

1997). Nessa acepção, determinantes do comportamento humano são combinados com experiências de aprendizagem e de intervenções educativas, em um processo composto por atividades planejadas com a finalidade de predispor e reforçar, sem coerção, o alcance dos objetivos que orientam o trabalho educativo, os quais devem ser compreendidos e aceitos pelos sujeitos a que se destinam.

Em seu modelo tradicional, a educação em saúde no Brasil, conhecida a princípio como educação sanitária, ganhou notoriedade no final do século XIX e início do século XX, atrelada ao propósito de controle de doenças infectocontagiosas (Maciel, 2009). Nessa forma tradicional, consistia na mera transmissão de informações, sem nenhuma reflexão crítica. Informações padronizadas eram comunicadas de forma prescritiva e verticalizada, através de palestras que abordavam, por exemplo, a prevenção de alguma doença, sem atentar para a realidade pessoal ou sociocultural dos indivíduos. Destes era esperado apenas obediência às orientações recebidas dos profissionais de saúde. Quando as normas não eram executadas, eram vistos como culpados pelos agravos à saúde que os acometiam, sem consideração aos fatores sociais, culturais e financeiros que intervêm no processo. O profissional, então, era isentado de sua responsabilidade e outros fatores não eram reconhecidos como influentes nas condições de saúde da população (Falkenberg, Mendes, Moraes, & Souza, 2014; Maciel, 2009).

Nas últimas décadas, novas possibilidades educativas no campo da saúde têm primado por conteúdos integradores e métodos participativos, em oposição a modelos de ações verticais e de caráter predominantemente informativo (Falkenberg et al., 2014). No rol das novas práticas educativas, encontra-se o modelo dialógico, que visa a permitir aos usuários se tornarem protagonistas das práticas em saúde mediante a construção de novos significados e comportamentos na relação com os profissionais (Ayres, 2001). Nesse sentido, dois princípios passam a orientar as ações em saúde: é necessário conhecer hábitos, crenças, papéis e condições em que vivem os usuários que se beneficiarão das intervenções e o envolvimento dos indivíduos nas ações deve ocorrer sem imposições (Briceño-Léon, 1996).

O modelo dialógico, rompendo com práticas educativas verticalizadas, caracteriza-se pelo diálogo bidirecional entre as partes envolvidas no processo educativo, além de valorizar o saber popular, estimular a autonomia e incentivar a participação ativa no controle social do sistema de saúde (Maciel, 2009). Seu objetivo é construir um saber voltado para a conscientização do processo saúde-

doença-cuidado, permitindo que os sujeitos se capacitem e decidam sobre estratégias apropriadas para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde. Nessa perspectiva, a prática educativa envolve o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos usuários no processo de cuidado, em detrimento da imposição do saber técnico-científico dos profissionais. Enquanto um processo político pedagógico, fundamenta-se em um pensar crítico e reflexivo, que leva o sujeito a propor e opinar em decisões de saúde relacionadas ao cuidar de si, da família e da coletividade (Falkenberg et al., 2014).

A psicoeducação pode ser vista como uma ferramenta pertinente quando se busca que usuários e familiares tenham acesso adequado à informação acerca de seu adoecimento e dos procedimentos relacionados ao tratamento, isso de modo claro e em linguagem condizente com suas características pessoais e contexto sociocultural (Souza, Figueiredo, Junior, & Argimon, 2009). É identificada como um modelo de intervenção que envolve técnicas e teorias voltadas aos aspectos comportamentais, cognitivos e sociais do indivíduo. Nessa perspectiva, a abordagem pode ser empregada em diferentes locais e com referência a variadas problemáticas, tendo por objetivos não somente o controle de doenças, mas também um caráter de prevenção de agravos e promoção de autocuidado, em consonância com os princípios da educação para a saúde (Lemes & Ondere Neto, 2017).

A intervenção psicoeducativa se caracteriza por ser breve, estruturada, semidireta, focada no presente e na busca de resolução de problemas. Ademais, é uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, que partem do pressuposto de que as cognições gerenciam as emoções e os comportamentos. Portanto, busca-se ensinar o paciente através de meios diversos, tais como esclarecimentos orais, folders elucidativos, livros acessíveis a leigos e vídeos. O fundamental é que as informações sejam compartilhadas e discutidas com o paciente, de modo a favorecer sua aprendizagem sobre o tema em questão, bem como de identificar comportamentos e pensamentos distorcidos, disfuncionais, atrelados a crenças que geram ansiedade e sofrimento (Basco & Rush, 2005; Carvalho, Malagris, & Rangé, 2019). Indo além da mera ação informativa, a abordagem é proposta com a intenção de instrumentalizar o usuário e dar suporte para o manejo dos efeitos psicossociais do adoecimento, auxiliando-os na tarefa de compreender e dar sentido às próprias vivências.

Os grupos psicoeducativos destacam-se como um dos tipos de grupo mais utilizados na área da saúde, cujo enfoque recai no processo de conscientização sobre as experiências e os aspectos psíquicos que interferem na condição de saúde/doença. Partindo do pressuposto de que o aspecto educativo é fundamental, objetiva-se que os participantes obtenham novas informações sobre os temas em pauta e que haja revisão de mitos e preconceitos, com mudanças em representações acerca do processo de saúde-doença (Borges, Soares, & Rudnicki, 2018).

Por fim, é preciso destacar que a psicoeducação, seja utilizada em modalidade individual ou grupal, requer dos profissionais da área da saúde uma adequada compreensão da técnica e estímulo à participação ativa dos usuários, o que demanda certa habilidade e capacitação profissional. É importante promover novos hábitos e favorecer a autonomia dos sujeitos, de modo que estes possam se posicionar assertivamente frente às dificuldades que lhes sobrevém no decorrer do processo. Desse modo, destaca-se a importância de que psicólogos atuantes em serviços públicos de saúde utilizem estratégias psicoeducativas para, em consonância com os modelos de assistência valorizadas no SUS, possam colaborar para tornar os usuários mais conscientes e ativos em relação às condições de saúde própria e de sua comunidade, tanto no sentido do controle de agravos já instalados como da prevenção de situações que possam ameaçar a saúde e o bem-estar. Isso requer repensar as formas de inserção do psicólogo no SUS e as novas práticas que se mostram necessárias para enriquecer e ampliar o alcance de suas ações nas equipes multiprofissionais de saúde.

## O processo de pesquisa

As participantes da pesquisa foram sete psicólogas, com idades entre 30 e 40 anos, que atuavam em equipes NASF-AB de três municípios da região sul-fluminense: Barra Mansa, Resende e Volta Redonda. Tinham um tempo de formadas em psicologia de 3 a 26 anos ( $M=13$  anos) e, em sua maioria, respaldavam suas práticas no referencial teórico metodológico da psicanálise ( $n=5$ ), havendo também uma com embasamento cognitivo-comportamental e outra fenomenológico existencial. Ao longo da apresentação dos resultados da pesquisa, elas serão identificadas por nomes fictícios para assegurar o anonimato.

Em etapa prévia à coleta de dados, a pesquisadora entrou em contato com representantes das Secretarias Municipais de Saúde dos municípios supracitados, com o intuito de elucidar os objetivos e procedimentos da pesquisa e, assim, obter anuência para sua realização. Desse modo, teve-se autorização para estabelecimento de contatos com coordenadores da ABS para viabilizar o acesso aos prováveis participantes do estudo. Ademais, o projeto referente à investigação foi submetido à análise da Comissão de Ética na Pesquisa – COMEP – da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, sendo aprovado sob parecer Nº 23083.0025317/2018-19, protocolo nº 1.190/18.

Cumpridas essas etapas iniciais, psicólogos lotados na ABS dos referidos municípios foram contatados e convidados a integrar a pesquisa. Em seguida, nas datas combinadas, a pesquisadora dirigiu-se às unidades de saúde para encontro com cada psicóloga que aceitou colaborar com a coleta de dados, o que foi feito com cuidado para não atrapalhar a fluidez de suas atividades laborais.

Nos encontros, como parte dos cuidados éticos necessários à proteção dos direitos e dignidade dos participantes, a pesquisadora inicialmente concedeu informações sobre a proposta da pesquisa. Foi entregue ao profissional um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi lido e assinado em duas vias. O Termo, conforme orientação da Resolução nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que regulamenta as pesquisas com seres humanos, tem por finalidade viabilizar conteúdo explicativo sobre os procedimentos gerais, riscos estimados e benefícios potenciais da pesquisa. Foi reforçado o caráter voluntário da participação, o sigilo das informações concedidas e a garantia da proteção da identidade dos profissionais, sobretudo no que se refere à divulgação e circulação dos resultados da investigação.

Em seguida, houve a realização de entrevistas individuais semiestruturadas, embasadas em roteiro prévio de questões. O roteiro de entrevista foi elaborado com a finalidade de buscar dados acerca das concepções e avaliações dos profissionais no que concerne ao uso de estratégias educativas em processos de intervenção na ABS. As respostas de cada entrevistada foram gravadas em áudio com vistas à transcrição integral posteriormente.

Os relatos obtidos foram submetidos a análises qualitativas, com elaboração de categorias embasada nos referenciais teóricos de Bardin (2011).

Para esta autora, a análise de conteúdo pressupõe, nessa sequência, a realização de análise prévia, exploração do material, categorização, análise e interpretação dos dados. Dessa forma, foram feitas leituras repetidas das falas transcritas para, em seguida, proceder ao agrupamento de tais falas por similaridade de seus conteúdos, conforme cada eixo temático do roteiro de entrevista. Posteriormente, ocorreu a interpretação e discussão dos dados.

### Concepções sobre educação em saúde e sua relevância na ABS

Em seus discursos, as psicólogas apontaram como aspecto central da educação em saúde o caráter preventivo das ações correspondentes mediante a oferta de informações e orientações a usuários e comunidades. Caracterizaram a educação em saúde como forma de disseminação de informações, de maneira individual ou grupal, com vistas à ampliação de conhecimentos e à conscientização sobre fatores determinantes do processo saúde-doença, com efeitos preventivos e de fortalecimento do autocuidado. A fala de Vera ajuda a ilustrar essas concepções.

*Educação em saúde está muito ligada à questão da prevenção, de estarmos orientando o máximo que a gente puder a comunidade na qual a gente está inserida pra gente poder tá passando as maiores informações possíveis, porque o que eu percebo é uma falta de conhecimento mesmo [...]. É transmitir pra população um pouco sobre as questões relacionadas à saúde e, de alguma forma, educar para a prevenção através das salas de espera, através dos grupos. (Vera)*

De modo complementar, foi destacada pelas participantes a importância de que as informações concedidas no processo educativo estejam em consonância com um levantamento de necessidades, não se tratando, portanto, de uma ação pontual e meramente informativa, mas sim de um esforço de apoio longitudinal dimensionado pela avaliação do contexto e que tem em vista a promoção de autonomia, a co-responsabilização e o empoderamento coletivo. Desse modo, o tipo, a quantidade de informações e o modo de provê-las sofre influência da leitura feita da situação a partir da relação estabelecida entre profissionais e usuários/comunidade.

*[...] a população tem que entender seu processo de saúde e adoecimento dentro do seu contexto, e eu acho que essa prática de educação em saúde é você se voltar ao espaço coletivo com as populações e as suas demandas, [...] é esse lugar no qual o profissional de saúde se encontra com as populações atendidas nessa relação de cuidado na perspectiva da promoção e prevenção e na responsabilização do usuário pela sua própria saúde. (Roberta)*

*[...] um trabalho de uma forma longitudinal, onde as pessoas possam se apropriar do próprio cuidado de uma forma autônoma, onde nós enquanto profissionais de saúde, claro, sempre estaremos ali como alicerce, um apoio, mas eles tomando essa autonomia enquanto cuidado. (Heloísa)*

As estratégias educativas foram assinaladas como um modo de trabalho alinhado aos objetivos da ABS, na medida em que o nível primário do cuidado se volta prioritariamente para a promoção de saúde e a prevenção de agravos, a partir do contato cotidiano dos profissionais com a comunidade, considerando as peculiaridades de cada território e as demandas recebidas.

*Pela Política da Atenção Básica, a educação em saúde é primordial, deve ser um trabalho eleito pelas equipes nos processos com as populações, pensando principalmente na questão da prevenção e promoção. (Roberta)*

*Eu acredito que seja muito importante a questão da educação, da informação, da orientação, da prevenção, principalmente porque a gente tá na base, e nosso trabalho pelo menos deveria ser preventivo nesse sentido. (Carla)*

No entender das entrevistadas, a ação educativa requer o envolvimento e a sensibilidade das equipes de saúde, no intuito de familiarização com a realidade epidemiológica e sociocultural da população atendida. O trabalho também é influenciado pelo perfil do usuário, devendo as ações estar afinadas em termos de seus objetivos, conteúdos e estratégias didáticas com os interesses e características dos sujeitos aos quais se destinam. Nesse sentido, Carla destacou as especificidades do seu trabalho com o segmento adolescente do público assistido: “a gente que lida com adolescentes, então o que eles precisam é realmente disso, de informação e de orientação, justamente por estarem com muitas questões e conflitos relacionados à própria fase (Carla).

No entanto, observou-se, conforme narrativas coletadas, que o trabalho na ABS ainda vem sendo fortemente realizado em uma lógica tecnicista, calcada no atendimento curativista e assistencialista, ao invés de primar por estratégias educativas capazes de fomentar o protagonismo dos usuários.

*[...] na nossa prática, a gente vê muitas vezes um movimento de tutelar esses pacientes [...]. Só que o que a gente não leva em consideração é que eles vão estar um tempo muito pequeno com a gente, dentro das nossas atividades, sejam individuais quanto coletivas, mas a vida deles dentro do território é muito mais ampla do que isso. E a educação em saúde hoje na prática eu não vejo como algo em que se aposta muito [...] se tem ainda um olhar muito medicalizante, assistencialista, onde é mais um braço curativo mesmo, onde os usuários vão quando estão com alguma enfermidade, e a saúde sendo vista como ausência de doenças, não um conceito amplo de uma educação em saúde onde é muito mais do que simplesmente a gente tratar com medicação ou uma terapia, mas apostar em atividades em níveis culturais, de lazer, de esporte, essas coisas ainda são vistas de uma forma bem negligenciada. (Heloísa)*

De modo coerente com as bases conceituais do termo, as participantes caracterizaram a ação dos profissionais em fornecer informações e orientações a diferentes sujeitos e em variados contextos como o foco da educação em saúde. É parte deste processo, no entender destas, fornecer informações de acordo com as demandas psicossociais identificadas e trocar conhecimentos para além do controle e enfrentamento de doenças instaladas, colaborando para a prevenção de agravos e a melhoria da saúde. A orientação com finalidades preventivas assume, em suas falas, um teor importante a ser destacado.

Nessa direção, a educação em saúde foi atrelada pelas psicólogas aos objetivos da ABS, com destaque para a necessidade da oferta de atividades mais educativas no âmbito primário, em consonância com os dispositivos do qual fazem parte. Nesse prisma, ao ressaltarem que a adoção deste tipo de intervenção apresenta-se como proposta benéfica para a autonomia dos usuários, as entrevistadas defenderam que as estratégias educativas denotam prática imprescindível para a ABS.

Na ABS, as entrevistadas lembraram que as práticas educativas devem constituir principalmente um modo de acompanhamento regular dos usuários

nas unidades de saúde ou diretamente no território, com planejamento e execução de ações amplas e integradas a partir do trabalho conjunto das equipes de saúde, quando o foco se torna ações longitudinais e com menor teor assistencial. De acordo com Haggerty et al. (2003), a continuidade do cuidado na atenção primária pressupõe uma relação entre profissionais e usuários que se estende para além de episódios específicos de doença. Essa tarefa regular de cuidado favorece a melhoria da comunicação e o fortalecimento da confiança e do senso de responsabilidade.

As intervenções educativas foram entendidas em consonância com o modelo biopsicossocial, com indicação de abordagem à pessoa a partir não somente de seus aspectos biológicos e individuais, mas também socioculturais e políticos, incluindo o seu grupo familiar e social. Essa postura é condizente com uma compreensão holística do usuário, que integra variados aspectos e considera as características da sociedade a qual pertence. Logo se verifica o constructo da integralidade como conceito norteador dos cuidados desses sujeitos, compreendidos no âmbito das coletividades em que participam. Conforme Ruiz, Lima e Machado (2004), o processo educativo parte de uma premissa dialógica que se atenta para o contexto de vida dos sujeitos, valoriza suas experiências e estimula a autonomia. Dessa forma, favorece mudanças no estilo de vida, prevenção de recaídas e participação social, abrindo novas possibilidades de discussão acerca dos assuntos em pauta.

Nesse prisma, as entrevistadas defenderam que as práticas de educação em saúde favorecem que os usuários se tornem sujeitos mais cômicos e críticos dos fatores determinantes de saúde e doença pessoais e de sua comunidade, capacitando-os para o direcionamento de ações com potencial de transformação de realidades que não os beneficiam, reduzindo vulnerabilidades e aumentando os fatores de proteção à saúde. De fato, as práticas educativas devem se caracterizar por serem produtoras de conhecimentos, compartilhados no encontro entre profissionais e usuários, de modo que permitam a detecção de inquietações e necessidades e, neste íterim, a definição de objetivos e a busca por ferramentas de melhoria das condições de vida e saúde, individuais e coletivas (Freire, 2011; Souza, Colomé, Costa, & Oliveira, 2005).

Conforme preconiza o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), as ações educativas requerem um processo político destinado ao desenvolvimento de

estratégias críticas e reflexivas para a realidade de cada segmento populacional, o que permite a legitimação do sujeito enquanto pertencente a um lugar histórico e social, ampliando suas oportunidades de alcançar melhorias voltadas ao cuidado de si e da coletividade. Educar em saúde, por conseguinte, não pode ser uma atividade unidirecional, em que uma parte – o profissional – “doa” conhecimento a uma outra – o usuário ou a comunidade – que nada sabe e que carece de informações selecionadas e implementadas conforme a ação de quem detém o saber considerado verdadeiro e legítimo. Feito dessa forma, o usuário seria colocado em posição passiva, de quem apenas recebe e deve aplicar uma informação, em detrimento de sua realidade de vida, de seu contexto sociocultural e de seus interesses. Estaria ele, desse modo, em uma posição bancária e não em um processo de educação problematizadora e libertadora, conforme apontado por Freire (2011). As ações educativas em saúde, ao contrário, merecem ver o conhecimento como um esforço de construção, que se faz de modo dialógico e pautado na observação e escuta dos usuários, acolhendo também o saber popular.

Nessa lógica, é esperado que o ponto de partida sejam os conhecimentos e interesses de base dos usuários/comunidade, respeitando seus valores e reforçando suas iniciativas, mas, quando necessário, fazendo uso de problematizações e acréscimo de novas informações que possam ser úteis em direção a um conhecimento que aumente as possibilidades de prevenir agravos à saúde. Em linhas gerais, é preciso frisar a importância de oportunizar aos participantes maior engajamento na busca por seus direitos em saúde em coerência com os princípios e preceitos que balizam o SUS. Evidencia-se, assim, que o processo educativo requer participação ativa da população, direcionando ações para leitura crítica de seu entorno e exercício de sua cidadania.

### **Avaliação do uso de estratégias educativas na ABS**

Todas as participantes afirmaram ser muito relevante empregar estratégias educativas nos serviços e programas da atenção primária em saúde. Nesse sentido, o uso da psicoeducação foi defendido como coerente com os objetivos e princípios da ABS, o que torna as ações dessa natureza parte importante do desempenho esperado das equipes multiprofissionais. Em tal nível da atenção em saúde, esse

tipo de estratégia interventiva deveria, por conseguinte, estar mais presente do que os atendimentos psicoterápicos, pois se afina com o papel do NASF em termos de realizar e apoiar ações promotoras de saúde e de cuidados preventivos. Para ilustrar essa visão, seguem relatos de duas entrevistadas:

*[...] na atenção básica, especificamente, a gente acaba trabalhando um pouquinho mais dessa questão da psicoeducação porque é o nosso papel ali, (...) um dos papéis principais do NASF é a educação em saúde, então eu acho que dentro da atenção básica é um pouquinho mais forte e mais trabalhada do que nos atendimentos de ambulatório ou consultório particular. (Fernanda)*

*Eu acredito que hoje, falando em relação ao NASF, a gente tem um papel que não é simplesmente de psicoterapia, até porque não dá [...], a gente cobre várias unidades por semana, então isso seria inviável [...], então poder apostar em fornecer informações, até porque isso de alguma forma também é terapêutico, a gente poder ajudar as pessoas a nomear a angústia, aquela situação conflituosa que ela está passando, não deixa de ser um dispositivo terapêutico também. (Heloísa)*

As entrevistadas apontaram os benefícios advindos do trabalho educativo e psicoeducativo a partir de suas vivências e observações ao longo dos seus anos de inserção no SUS. Primeiramente, foi destacado tratar-se de técnicas que se coadunam com a proposta e compromisso da atenção primária, já que permite fortalecer o autocuidado e alcançar resultados preventivos. A análise desses benefícios potenciais permitiu a identificação de oito categorias com conteúdos voltados tanto para resultados que mostram ganhos para o usuário e seu entorno social, como contribuições para a melhoria dos serviços ofertados.

1. Promoção do autocuidado. Favorece o autocuidado e ajuda a prevenir agravos à saúde na medida em que leva a uma melhor autopercepção da saúde pessoal e dos fatores que a afetam, além de fortalecer a autonomia. Para tanto, é importante estimular a participação ativa dos usuários, de modo a gerar maior responsabilidade à medida que o vínculo e confiança com o profissional são conquistados.

*Eu acho que é o autocuidado, eu acho que o grande ganho que a gente tem com a pessoa, com cliente e paciente é ele mesmo se cuidar, identificar*



*certas coisas, não deixar situações crescerem ao ponto de perder o controle ou precisar de uma intervenção um pouco mais específica ou de se assustar e já se apavorar com coisas que talvez não precisasse de tanto. Então, acho que é esse autocuidado que traz esse equilíbrio para a pessoa, da pessoa se auto perceber. (Fernanda)*

2. Redução de respostas emocionais. O acesso à informação adequada reduz o medo, elimina fantasias e evita situações desnecessárias. Nessa direção, amplia possibilidades do usuário identificar e controlar situações de risco potencial a sua saúde, deixando-o menos ansioso ou assustado.

*[...] eu acho que tira a venda, aquela coisa do monstro, as pessoas têm muito medo da doença, e esse medo faz com que criem situações desnecessárias. (Fernanda)*

3. Redução de conflitos interpessoais. A orientação ajuda a dirimir conflitos nas relações intrafamiliares e torna mais eficaz o resultado da intervenção.

*[...] orientação quando vem os pais e os responsáveis, às vezes vem uma família e a gente faz duas ou três escutas, a gente orienta e realmente a coisa parece que funciona de forma mais efetiva, mais funcional essa família se torna, porque no momento em que o conflito existe, as pessoas têm muita dificuldade de entender o que é meu e o que é do outro, o que é confuso, então quando às vezes só duas ou três orientações que você consegue fazer para alguma família que se mostra receptiva pra segui-las, eu acredito que muitas famílias já se reorganizam de uma outra forma e aquele momento era só aquilo que aquela família precisava, de uma orientação. (Márcia)*

4. Percepção de acolhimento. Fortalece a percepção do usuário de estar sendo acolhido e cuidado.

*A gente tem conseguido de alguma forma dirimir algumas queixas que os pacientes trazem para as equipes de uma forma que eles saíam daqui cuidados e acolhidos. [...] com a situação de você falar de alguns temas, trazer algumas questões que estão ali reprimidas de algumas demandas específicas, o paciente se sente acolhido, se sente cuidado e sai um pouco*

*melhor da unidade, acho que ele se sente um pouco mais cuidado e daí a responsabilização [...] e eles se sentem cuidado e você consegue conhecer melhor aquela família junto com aquele agente da área, aquele enfermeiro que está cuidando daquelas pessoas. (Roberta)*

5. Multiplicação de informação. Favorece a multiplicação da informação na medida em que os usuários podem disseminar a informação recebida para outras pessoas do seu convívio social.

*Resultados positivos de multiplicação, quando eu falo sobre um tema e eles às vezes não trazem questões só deles, mas falam sobre um amigo que está passando por isso [...], por exemplo, o setembro amarelo que foi um tema muito difícil de sair falando nas unidades, mas que de certa forma ajudou muita gente, houve uma procura maior de pessoas que multiplicaram, que o amigo tem e levaram o amigo para conversar e ter um direcionamento. (Vera)*

6. Alcance de mais usuários. As intervenções, sobretudo quando realizadas em grupos, aumentam as possibilidades de se alcançar um maior número de usuários dado o caráter informativo da técnica.

*Acredito que amplia o escopo das ações do psicólogo para atingir um número maior de usuários, de pessoas, e no trabalho com a equipe em poder fazer trabalhos mais diversificados, como, por exemplo, oficinas da memória, grupos coletivos relativos a temáticas sazonais que o próprio Ministério que diz que a gente precisa estar no coletivo daquela população, e o psicólogo praticando a psicoeducação em determinados assuntos, como, por exemplo, Setembro Amarelo sobre a questão do suicídio, isso aumenta as possibilidades de ampliar um número maior de pessoas. (Roberta)*

7. Redução de encaminhamentos. Reduz a necessidade de encaminhamentos para outros profissionais e outros níveis da atenção.

*[...] diminuição de certos encaminhamentos, determinadas demandas não vêm com a frequência que vinham antes, inclusive a escola que mandava com certa frequência e depois que a gente faz o trabalho não mandam mais, pelo menos não com a frequência absurda de encaminhamentos que não era pra ir, e da própria unidade também. A gente faz muito trabalho com os agentes de saúde, pelo menos eu já fiz bastante, dos próprios*

*agentes estarem se apropriando dessa posição deles, de até chegar caso pra gente para discussão, fui fazer visita em tal lugar, e aconteceu isso e isso, pensei nisso será que a gente poderia fazer e eles mesmos dando ideias, fazendo um grupo tal porque apareceu essa demanda, então eu vejo essas pontualidades. (Heloísa)*

8. Fortalecimento do trabalho em equipe. Amplia as possibilidades do trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, que passam a compartilhar o planejamento e a execução das intervenções, com contribuições atinentes a suas áreas de saber.

*[...] as ações de planejamento, a gente pode fazer coisas bem compartilhadas, diferentes de uma atuação mais específica clínica e assistencial, no que tange a uma psicoterapia, a situações específicas estritas à atuação do psicólogo e a educação você consegue compartilhar mais saberes junto com a equipe (Roberta)*

Apesar dos benefícios estimados, Márcia ressaltou a importância de dispor de psicólogos devidamente capacitados e com maior disponibilidade de tempo e recursos para o investimento em ações amplas e efetivas no campo da educação em saúde, com funções e carga horária diretamente direcionadas para esse tipo de intervenção. Para essa psicóloga, haveria necessidade de equipe ou profissional destinado prioritariamente ao suporte técnico nos atendimentos externos, ultrapassando os espaços físicos das unidades de saúde, com maior participação em visitas domiciliares e, conseqüentemente, maior proximidade com as queixas e necessidades dos usuários, em sentido amplo.

*Acredito piamente que a melhoria vem realmente das orientações que são feitas pelos profissionais [...], mas eu acho que o ganho seria melhor e muito mais eficaz se tivesse uma equipe que estivesse pronta pra isso, uma equipe que se lançasse nos postos de saúde, na comunidade, para trabalhar essa questão [...]. [...] porque eu entendo que teria que ter uma equipe ou um profissional que fosse realmente só voltado para fazer esse serviço fora daqui, [...] articular com as questões dos postos de saúde, conversar com os profissionais, dando suporte no sentido de algumas dificuldades encontradas por esses profissionais que estão alocados na ponta. (Márcia)*

Carla, por outro lado, ponderou que é preciso reconhecer que os resultados em educação em saúde são lentos e, em geral, ocorrem a médio ou longo prazo, já que se trata de um trabalho voltado principalmente para a prevenção.

*Eu acho que esse resultado é a longo prazo, não vejo como a curto prazo porque a prevenção é você informar, orientar para que uma determinada situação não aconteça. Por exemplo, a questão da gravidez na adolescência, a gente faz um trabalho preventivo pra evitar um grande número de adolescentes grávidas porque a gente sabe que isso tem influência em vários aspectos, não só emocionais, sociais, familiares, escolares (Carla)*

Além dos resultados positivos observados, buscou-se também levar as participantes a identificarem as possíveis dificuldades relacionadas ao uso de estratégias educativas, apontando os principais obstáculos percebidos para a implementação destas atividades no cotidiano da ABS. Seis categorias de dificuldades foram identificadas a partir do relato das entrevistadas, as quais são descritas a seguir.

1. Falta de recursos materiais necessários à incrementação das ações, como recursos audiovisuais, material didático, custeio de passagens e lanches. Para lidar com essas dificuldades, as psicólogas centravam suas intervenções na parte humana através dos diálogos mantidos em roda de conversa, além das trocas diretas nos atendimentos individuais. Algumas vezes, para levar a proposta de trabalho adiante, a equipe custeava o desenvolvimento das atividades com seus recursos próprios.

*Dificuldade eu acho que é mais de recurso material, o que a gente tem de recurso somos nós mesmos. [...] então é muito do diálogo, de roda de conversa [...] se você precisa de um pouquinho a mais, preciso de um vídeo, slide, panfleto, aí a coisa já começa a complicar, porque dentro do SUS infelizmente a gente conseguir esse recurso é muito difícil. (Fernanda)*

*Eu entendo essas dificuldades no sentido da logística, às vezes você quer sair e fazer uma visita domiciliar e não tem carro, às vezes a gente quer fazer um grupo e para chegar num posto de saúde não tem um veículo, às vezes você tá pronta com tudo arrumado e aí também de novo não tem o carro e aí ligam para desmarcar dizendo que aconteceu alguma*

eventualidade no posto. Eu encontro dificuldades de ordem prática, muitas. A gente fazia os grupos com o carro da gente, senão a gente não conseguiria. (Márcia)

[...] hoje o nosso serviço é bem pequeno, são poucas salas, embora a gente tenha poucos profissionais, a gente poderia ter salas onde a gente pudesse investir mais em trabalho em grupo, porque a gente não consegue ter a possibilidade de fazer trabalho externo, ter um carro que possa levar pra fazer um trabalho em uma escola, ou até mesmo numa unidade de saúde, porque quando a gente faz a gente faz custeando o transporte, o nosso combustível se for de carro, isso tem uma implicação. (Carla)

Essa escassez de recursos, somado a um número muitas vezes insuficiente de profissionais e a falta de capacitação, levava, segundo Fernanda, a um trabalho com muitas improvisações. “[...] a gente tem muita dificuldade ainda, falta de recursos, eu acho que a palavra seria improvisação, eu acho é muito improvisada nossa atuação ainda, por conta de falta de recursos mesmo, de atualizações” (Fernanda).

2. Falta de interesse demonstrado pelos usuários aos quais se destinam as ações educativas, com baixa adesão às atividades propostas.

Em geral, pelo menos nas três unidades básicas que eu atuo, quando a gente convoca os usuários para fazer um grupo com um tema, eles têm muita dificuldade de aderir, grupo sobre gestante, sobre saúde da mulher, sobre qualquer tema, em geral é difícil deles comparecerem, e daí eu fico supondo que não despertou interesse. Agora quando o paciente chega ou o profissional de saúde chega com uma discussão de caso, que ele traz uma dúvida, uma demanda, um sofrimento, eu acho que é mais fácil. Então eu acho que a dificuldade está em levar o conteúdo, quando eu acho que essas pessoas estão precisando de algum assunto e, por exemplo, leva para uma escola, e aí chego lá na escola e os adolescentes não estão demonstrando interesse, eu acho que a dificuldade está um pouco nisso, de chegar com uma proposta, eu acho que é mais eficiente quando eu escuto a demanda e levo as orientações à medida do que a pessoa está precisando (Luíza)

[...] há uma resistência das pessoas em aceitar, [...] primeiramente porque é difícil pela cultura ainda muito curativa, então muitas vezes a gente tem um movimento contrário tanto da população quanto da equipe de realizar conversas sobre, por exemplo, as dificuldades que a maternidade

traz, que não é necessariamente a gente falar sobre cada período específico da gestação, mas é oportunizar espaço onde essas mães possam trazer angústias e trabalhar justamente numa possível prevenção de problemas que possam surgir depois, como uma depressão pós-parto. (Heloísa)

Entretanto, como ressaltado pela psicóloga Carla, a pouca adesão às atividades educativas, sobretudo quando em grupos, era devido mais às condições dos usuários para comparecerem aos locais indicados do que a motivação em si em participar. Nesse sentido, ela observava que quando a equipe desenvolvia o trabalho em locais do cotidiano dos usuários, como nas escolas, a frequência aos grupos era maior do que quando estes tinham que se deslocar até uma unidade de saúde.

[...] eu acho que a dificuldade está um pouco relacionada à adesão dos adolescentes, porque quando a gente tenta fazer um grupo específico para abordar questões relacionadas à sexualidade, prevenção da gravidez, DSTs, a gente vê que tem baixa adesão, eles vem ao serviço participar desses grupos, mas por outro lado a gente vê que se a gente for até o adolescente aí a gente já tem um resultado mais satisfatório. É difícil que o adolescente venha ao serviço, mas se a gente vai até o adolescente a gente vê que é bem diferente o resultado, e aí eles participam, eles querem saber, eles perguntam. (Carla)

3. Falta de apoio da gestão no sentido de promover oportunidades de capacitação para os profissionais ou mesmo de favorecer maior interação entre estes a respeito da educação em saúde.

Eu acredito que os profissionais deveriam estar mais capacitados, seriam realmente os profissionais da ponta, [...] são os agentes de saúde, os técnicos de enfermagem que estão diretamente nos postos, os enfermeiros que também estão nos postos de saúde, só que existe uma carência muito grande em relação à formação dessas pessoas, porque quando a gente pensa num agente de saúde, geralmente é uma pessoa que entrou num concurso e é daquela comunidade, daquela região e eu acredito que falta treinamento pra que essas pessoas façam orientações adequadas. (Márcia)

4. Sobrecarga de atividades dos profissionais ou carga horária insuficiente para realização de todas as atividades necessárias na rotina de trabalho.

*[...] eu acredito que em qualquer trabalho, em saúde, em educação, que você acaba sendo cobrado [...] não em todas as unidades, aos quais se tem boa aderência, até porque como eu estou uma vez por semana em cada, um turno em cada, então muitas vezes tem atendimento com agenda fechada para escola, calha da semana seguinte fazer um grupo, uma visita domiciliar, muitas vezes vem aquela falta de investimento, ficar muito tempo sem atender, vai vir alguém reclamar. (Heloísa)*

5. Necessidade de atender a uma lógica produtivista no SUS, com exigências que comprometem as possibilidades de ações mais preventivas e educativas, sobretudo em grupos.

*[...] questão da lógica produtivista, onde você tem que estar o tempo inteiro gerando estatística, gerando números [...], a gente é o tempo inteiro cobrado a ter um certo índice, um certo número de atendimentos individuais, ao passo que a gente sabe que isso é uma boa ferramenta, por outro muitas vezes a gente tem que deixar de lado porque a gente tem que cumprir ordens que é muito mais do valor produtivista, até porque tudo hoje gira em torno de financiamentos, de lucros. É claro que a gente atender oito pessoas num turno vai gerar oito procedimentos diferentes do que a gente fazer um grupo manhã inteira e gerar um [...] (Heloísa)*

Como ressaltado por Heloísa, a falta de valorização do trabalho preventivo muitas vezes impedia os reais alcances de uma ação desta natureza.

*[...] essa falta de estímulo existe e essa falta de visão que realmente a gente pode trabalhar com a promoção e prevenção de saúde, [...] um diabético, por exemplo, a gente trabalhando essa promoção, essa prevenção, ou até o manejo da ansiedade envolvida que possa evitar que acarrete numa internação, só que essa visão dessa linha lógica, não é algo comum (Heloísa)*

Apesar de o Ministério da Saúde defender uma educação em saúde abrangente e integrativa, que busca equalizar responsabilidades e ações dos sujeitos que dela fazem parte, existe ainda grande distanciamento entre documentos, teoria e prática, como evidencia o relato das participantes ao apontarem variados obstáculos no desenvolvimento de ações educativas e interdisciplinares. Questões

operacionais foram levantadas, dentre elas a necessidade de deslocamento no território sem condições propícias para isso, as limitações econômicas e a insuficiência de recursos materiais e humanos. Ademais, no relato de algumas das entrevistadas, verificou-se alusão a uma abordagem tutelar por uma parte de profissionais com os quais atuavam, reforçando a lógica calcada no atendimento curativista e assistencialista. De fato, a implantação do trabalho intersetorial e interdisciplinar constitui ainda um grande desafio no país, evidenciando que o modelo biomédico segue culturalmente presente nas ações em saúde (Neves & Acirole, 2011; Sala, Luppi, Simões, & Marsiglia, 2011). Conforme Cunha (2005), a dificuldade em reorganizar a lógica do modelo medicalizante, ainda presente mesmo em ações que se propõem educativas e direcionadas à promoção e prevenção, podem ocasionar um baixo aproveitamento da equipe multiprofissional.

Desse modo, no que configura o investimento em novas formas de atuação em prol da prevenção e promoção em saúde, as participantes apontaram para a necessidade de descaracterizar a atenção em saúde como pautada exclusivamente na ação curativa. Na visão delas, seria importante uma ênfase maior em ações educativas orientadas para a prevenção, contando com o esforço coletivo e o apoio da gestão. As novas práticas devem estar ancoradas na aproximação do profissional com a população atendida, na reflexão crítica e adaptação dos modelos teórico-metodológicos utilizados à realidade local. Apontaram ainda para a importância de encontros envolvendo profissionais com vistas à troca de experiências e conhecimentos.

Como resultados de suas iniciativas, as participantes mostraram perceber boa aceitação por parte da comunidade das ações que realizavam no esforço para facilitar o acesso a informações e promover o autocuidado, embora algumas delas tenham apontado pouca adesão de uma parcela dos usuários às propostas educativas como um desafio a ser enfrentado nesse contexto. Desse modo, elas avaliaram alcançar objetivos como reduzir respostas emocionais e conflitos interpessoais, aumentar a conscientização e a capacidade crítica, bem como fortalecer vínculos entre os usuários e profissionais de saúde.

Houve, portanto, reconhecimento da relevância do trabalho educativo com uso de estratégias psicoeducativas na ABS, mas com apontamento da necessidade de maior preparo profissional para efetivação de práticas desta natureza e da

superação de diversas dificuldades que constituem obstáculos externos para a organização e implementação deste tipo de ação. As próprias profissionais pareciam se ver como impotentes diante desse cenário, não enxergando com clareza formas de mobilização que pudessem resultar, em menor prazo, em resultados mais satisfatórios em seus contextos de trabalho.

As visões predominantemente curativistas percebidas pelas participantes em muitos dos profissionais com os quais atuavam engessava a lógica do trabalho preventivo. É válido destacar que resultados mais efetivos necessitam alcançar a formação de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde, considerando que o trabalho deve ser desenvolvido de modo interdisciplinar, com todos os atores atuando na disseminação de informações no que se refere a sensibilizar e conscientizar para o autocuidado. Ceccim (2005) ressalta a abrangência da política de educação do SUS, que deve envolver profissionais de várias especialidades. Nesse prisma, é desejável que os psicólogos, mediante ações de capacitação e matriciamento, possam intervir também no aperfeiçoamento de outros agentes de saúde, levando-os a ampliarem suas visões para os aspectos psicossociais presentes.

As participantes apontaram, de modo predominante, entraves externos ao processo de trabalho, ao que se percebeu a importância delas se verem como mais implicadas nesse cenário na busca por soluções para um trabalho coletivo e de maior eficácia. É necessário que os profissionais de psicologia repensem suas práticas em termos de ampliar o alcance de seus espaços de intervenção no fazer diário na ABS e percebem o quanto também é de sua responsabilidade a melhoria e maior efetividade dos serviços. Como ressalta Spink (2007), o psicólogo, ao atuar de modo atrelado ao fazer das equipes, viabiliza conhecimentos e práticas capazes de ampliar o alcance e resultados das ações das equipes de referência, o que, por outro lado, exige deste um modo de trabalho ancorado no conceito da clínica ampliada e coerente com as políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, evidencia-se a importância da introdução de conteúdos voltados para políticas públicas e o SUS na grade curricular dos cursos de graduação em Psicologia, de modo a permitir aos estudantes, desde os anos iniciais da formação, construir conhecimentos e aprimorar práticas a partir do contato com a estrutura e funcionamento do sistema público de saúde. Os tópicos

abordados devem contextualizar historicamente as concepções e práticas do processo saúde-doença e abranger desde os cuidados primários até outros níveis da atenção, apontando os objetivos a serem alcançados e focalizando questões socialmente relevantes em saúde pública (Borges & Soares, 2018).

## Considerações Finais

As psicólogas participantes evidenciaram uma concepção de educação em saúde atendida com os discursos e documentos oficiais do sistema de saúde brasileiro, não somente destacando a relevância do emprego de estratégias desta natureza, mas também a necessidade de não tornar este um processo técnico meramente informativo e com ações muito pontuais, que não apresentam desdobramentos ao longo do tempo. Destacaram, nesse sentido, que as finalidades das práticas educativas no âmbito da ABS requerem um fazer voltado para as características e necessidades em saúde dos indivíduos e comunidades e que devem ocorrer de modo sintonizado com as demandas percebidas, de forma continuada e, conforme as circunstâncias, com ações tanto individuais, como grupais e comunitárias.

Assim, com base nesse caráter educativo, que não se restringe à transmissão de informações pré-definidas, as profissionais consideraram a potencial contribuição da abordagem psicoeducativa para tornar os usuários do sistema de saúde multiplicadores de conhecimentos em saúde, ao mesmo tempo que são estimulados para o autocuidado. A ação é calcada na lógica da redução de custos, na medida em que pode evitar ou amenizar problemas que, caso avançados, vão exigir uma atenção especializada, com encaminhamentos para cuidados em nível secundário ou terciário.

Por outro lado, percebe-se que estas iniciativas ocorrem em passos lentos dado a dificuldades de várias naturezas, desde aquelas relacionados a obstáculos operacionais, pela carência de recursos financeiros/materiais e de apoio da gestão, até as dificuldades encontradas na relação com os usuários, que nem sempre aderem a estas iniciativas, e na relação com integrantes das equipes de saúde que ainda mantém uma visão fragmentada e biologizante da atuação em saúde. Passa ainda pelas próprias carências em termos da capacitação apropriada para tornar os profissionais mais instrumentalizados e seguros na busca por novos horizontes de atuação.

## Referências

- Almeida Filho, N. (1997). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1-2), 5-20. <https://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>.
- Ayres, J. R. C. M. (2001). Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 6(1), 117-20. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100010>.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (2005). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorders*. New York, USA: Guilford Publications.
- Benevides, R. A. (2005). Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais Interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 7-13. doi: 10.1590/S0102-71822005000200004.
- Borges, L. M., & Soares, M.R.Z. (2018). A formação do psicólogo da Saúde. In E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A. Ramos-Cerqueira & N. A. M. Domingos (Eds.), *Psicologia da Saúde: Teorias, Conceitos e Práticas* (pp. 21-51). Curitiba, Brasil: Juruá Editora.
- Borges, L. M., Soares, M.R.Z., & Rudnicki, T. (2018). O Trabalho em Grupo no Contexto da Psicologia da Saúde. In E. M. F. Seidl, M. C. O. S. Miyazaki, A. T. A. Ramos-Cerqueira & N. A. M. Domingos (Eds.), *Psicologia da Saúde: Teorias, Conceitos e Práticas* (pp. 101-129). Curitiba, Brasil: Juruá Editora.
- Brasil (2006). Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)
- Brasil (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Ministério da Saúde. Retrieved from <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-154.htm>.
- Brasil (2013). Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2ª ed.). Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\\_tematico\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf)
- Brasil (2010). Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_do\\_nasf\\_nucleo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf)
- Brasil (2011). Atenção Primária e Promoção da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. Retrieved from [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)
- Brasil (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
- Briceño-Leon, R. (1996). Retos y problemas para alcanzar la participación comunitaria en el control de las Enfermedades Tropicales: salud y sociedad. *Fermentum*, 8(9), 165-176.
- Camargo-Borges, C., & Cardoso, C.L. (2005). A Psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822005000200005>.
- Campos, W. S. C., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- Candeias, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Revista de Saúde Pública*, 31(2), 209-213. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000200016>.
- Capistrano Filho, D., & Pimenta, A. L. (1988). *Saúde para todos, desafio ao município*. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Carvalho, M. R., Malagris, L. E. N., & Rangé, B. P. (2019). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Novo Hamburgo, Brasil: Sinopsys.
- Carvalho, S. R., & Campos, G. W. S. (2000). Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 507-515. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000200021>.
- Ceccim, R. B. (2005). Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, 10(4), 973-986. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>.
- Contini, M. L. J. (2001). *O psicólogo e a promoção de saúde na educação*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Costa, M., & López, E. (1996). *Educación para la salud*. Madrid, España: Pirâmide.
- Cunha, G. T. (2005). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006>.
- Dimenstein, M. (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 57-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200008>.
- Durán-González, L. I., Hernández-Rincón, M., & Becerra A. J. (1995). La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 37(5), 462-471.
- Falkenberg, M. B., Mendes, T. de P. L., Moraes, E. P., & Souza, E. M. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz e Terra.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & Mckendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>.
- Lemes, C. B., & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28. <https://doi.org/10.9788/TP2017.1-02>.
- Maciel, M. E. D. (2009). Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 773-776. <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16399>.
- Mendes, E. V. (2006). Um novo paradigma sanitário: A produção social da saúde. In: E. V. Mendes. *Uma agenda para a saúde* (pp 233-300). São Paulo, Brasil: Hucitec.
- Neves, L.M.T., & Acioli, G.G. (2011). Challenges of integrality: revisiting concepts about the physical therapist's role in the Family Health Team. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), 551-564. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000010>.
- Paim, J. S. (1999). A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In M. Z. Rouquayrol, & N. Almeida

- Filho (Eds.), *Epidemiologia e Saúde* (pp. 473-487). Rio de Janeiro, Brasil: MEDSI.
- Ruiz, V. R., Lima, A. R., & Machado, A. L. (2004). Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 190-196. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342004000200010>.
- Sala, A., Luppi, C. G., Simoes, O., & Marsiglia, R. G. (2011). Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade [online]*, 20(4), 948-960. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>.
- Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D., & Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 2(6n. 2), 147-153.
- Souza, L., Figueiredo, A. L., Junior, J. C. D., & Argimon, I. I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 11(1), 15-24.
- Spink, M. (2007). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spink, M. J. P. (2003). A formação do psicólogo para atuação em instituições de saúde. In M. J. P. Spink (Eds.), *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 132-140), Petrópolis, Brasil: Vozes.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>.



## SEÇÃO F

### Diálogos com o Sul

## A Rede de Saúde Mental Frente ao Incêndio da Boate Kiss: Interdisciplinaridade e Clínica Ampliada

Letícia Bortolotto Flores  
Mônica Sperb Machado  
Bruna Fragoso Cousseau  
Lucas Lazzarotto Vasconcelos Costa  
Caroline Rubin Rossato Pereira

### Introdução

Na madrugada de 27 de janeiro de 2013, a cidade de Santa Maria/RS foi cenário de um dos maiores desastres da história recente do Brasil. Por conta do uso de efeitos pirotécnicos durante um show, um incêndio se iniciou e uma fumaça tóxica se alastrou rapidamente no local, tendo como consequência 242 vítimas fatais e cerca de 680 feridas (Noal, Vicente, & Weintraub, 2016). O desastre ocorrido na Boate *Kiss* se mostrou resultante de alto impacto psicossocial, pois, além de ocorrer de forma agressiva e ocasionar circunstâncias peculiares, envolveu uma população jovem e universitária, deixando vítimas de várias localidades, não só da região Centro-Oeste do Estado, mas também de outras cidades e estados (Dassoler, Mafacioli, & Ludtke, 2016).

Diante do ocorrido, foi necessário convocar uma força tarefa, que contou com a ajuda de profissionais-voluntários e contratados, serviços e da gestão para o desafio de (re)organizar uma rede de apoio e cuidados em saúde que atendesse às diversas demandas de suporte às vítimas, sobreviventes e outros envolvidos (Camaran et al., 2017; Mafacioli, Ludtke, Pacheco, Sanfelice, & Dassoler, 2016). Na Saúde Mental, as ações foram desenvolvidas nas fases de atendimento emergencial e de organização dos dispositivos de atenção psicossocial.

A urgência de uma resposta ao incêndio convocou profissionais e representantes de diversas instituições a colocarem em prática propostas já

presentes nas políticas de saúde vigentes, principalmente no que diz respeito às formas de se estabelecer uma rede de cuidado. A criação do Acolhe Saúde, serviço que atende casos de comportamento suicida e acolhe as vítimas e familiares da Boate Kiss, significou a possibilidade de concentração da demanda para promoção do melhor atendimento aos usuários envolvidos e afetados pelo incêndio (Camaran et al., 2017; Mafacioli et al., 2016).

No que tange à saúde mental, o principal estímulo foi o de articular ferramentas que correspondessem à demanda dos sujeitos, apontando para o desenvolver de ações voltadas ao cuidado, conforme previsto em políticas públicas do Sistema Único de Saúde (SUS), como por exemplo, a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2009). Foram necessárias articulações de saberes e a construção de um trabalho colaborativo entre profissionais de diversas áreas. Em situações de desastre, a articulação de uma rede interdisciplinar e multiprofissional torna-se ainda mais relevante, pois garante uma perspectiva de promoção de saúde, em um momento em que uma situação repentina desestrutura a vida dos sujeitos de forma violenta e traumatizante (Paladino & Thomé, 2011). A Clínica Ampliada é reconhecida como diretriz em meio às ações desenvolvidas, articulando diferentes enfoques e disciplinas, promovendo a integração das várias abordagens, para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho prestado frente à situação (Brasil, 2009).

A cartilha “Clínica ampliada e compartilhada” (Brasil, 2009), desenvolvida pelo Ministério da Saúde no contexto da política de humanização do SUS, direciona para a produção de saúde e não de doença, como eixo norteador para a prática, focando em ferramentas que englobam a escuta singular do sujeito, a formação de equipes de referência, a construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) e a noção de responsabilidade e transferência em relação aos usuários. Além disso, é ressaltada a necessidade do trabalho conjunto, com reuniões em equipe e espaços de troca. Desta forma, torna-se uma ferramenta importante para fundamentar a atuação em contextos de crise, oferecendo alternativas de cuidado e promoção de saúde (Teixeira, Ribeiro, & Ferreira Neto, 2018).

Em relação à psicologia, impõe-se um desafio. De acordo com Cantele e Arpini, (2017), a psicologia ocupa um importante lugar dentro da equipe multidisciplinar, sendo esse espaço muito relacionado à qualidade da escuta oferecida por estes profissionais. É com esse instrumento que o profissional



irá compor momentos de subjetivação, ampliando a percepção da equipe e dos usuários em torno da situação vivenciada. O acolhimento e a escuta são experienciados como fatores de potencialização da saúde mental. Embora na Psicologia das Emergências e Desastres se encontre a base para intervenção em fenômenos que envolvem situações de catástrofe (Conselho Federal de Psicologia, 2011), perante a emergência apresentada no caso do incêndio da Boate *Kiss*, foi necessário articular um esforço que ultrapassasse o olhar *psi*, integrando a visão de muitos profissionais. Tal compreensão favorece a superação dos limites de uma formação que, historicamente, tendia para a dimensão clínica tradicional, sendo os profissionais da psicologia convocados a reinventar novas práticas e novos horizontes de trabalho (Cantele, Arpini, & Roso, 2012; Teixeira et al., 2018).

Diante do contexto apresentado, destaca-se que este estudo é produto da pesquisa intitulada “Concepções de psicólogos sobre a rede municipal de saúde mental a partir do incêndio da boate *Kiss*”, que buscou compreender a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Santa Maria/RS diante do incêndio da boate *Kiss*, com foco para a rede de atenção em saúde mental. Mais especificamente, neste capítulo objetivou-se investigar a atuação das psicólogas e psicólogos e as estratégias de ação desenvolvidas por estas profissionais em face ao incêndio da boate *Kiss*. A pesquisa está vinculada ao projeto maior intitulado “Psicologia e Políticas Públicas: Saúde e Desenvolvimento em Contextos de Vulnerabilidade Social”, desenvolvido pelo Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD), que visa à cooperação entre os Programas de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Universidade de Brasília (UnB) (PROCAD, edital nº 071/2013).

## Metodologia

Entende-se que as políticas de saúde devem ser concebidas em suas múltiplas dimensões e agrupamentos intercomunicantes, considerando-se, portanto, os contextos individuais, familiares e comunitários em suas inter-relações, e situando-os nos momentos culturais, históricos, econômicos e sociais circundantes. Sendo assim, este estudo baseia-se na epistemologia do Pensamento Complexo (Morin, 2015), que propõe a compreensão dos fenômenos humanos

sob a ótica da complexidade. A partir disso, a rede de atenção à saúde mental deve ser compreendida em suas partes heterogêneas, as quais devem ser articuladas e integradas, além de entendidas como em constante interação e a partir da recursividade, ou seja, do processo de relações não lineares em que os sujeitos são tanto produto como produtores dos processos interacionais.

O estudo caracteriza-se como qualitativo de natureza exploratória, realizado no ano de 2018 junto os serviços municipais que desenvolvem as políticas de saúde mental na cidade de Santa Maria/RS. O projeto teve autorização institucional do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPES) da Prefeitura Municipal de Santa Maria e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (CAEE: 87756418.8.0000.534). Aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado mediante concordância em participar da pesquisa. Foram aplicados um questionário sociodemográfico, para levantamento de dados específicos, e a uma entrevista individual semiestruturada. As entrevistas foram realizadas em um único encontro, com duração média de sessenta minutos. Todas as entrevistas foram gravadas, sob autorização, e transcritas na íntegra para análise dos dados.

Participaram do estudo sete psicólogas, com idades entre 29 e 37 anos, que realizaram trabalho de atendimento psicológico, compondo a primeira equipe de atendimento aos envolvidos após o incêndio da Boate *Kiss*, ou na rede de saúde mental da cidade de Santa Maria. A escolha dos participantes foi realizada a partir da estratégia de amostragem bola de neve (Vinuto, 2014), possibilitando o fluxo de contato com as participantes por uma rede de indicações. Como “sementes” para o estudo (informantes-chave), foram contatados os profissionais autores do livro “A Integração do Cuidado Diante do Incêndio da Boate *Kiss*, desenvolvido por profissionais envolvidos na construção das estratégias desde o seu momento inicial, no dia do incêndio (Mafacioli et al., 2016). O contato com os informantes-chave foi realizado via telefone e/ou aplicativo de mensagens instantâneas no celular. Constituindo-se como uma amostragem não probabilística, os informantes iniciais realizaram indicações de profissionais da psicologia a partir de sua rede de contatos, ajudando na construção da rede relacionada ao público a ser pesquisado. A saturação foi constatada a partir do momento em que as indicações começaram a se repetir, não sendo indicados novos nomes para contato e ampliação da amostra.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática, constituindo núcleos de sentido presentes nas transcrições. Após as etapas de pré-análise e exploração do material, foram elencadas categorias de interpretação, para que pudessem passar pelo tratamento de dados (Bardin, 2006; Minayo, 2013). A partir dessa análise, os resultados foram sintetizados em duas categorias temáticas: (1) Clínica Ampliada: entre o saber e a prática e (2) Equipe Interdisciplinar: desafios frente ao desastre. As análises serão apresentadas no decorrer do texto, sendo que os resultados identificados serão fundamentados e contextualizados através da apresentação de falas das psicólogas e psicólogos participantes do estudo. A fim de manter o sigilo de suas identidades, os participantes foram representados pelas abreviações P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7.

## Resultados e Discussões

### Clínica ampliada: entre o saber e a prática

Nesta categoria serão abordadas as diferentes estratégias de ação que foram adotadas pelos profissionais para atender aos usuários do serviço. Observou-se um esforço no sentido de incorporar práticas de clínica ampliada como abordagem preferencial. Entretanto, houve situações em que a clínica ampliada não foi possível, seja por limitações técnicas, seja devido a resistências dos usuários. Apesar disso, múltiplas abordagens foram adotadas, o que evidenciou a relação de complementaridade existente entre elas.

Diante das entrevistas, foi visível o reconhecimento dos profissionais de que a clínica ampliada não se resumia ao atendimento clínico individual, nos moldes tradicionais. Mesmo assim, conforme a visão dos participantes, os usuários atendidos pelo serviço muitas vezes solicitavam esse tipo de abordagem: “A gente tava trabalhando individualmente e é justamente o que não é pra fazer. Teve um momento que isso aconteceu? Sim, por que todo mundo vai procurar o quê? ‘Psicólogo, eu vim aqui, porque eu tô sofrendo’”. (P6); “Eu fazia os atendimentos individuais, né, psicoterapia, fazia acolhimento, a gente tinha os acolhimentos dos pacientes novos. [...] Era como um ambulatório na verdade, os pacientes iam lá pra serem atendidos individualmente”. (P7).

Conforme Teixeira et al. (2018), ao psicólogo no âmbito da saúde mental cabe a superação do modelo clínico tradicional como prática norteadora, e mais comumente reconhecida da profissão. A complexidade do trabalho em saúde demanda, pois, a superação de práticas individualizantes ou compartmentadas, a fim de que o paciente possa ser acolhido considerando as múltiplas dimensões de seu cuidado - o sofrimento, a família, o trabalho, a comunidade em que está inserido, dentre outros. Na visão dos profissionais de saúde trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial no Rio Grande do Sul, estudados por Cantele e Arpini (2017), evidenciou-se o entendimento de que a psicologia não mais se restringe aos atendimentos individuais no contexto dos serviços de saúde mental, entrando em cena outras modalidades, como a de atividades grupais, por exemplo.

Dentre as abordagens alternativas ao atendimento individual, percebeu-se a tentativa da psicologia de realizar atendimentos em grupo. Contudo, as profissionais relataram muita resistência por parte dos usuários: “Grupos era bem difícil porque os grupos tinham muita resistência.” (P3); “Eram pessoas que tinham um tipo de sofrimento, que alguns, sim, precisavam de uma escuta individual. Não tinha como fazer grupos com eles, eles não queriam fazer grupos. E o grupo, às vezes, só potencializava mais ainda o sofrimento deles”. (P7).

Dassoler et al. (2016) também apontaram para a dificuldade de consolidar atividades coletivas no atendimento aos usuários relacionados ao incêndio da boate Kiss. Atividades como oficinas e atendimentos grupais foram propostas, mas estas resultavam em pouca participação dos usuários. Dessa forma, a alternativa foi a busca por outros espaços disponibilizados na cidade para realização de atividades que promovessem o convívio e a expressão das demandas daqueles envolvidos no incêndio.

Assim como alguns usuários demonstravam resistência aos atendimentos em grupo, outros, por sua vez, não desejavam participar dos atendimentos individuais, e alguns, ainda, apresentavam resistência em comparecer ao espaço físico do serviço disponibilizado (Acolhe Saúde). Dessa forma, observou-se que as intervenções realizadas pelos profissionais foram adaptadas às particularidades e aos desejos dos usuários. Por isso, optou-se por realizar algumas intervenções em espaços públicos da cidade. Os profissionais desenvolveram, portanto, ações de caráter mais amplo, em diálogo com coletivos e movimentos sociais, colaborando com a organização de atos públicos e eventos, por exemplo: “Muitas vezes também

tinham colegas que iam com o paciente em outro local. Assim, ser atendido numa praça, sair dali, pra ele conseguir ter outro olhar sobre a vida dele que não só diante daquela perda.” (P4);

Porque a nossa atuação era sempre acompanhar os familiares onde eles estivessem, não só no serviço. Então não era só aquele atendimento regrado em saúde. Então, nas audiências, por exemplo, no fórum, nós acompanhamos várias audiências. [...] No primeiro ano, eles conversavam conosco nas atividades externas, mas eles não iam no serviço, sabe. (P2).

Com relação a isso, houve um trabalho muito próximo dos profissionais para com a Associação de Familiares dos Sobreviventes e Vítimas<sup>10</sup> do incêndio: “Sempre nos dias 27 de janeiro de cada ano (data do incêndio) a gente acompanha as homenagens que eram feitas pelos familiares, pela Associação. [...] Acompanhamos também as vigílias que são feitas na Tenda”<sup>11</sup> (P1 c); “A gente fez muitas coisas assim que um serviço tradicional não tá acostumado. A gente ia até a tenda, tinha equipes que faziam o acompanhamento dos familiares na tenda, que eles pediam.” (P4);

A gente tinha uma relação bem estreita com a Associação dos familiares [...]. Então, essas ações de tentar participar, e de ir conhecendo e sabendo, [...] de tá atento, de como que eles estão, de estar próximo, né, de respeitar o seu tempo. (P7).

De acordo com Dassoler, Mafacioli e Lüdke (2016), o acompanhamento das atividades organizadas pela Associação de Familiares dos Sobreviventes e Vítimas configurou-se em um diferencial do trabalho psicossocial prestado. A Tenda da Vigília, por exemplo, constituiu-se em um espaço que agregava todos os familiares e amigos de vítimas do incêndio que participavam da associação e dos movimentos por justiça mobilizados no município. Esta ficou conhecida como local de encontro dos familiares, amigos e sobreviventes, em que estes se sentiam mais abertos ao compartilhamento de seus sentimentos e emoções (Siqueira

<sup>10</sup> A AVTSM (Associação dos Familiares de Vítimas e Sobreviventes da Tragédia de Santa Maria) foi criada oficialmente no dia 23 de fevereiro de 2013. Sua missão é assegurar os direitos e interesses, bem como garantir o auxílio e o amparo aos familiares das vítimas e aos sobreviventes da tragédia de Santa Maria.

<sup>11</sup> Tenda da Vigília, por exemplo, criada pela Associação em abril de 2013 na praça central da cidade.

& Victoria, 2017). Dessa forma, configurou-se como um espaço favorável à vinculação também com os profissionais que acompanhavam as atividades.

Para os participantes do presente estudo, identificou-se que as intervenções coletivas tinham características diferentes das intervenções individuais. Isso possibilitou que as singularidades dos usuários fossem contempladas. Essas intervenções foram frequentemente caracterizadas pelos profissionais como “acompanhamentos”, o que pode evidenciar um cuidado em não prejudicar a autonomia e o protagonismo dos usuários:

Então, era poder acompanhar, a gente sempre trabalhou de acompanhar a associação e os familiares, mas muito que a gente queria que eles entendessem que a gente não queria tá ali pra invadir o espaço deles, a gente tava ali pra apoiar. Eles é que eram os protagonistas, eles que tinham que decidir o que eles queriam, como é que eles iam fazer as coisas que eram importantes na vida deles. (P6).

Cintra e Bernardo (2017) buscaram conhecer práticas de psicólogas e psicólogos inseridos na Atenção Básica do SUS e também constataram a valorização de atividades para além dos muros dos serviços de Saúde. A pesquisa trabalhou concepções de que o trabalho do psicólogo em saúde deve visar à qualidade de vida, considerando o contexto social dos sujeitos e promovendo a autonomia e o empoderamento dos usuários, em termos tanto individuais quanto coletivos. Esses achados assemelham-se, portanto, aos do presente estudo.

Entende-se, portanto, que as ações terapêuticas propostas estavam baseadas em um conceito ampliado de saúde, do qual faz parte a ideia de promoção de saúde. Schran, Machineski, Rizzotto e Caldeira (2019) buscaram compreender a percepção da equipe multidisciplinar em relação à estrutura organizacional dos serviços de saúde mental no município de Cascavel-Paraná. Os resultados apontaram para novas concepções de saúde mental, vislumbrando o olhar global e integralizado ao sujeito. A isto se relaciona o entendimento de que o adoecimento mental corresponde a um processo coletivo, requer olhares ampliados e articulados com diferentes componentes da rede pessoal e institucional do sujeito.

Somado às atividades já descritas, destaca-se que foram promovidos eventos artísticos e culturais, encontros, oficinas, passeios, entre outras: “A nossa

tentativa sempre era de produzir algo de vida, tanto que a gente fez até alguns eventos musicais. Eram encontros que daí a gente chamava, o pessoal vinha tocar. Que era no sentido de produzir coisas novas.” (P7); “Então, era justamente promover a saúde mental. E promover a saúde mental não é fazer atendimento psicológico somente. Sim, se fez muito, mas era promover outras questões como alguns passeios que a gente fez” (P6).

Somado a isso, identificou-se no presente estudo que a responsabilidade pela saúde dos usuários era compartilhada entre os profissionais do Acolhe Saúde e os serviços da rede de Saúde do município. As decisões eram tomadas em reuniões periódicas, e buscava-se a articulação com outros serviços, principalmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): “Então o caso chegava para a equipe e ele era discutido em equipe, e a partir dali se destinava, né, algo para alguém” (P5);

Então hoje eu vejo que a gente tinha um olhar muito ampliado. A gente compartilhava o cuidado do paciente. Por exemplo, se o paciente tinha algum problema com álcool e drogas, a gente entrava em contato com o CAPS, ou ia até lá, ou eles, algum profissional que atendia esse paciente vinha, e a gente elaborava o plano terapêutico singular do paciente em conjunto. (P4).

Essa nova construção de espaços e a adaptação de ferramentas de acolhimento são essenciais para o trabalho em saúde mental, principalmente em relação ao fazer da psicologia. Apesar da especificidade do contexto vivido pelos profissionais da psicologia no caso da boate *Kiss*, compreende-se este como um desafio de todos os profissionais que atuam na atenção básica em saúde. Neste sentido, para as psicólogas e psicólogos que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde do interior de São Paulo e que participaram do estudo de Cintra e Bernardo (2017), a psicologia deve investir em ações libertadoras dos modelos tradicionais, comprometendo-se com as necessidades particulares e contextuais da comunidade na qual que trabalha, enquanto um posicionamento ético e político. Assim, reconheciam, com o trabalho realizado no território dos usuários e ações fora do espaço físico das UBS, práticas inovadoras que visavam a superação do modelo puramente clínico.

A partir desse conceito ampliado de saúde, o objetivo do serviço, na visão dos participantes, era auxiliar os usuários a encontrarem outras ferramentas para

lidar com o sofrimento, em espaços para além do serviço. Com isso, buscou-se o fortalecimento de articulações com outros serviços, especialmente aqueles que faziam parte do território dos usuários, assim como a valorização das redes de apoio e a espiritualidade deles:

O nosso trabalho era justamente incluir outros protagonistas, né, outros profissionais, [...] Muitas vezes a gente tentava inserir eles em outras atividades. [...] Então, realmente é um trabalho criado pra não existir e a demanda foi se esvaziando, porque era pra se esvaziar, as pessoas já tavam conseguindo trabalhar outras coisas da sua vida. [...] Então, eu acho que talvez o que a gente queria era justamente que ninguém mais fosse [no serviço], no sentido justamente dessas pessoas se sentirem empoderadas para reconstruir suas vidas. [...] As famílias foram se unindo, elas foram também criando uma rede de apoio, e esse era o trabalho, então, era uma das questões bem potentes assim.” (P6).

Schran et al. (2019) também identificaram que a estrutura organizacional dos serviços de saúde mental de Cascavel-Paraná contava com a significativa participação de serviços comunitários, como igrejas, associações, escolas, entre outros, os quais compunham as redes dos usuários e contribuíam para sua saúde e reinserção social. Os autores discutem o quanto esse cuidado encontra-se articulado aos preceitos da reforma psiquiátrica, possibilitando que os usuários possam ter autonomia, ser proativos e participativos no convívio social. Somado a isso, conforme Camaran et al. (2017), a construção de redes configura-se em um desafio que, pactuado pela lógica da solidariedade, potencializa a integralidade da atenção aos usuários.

### **Equipe Interdisciplinar: desafios frente ao desastre**

A presente categoria discorre a respeito da importância do trabalho em uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, enquanto uma prática articulada para um olhar integral ao sujeito e seu contexto na saúde mental. Além disso, aponta para os atravessamentos encontrados na consolidação deste trabalho, bem como para a construção dos espaços interdisciplinares como estratégias de saúde aos profissionais da equipe.

No que se refere ao trabalho realizado em equipe interdisciplinar, os participantes da pesquisa ressaltaram a importância da constituição dos espaços de troca. Estes possibilitaram discutir sobre as diferentes possibilidades diante das demandas e emergências de cada caso que chegava ao serviço: “Era uma equipe multidisciplinar, o que eu acho que é fundamental, e trabalhava de forma interdisciplinar. A gente trabalhava os casos, discutia.” (P4). “Para mim, a reunião de equipe, que todo mundo senta e pode discutir, pode construir coisas, é um elemento bem importante, que aí é um momento que tu consegues trabalhar junto.” (P1).

O que era bem bom era fazer o acolhimento com profissionais diferentes. Era bem rico. Porque cada um via um lado e aí depois tinha a discussão do caso, e daqui a pouco outra pessoa atendia e seguia com aquele caso. [...] Porque é muito interessante como uma pessoa consegue ver algo que o outro não viu, como vocês conseguem crescer juntos, assim. (P3).

Parte relevante dos objetivos e da organização da Atenção Básica à Saúde corresponde ao trabalho realizado em âmbito multiprofissional e interdisciplinar, cabendo o planejamento e a realização em equipes, pela psicologia e outras áreas, de ações que promovam a saúde dos sujeitos (Conselho Federal de Psicologia, 2010). Janfelicie e Marcolan (2018), em estudo realizado com profissionais de CAPS adulto do município de São Paulo/SP, abordaram o reconhecimento desses profissionais acerca da relevância do trabalho interprofissional. O estudo apontou que os profissionais se referiam às reuniões de equipe e ao acolhimento como momentos bastante valorizados, em que se fazia possível a produção de algo novo, não pertencente a apenas um campo de saber delimitado. Cabe considerar, contudo, o desafio de consolidação das práticas interdisciplinares no fazer do psicólogo, tendo em vista uma formação permeada por um viés clínico e, muitas vezes, limitada ante a complexidade presente em contextos de urgência em saúde mental (Teixeira et al., 2018).

Entende-se que experiências multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares apresentam características em comum, sendo a principal delas a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos (Roquete, Amorim, de Pinho Barbosa, de Souza, & Carvalho, 2013). Advinda como uma proposta para minimizar a hiperespecialização, a multidisciplinaridade

é caracterizada pela justaposição de várias disciplinas em torno de um mesmo tema ou problema, sem que haja trocas técnico-teóricas na relação entre os profissionais. Em contrapartida, a interdisciplinaridade consiste justamente na ocorrência dessas trocas entre duas ou mais disciplinas, que se relacionam entre si para alcançarem maior abrangência de conhecimento. Dessa forma, os conceitos que podem ser utilizados para a compreensão dos dois termos dispõem da multidisciplinaridade como uma proposta de melhoria para aquisição de novos conhecimentos e da interdisciplinaridade como diversidade conceitual e amplitude de aplicação (Roquete et al., 2013).

Ao considerar um olhar interdisciplinar aos usuários dos serviços, as psicólogas e psicólogos participantes enfatizaram, ainda, a importância de se pensar o contexto ampliado no qual o sujeito está inserido, visando a uma prática integral, pensada e construída conjuntamente. Assim, tendo em vista uma finalidade comum, através de diferentes saberes e formações heterogêneas, os profissionais indicaram buscar construir um fazer conjunto em prol dos usuários:

O trabalho em equipe, tu ter pessoas de outras áreas, acho que é bem importante para tu fazer um acompanhamento e tu poder entender a situação da pessoa a partir de vários olhares. Acho que isso é muito importante, quando tu atendes uma situação de saúde mental, tu poder discutir com colegas, tu podes pensar junto. Acho que essa é uma parte positiva. (P1).

Conforme Noal et al. (2016), “um evento inesperado, não avisado, violento, súbito, demanda uma (re)construção articulada, sem negar, apagar ou subtrair vivências” (p. 82). Assim, a ação humanitária e em emergências deve favorecer a continuidade de histórias de vida, visando olhares para além da crise, ainda que considerando suas marcas. Neste tocante, o caráter interdisciplinar no cuidado faz-se essencial, não apenas no reconhecimento dos múltiplos pensamentos e pontos de vista sobre o usuário e sua situação, mas da integralização dos diversos olhares, visando saúde e cuidado. Em consonância com esta visão está a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Brasil, 2009), que propõe o não “recorte” dos sujeitos em patologias, mas sim, o reconhecimento da complexidade do seu adoecer, promovendo o aprendizado coletivo das equipes para o resgate do compromisso com os usuários.

Alguns profissionais participantes do estudo mencionaram a importância da organização e articulação da equipe na finalidade de acolher qualquer um que chegasse ao serviço, compreendendo a potencialidade da escuta por parte de todos os profissionais da equipe: “Os profissionais eram de formações diferentes, de experiências diferentes, mas parece que cada um conseguiu entender toda essa importância de estar disponível, de acolher [o usuário]” (P2).

A equipe que eu tava tinha a missão de acolher, seja lá o que viesse, aparecesse naquela porta. [...] Assim, mais ou menos, como a gente operava: o paciente chegava, nós o recebíamos, levávamos pra uma sala, então, fazia uma escuta. Algumas questões se aliviavam já nesse momento de fala, né, que ele é elaborativo. Por si só a fala já organiza algumas coisas. (P5).

Isso se assemelha aos achados de Teixeira et al. (2018), que investigaram a trajetória formativa para a atuação da psicologia em serviços substitutivos de urgência em saúde mental de Belo Horizonte/MG. Conforme os entrevistados, na equipe multiprofissional todos os profissionais desempenhavam a mesma função: a de acolher o usuário e pensar ações para que superassem a crise vivenciada. Sobre a prática de acolhimento em saúde, Paim (2009) aponta que esta corresponde ao manejo da recepção dos sujeitos nos serviços, incluindo o estabelecimento de vínculos entre os profissionais e usuários e a prestação de serviços de maneira sensível e eficaz, atendendo às necessidades em saúde da população.

Outro aspecto abordado, profissionais da psicologia participantes do presente estudo referiram-se à possibilidade da equipe estar aberta à construção de um fazer conjunto, o que, principalmente no campo da saúde mental, em outros serviços da rede de saúde, era reconhecido como difícil. Demandava-se, pois, um esforço de toda a equipe para que as práticas estivessem conectadas e fossem complementares entre si: “A gente chamava muita atenção porque vários serviços de saúde não têm nem reunião mensal. A gente tinha reunião semanal, isso era muito rico, assim. Porque a gente conseguia discutir os casos, mesmo assim, às vezes, faltava tempo.” (P3).

E toda semana tinha reunião da equipe. Toda semana, que eu vejo que nos outros serviços não... Nem todos têm, né. E era assim, muito necessário.

Todo mundo queria falar, todo mundo tinha assunto, todo mundo queria compartilhar, queria saber o direcionamento do caso. Então, era um trabalho realmente em equipe, mesmo, compartilhado. (P4).

Em estudo com profissionais de um CAPS em Salvador-BA, o fazer conjunto também foi pontuado como potencialidade da equipe multiprofissional de trabalho, o qual ocorria em atividades como reuniões técnicas, matriciamento, grupos e oficinas, assembleias, visitas domiciliares e nas miniequipes de referência (Anjos Filho & Souza, 2017). Tal prática foi reconhecida como mais integral e horizontalizada, trabalho diferente do realizado em outros serviços de saúde mental, como os hospitais, em que o há um predomínio da valorização do saber médico.

Os participantes indicaram também a potencialidade do trabalho interdisciplinar para o a saúde dos próprios profissionais, constituindo-se como espaço de cuidado e proteção para eles. As dificuldades diárias do fazer em cada especialidade, associadas à complexidade do trabalho na saúde mental, e à necessidade de lidar com as temáticas da morte e luto, constituíam-se em desafios para a saúde psíquica dos participantes. Compartilhar as dificuldades em equipe configurava-se, então, como uma prática de promoção de saúde:

Principalmente mais no início, era muito difícil o trabalho. Os pacientes tavam ali na sala de espera chorando. Então, a gente tem que dar conta [...]. Mas era uma equipe multidisciplinar, o que eu acho que é fundamental, e trabalhava de forma interdisciplinar. A gente trabalhava os casos, discutia. (P4).

Entende-se que equipes em saúde mental comumente se deparam com desafios e urgências, devido às situações reais de sofrimento a serem tratadas no cotidiano de trabalho. Nesse tocante, as trocas em equipes e as supervisões clínico institucionais fazem-se essenciais para melhor qualificar e transformar os modos de gestão de trabalho e da clínica desenvolvidos nos serviços substitutivos (Portaria nº 1.174/GM, Brasil, 2005). A prática de supervisão possibilita a discussão dos casos, considerando os atravessamentos do próprio contexto institucional (serviço, rede, gestão e política pública de saúde mental) (Brasil, 2007). Relacionado a potencialidade dos momentos de troca em equipe, Cantele

e Arpini (2011) buscaram conhecer a experiência de psicólogas e psicólogos inseridos em CAPS infantil, CAPS (Ad) e CAPS II, identificando que ações multi/interdisciplinares favoreciam a compreensão sobre processos de doença e saúde. Além disso, contribuíam enquanto espaços de compartilhamento dos sentimentos dos membros das equipes inseridos nos contextos multiprofissionais, como é o caso das supervisões institucionais.

Apesar do reconhecimento da relevância do trabalho interdisciplinar e da capacidade das equipes em atuarem de tal forma em muitos momentos, os participantes do estudo também indicaram algumas dificuldades na efetivação do trabalho interdisciplinar, apontando entraves na mediação e no diálogo entre as diferentes áreas do saber. Estas dificuldades relacionaram-se, por exemplo, ao uso de termos científicos específicos de alguma determinada área, como os termos técnicos, sobre os quais os demais profissionais possuíam pouco conhecimento. Assim, os participantes compreendiam que o diálogo entre os saberes correspondia a um processo que precisava ser aprendido e construído de forma conjunta pela equipe:

A linguagem técnica, científica, do psicólogo é diferente do enfermeiro, é diferente da Medicina. Então, a gente falava termos da Psicologia que eles não entendiam. Pra nós era algo que tu falas, né, aliança terapêutica, transferência, coisas assim, e todo mundo sabe que é. Assim como eles falavam alguns termos que nós não entendíamos. Com o tempo, a gente foi conseguindo trabalhar em conjunto. Mas isso chamou bastante atenção. (P4).

Esse trabalho em equipe, que se dê conjuntamente, não é algo que se dá automaticamente. Há um esforço para que tu consigas trocar. [...] Não é cada um fazendo o que acha que é. Acho que essa é a parte importante do trabalho em equipe, que tu vais conseguir trocar com os colegas e chegar numa determinada combinação de como se vai acentuar naquele caso. (P1).

Ao abordar o trabalho multidisciplinar de profissionais membros da equipe do CAPS em São Paulo/SP, Jafelice e Marcolan (2018) encontraram a importância atribuída à articulação dos diferentes conhecimentos disciplinares em propostas integrativas. Isto porque era sentida a necessidade de superar possíveis contradições entre as especificidades, a falta de clareza sobre os papéis ou disputas de saber entre os profissionais. Ainda sobre o assunto, Anjos Filho

e Souza (2017) identificaram visões positivas sobre a integração do trabalho em equipe multiprofissional no contexto de um CAPS. Contudo, os profissionais também reconheceram dificuldades na efetivação deste trabalho, tendo em vista a dificuldade na comunicação e trocas de saberes. Conforme os autores, a dificuldade no diálogo favorece não apenas a separação das disciplinas, mas de seus próprios objetos de estudo (sujeitos) e intervenções.

Relacionado a isso, uma questão abordada pelos participantes do estudo era a dificuldade da equipe, e da própria rede em saúde, em diferenciar as demandas da saúde mental como um todo das demandas específicas ao campo da psicologia. Tal dificuldade ocasionou uma sobrecarga ao campo da psicologia: “Sempre quando acontece algo, a primeira coisa é que chamam os psicólogos. Mas a gente, durante esse tempo, tentou trabalhar que isso é de todos, a escuta, escuta qualificada.” (P4).

É um ponto de discussão isso do que é demanda específica da Psicologia, o que é uma demanda comum do campo da saúde mental. Por exemplo, para fazer uma escuta, um acolhimento, não precisa ser só psicólogo para fazer. Quando tu fazes uma escuta de acolhimento pode ser outro profissional. (P1).

Em consonância à dificuldade de diferenciação das demandas, os participantes descreveram que a psicologia ocupou o lugar da tomada de decisões, sendo compreendida, juntamente com a psiquiatria, como ferramenta indispensável no que abrangia a crise emocional: “O psicólogo é muito chamado. É na rede toda. A pessoa chega e chora e todo mundo vai na psicóloga para saber o que fazer com a pessoa que tá chorando.” (P1).

Acho que a psicologia sempre foi a que mais problematizou, foi pro consultório médico problematizar algumas coisas e, às vezes, dar limites. [...] Geralmente os outros profissionais eles ficavam mais nos bastidores, quem falava e quem fazia eram os psicólogos e os psiquiatras. Porque a demanda maior é pra psicologia [...] e tinha um reconhecimento mais legitimado, vamos dizer assim. (P6).

O estudo de Cantele e Arpini (2017), que objetivou compreender a prática psicológica através do olhar de equipes de saúde mental de dois CAPS do interior

do Rio Grande do Sul, também identificou a concepção de que o trabalho do psicólogo corresponde a uma escuta diferenciada, sendo este um reconhecimento tanto dos profissionais da área como dos demais integrantes da equipe. Nesse sentido, percebe-se que ao psicólogo é conferido um lugar especial dentro da equipe multidisciplinar, relacionando-o à capacidade de uma escuta especializada do sofrimento humano.

Outro aspecto destacado por alguns dos profissionais da psicologia do presente estudo, que implicava em um entrave ao trabalho em equipe interdisciplinar, dizia respeito à desconstrução da supremacia médica e da procura exclusiva pela terapêutica farmacológica. Isto porque essas noções constituíam-se em empecilhos para a implantação de outras terapêuticas no tratamento oferecido aos usuários:

A porta de entrada era a psiquiatria, sempre a pessoa vai pedir uma medicação. Aí o que a gente conseguiu fazer? Bom, vamos fazer o acolhimento antes. Então, a gente fazia o acolhimento pra ver as demandas e muitas vezes isso se desconstruía da questão do psiquiatra. [...] Então, a gente conseguia fazer isso e deu bastante resultado, no sentido de tentar diminuir essa medicalização. Que não dá pra ficar anestesiado também. (P3).

Conforme Dassoler, Mafacioli e Lüdtke (2016), diferentes abordagens clínicas foram utilizadas no atendimento aos sobreviventes e familiares das vítimas do incêndio da Boate *Kiss*, conforme as demandas específicas de cada caso. Frente a um contexto de desastre e emergência, o recurso da palavra, por vezes, se revelou insuficiente, sendo que a alternativa terapêutica medicamentosa foi necessária em inúmeros casos. Contudo, de acordo com Elesbão, Santos e Mostardeiro (2016), a proposta de trabalho pautava-se no modelo centrado no usuário, visando ao acolhimento das demandas de cada um, seja a partir da psiquiatria, enfermagem, serviço social, psicologia ou outras.

## Considerações Finais

As diretrizes previstas no SUS e na reforma psiquiátrica constituem o paradigma ao redor do qual vem se constituindo um novo campo de estudos e práticas em saúde mental. O grande desafio encontrado, tanto na formação de

profissionais quanto na prática cotidiana nos equipamentos da rede pública, diz respeito a esse alinhamento, que exige um esforço de atualização dos conceitos que balizam a atuação, com ênfase na adoção de práticas baseadas na promoção de autonomia, tanto para os profissionais quanto para os usuários dos serviços. Neste estudo, foi possível identificar que os profissionais da psicologia conseguiram ultrapassar uma prática centrada no olhar individual, atrelado aos moldes da clínica tradicional. Também, percebe-se a tentativa de implementação de novas práticas que respeitem a singularidade e o desejo daqueles que chegam ao serviço, encorajando-os a assumir novamente o lugar de tomada de decisão. Notou-se ainda o esforço para desenvolver novas estratégias de saúde voltadas ao território, promovendo maior autonomia e recursos aos usuários.

Além disso, apesar das dificuldades encontradas na efetivação de um de trabalho interdisciplinar, as psicólogas e psicólogos enfatizaram a importância de construir um fazer conjunto dentro de uma prática biopsicossocial, orientando o cuidado tanto para os usuários quanto para os próprios profissionais. Muitas das dificuldades encontradas no trabalho interdisciplinar revelam ainda a existência de uma fragilidade na formação dos profissionais para o trabalho em saúde, que historicamente está voltada para a segmentação dos saberes e, por consequência, da vivência dos sujeitos/usuários.

Quanto ao método empregado no estudo, ressalta-se que os resultados apresentados não visam gerar um conhecimento generalizável acerca da atuação do psicólogo junto à atenção básica ou mesmo em situações de emergência e de desastres. O estudo investigou o fazer da psicologia com base na percepção de um grupo específico de profissionais que atuavam nos dispositivos constituídos para o cuidado dos envolvidos no incêndio da boate *Kiss*, dentro da perspectiva da constituição de um serviço que não estava previsto na RAS. De qualquer forma, a experiência retratada e as reflexões propostas podem fomentar e apoiar outros profissionais e equipes em saúde mental em face de contextos semelhantes.

No que diz respeito ao campo da saúde mental, muitos são os desafios para a constituição de uma rede e dispositivos que consigam contemplar da complexidade pela qual se define a saúde. Neste tocante, ressalta-se a importância do desenvolvimento de novas pesquisas e estudos nessa área, os quais ampliem os focos de observação e contextualizem os fenômenos em saúde estudados,



reconhecendo sua complexidade. Assim como a contribuição deste, estudos futuros podem vir a orientar saberes e práticas alinhadas com as demandas emergentes para a psicologia e a saúde, no contexto do século XXI.

## Referências

- Anjos Filho, N. C. dos, & Souza, A. M. P. de. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 63-76. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0428>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Brasil (2007). O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31355](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=31355)
- Brasil (2009). Política nacional de humanização da atenção gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Retrieved from [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_compartilhada.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf)
- Brasil (2005). Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. Retrieved from [http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2005/prt1174\\_07\\_07\\_2005\\_comp.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html)
- Camaran, D. D. S., Marcuzzo, D., Pilecco, J. C., Dall'Asta, A., Colomé, J., & Backes, D. S. (2017). Atendimento às vítimas e sobreviventes da tragédia Kiss: potencialidades e fragilidades da rede de saúde. *Enfermagem em Foco*, 8(2), 62-66. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n2.1226>
- Cantele, J., & Arpini, D. M. (2011, novembro). A perspectiva da psicologia no âmbito da saúde mental na visão dos psicólogos. *Anais do IV Jornada de Pesquisa em Psicologia: Desafios Atuais nas Práticas da Psicologia*, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil, 4. Retrieved from [https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada\\_psicologia/article/view/10200/26](https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/10200/26)
- Cantele, J., & Arpini, D. M. (2017). Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 78-89. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001542014>
- Cantele, J., Arpini, D. M., & Roso, A. (2012). A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(4), 910-925. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>
- Cintra, M. S., & Bernardo, M. H. (2017). Atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(4), 883-896. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retrieved from [http://crepop.org.br/wp-content/uploads/2011/02/Praticas\\_ABS.pdf](http://crepop.org.br/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf)
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2011). *Psicologia de emergências e desastres na América Latina: promoção de direitos e construção de estratégias de atuação*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retrieved from [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias\\_e\\_desastres\\_final.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/06/emergencias_e_desastres_final.pdf)
- Dassoler, V. A., Mafacioli, G., & Lüdtkke, M. F. (2016). Urgência em saúde mental: a experiência de Santa Maria no cuidado às pessoas afetadas pelo incêndio na boate Kiss. In G. Mafacioli, M. F. Lüdtkke, M. L. L. Pacheco, M. M. Sanfelice & V. A. Dassoler (Eds.), *A integração do cuidado diante do incêndio da boate Kiss: testemunhos e reflexões* (pp. 193-202). Curitiba: CRV.
- Dassoler, V. A., Mafacioli, G., Pacheco, M. L. L., Bueno, P., Sanfelice, M. M., & Figuera, C. (2016). Acolhe Saúde. In G. Mafacioli, M. F. Lüdtkke, M. L. L. Pacheco, M. M. Sanfelice & V. A. Dassoler (Eds.), *A integração do cuidado diante do incêndio da boate Kiss: testemunhos e reflexões* (pp. 133-144). Curitiba: CRV.
- Elesbão, C. S., Santos, C. R. dos & Mostardeiro, A. C. (2016). Acolhimento multiprofissional: uma intervenção efetiva no trabalho em Saúde Mental. In G. Mafacioli, M. F. Lüdtkke, M. L. L. Pacheco, M. M. Sanfelice & V. A. Dassoler (Eds.), *A integração do cuidado diante do incêndio da boate Kiss: testemunhos e reflexões* (pp. 167-178). Curitiba: CRV.
- Jafelice, G. T., & Marcolan, J. F. (2018). O trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(5), 2131-2138. doi:10.1590/0034-7167-2017-0300
- Mafacioli, G., Lüdtkke, M. F., Pacheco, M. L. L., Sanfelice, M. M., & Dassoler, V. A. (Eds.), (2016). *A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões*. Curitiba: CRV.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (13ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo*. (5ª ed.). Porto Alegre: Sulina.
- Noal, D. S., Vicente, L. N., & Weintraub, A. C. M. (2016). Ajuda que vem de “fora”: a conformação da primeira estratégia psicossocial e de saúde mental pós-incêndio na Boate Kiss. In G. Mafacioli, M. F. Lüdtkke, M. L. L. Pacheco, M. M. Sanfelice & V. A. Dassoler (Eds.), *A integração do cuidado diante do incêndio na Boate Kiss: testemunhos e reflexões* (p. 314). Curitiba: CRV.
- Paim, J. S. (2009). Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: D. Czeresnia & C. M. de Freitas (Eds.), *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., pp. 165-182). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Paladino, E., & Thomé, J. T. (2011). Psicologia em tempos de tragédia. *Revista Mente e Cérebro*, 23(1), 45-61. Retrieved from [http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/psicologia\\_em\\_tempos\\_de\\_tragedia.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/psicologia_em_tempos_de_tragedia.html)
- Roquete, F. F., Amorim, M. M. A., de Pinho Barbosa, S., de Souza, D. C. M., & Carvalho, D. V. (2013). Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde pública. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 2(3), 463-474. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.245>
- Schran L. S., Machineski G. G., Rizzotto M. L. F., & Caldeira S. (2019). Percepção da equipe multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: estudo fenomenológico. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40, 1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180151>
- Siqueira, M. D. de, & Victoria, C. (2017). O corpo no espaço público: emoções e processos reivindicatórios no contexto da “tragédia de Santa Maria”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 25, 166-190. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.25.09.a>
- Teixeira, D. P., Ribeiro, B. V., & Ferreira Neto, J. L. (2018). Atuação do psicólogo nos serviços substitutivos de urgência em saúde mental: desafios para a formação. *Pretextos – Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 72-90. Retrieved from <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/16010>
- Vinuto, J.A (2014). A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas* 22(44), 201-218. Retrieved from <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>

## SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

### ORGANIZADORAS e REVISORAS:

**Sheila Giardini Murta:** Psicóloga. Docente no Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília. Especialista em Análise Política e Políticas Públicas; mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano; doutora em Psicologia Social e do Trabalho pela Universidade de Brasília, com estágio doutoral na Queensland University of Technology (Austrália). Pós-doutora pela Universidade Federal de São Carlos, Universidade de Maastricht (Holanda) e Oxford Brookes University (Reino Unido). Presidente da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (Gestão 2019-2020).

**Maria Inês Gandolfo Conceição:** Psicóloga, Psicodramatista, Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Professora Associada do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PSICC/PCL/IP/UnB, Pós-Doutorado pela University of Toronto.

**Cristineide Leandro-França:** Psicóloga e Coordenadora de Atenção Psicossocial da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária da Universidade de Brasília. Especialista em Terapia Cognitivo Comportamental; mestre e doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília, com estágio doutoral no Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (Holanda). Integra o Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida da UnB. Membro fundadora e do Comitê consultivo (Gestão 2019-2020) da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde-BRAPEP.

**Ronice Franco de Sá:** Médica Sanitarista, Pós-doutoramento em Avaliação de programas de saúde (Université de Montréal), PhD em Educação (Université de Sherbrooke), M.Sc. em Administração de Serviços de

Saúde (Université de Montréal), Professora da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE, Pesquisadora do NUSP-UFPE, Membro do Núcleo Executivo e do núcleo de pesquisas e publicações do GT Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável (PSDS) da ABRASCO. Uma das idealizadoras e coordenadora da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis - RPMS (pelo NUSP/UFPE) de 2006 a 2016.

**Larissa de Almeida Nobre-Sandoval:** Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Mestre e Doutora em Psicologia da Saúde pela Universidad de Granada. Atua como técnica em prevenção no Instituto Europeo de Estudios en Prevención e integra o Grupo de Estudos em Prevenção e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida da UnB. Membro fundadora da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde-BRAPEP.

**Larissa Polejack:** Psicóloga, Psicodramatista, Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília. Atuou como assessora técnica do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde (2001-2004) e no International Center for AIDS Care and Treatment Programs/Columbia University em Moçambique (2005-2009). Docente no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Atualmente, é Diretora da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU) da Universidade de Brasília e Vice-Presidente da Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (Gestão 2019-2020).

### AUTORAS E AUTORES:

**Amanda Soares dos Santos:** Licenciada em Geografia (UFPE). Pesquisadora com foco em Promoção da Saúde e Geografia.

**Ana Luísa Coelho Moreira:** Psicóloga. Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pela Universidade de Brasília. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela Universidade de Brasília.

**Analice Alcantara Meireles:** Mestre em Educação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Servidora concursada da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ES, e responsável pela criação e implantação do Grupo de Homens (GH).

**Angelica Yee:** Obteve seu Mestrado em Saúde Pública em Saúde Ambiental e Saúde Ocupacional pela Universidade Simon Fraser. Trabalhou em ambientes como a redução de danos, recursos humanos, remuneração de funcionários e marketing. Estuda as experiências de imigrantes de minorias étnicas na América do Norte.

**Antonio C. S. Silva:** Doutorando e mestre em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). É psicólogo clínico, com especializações em Terapia Analítico-Comportamental.

**Barbara Evelline da Silva Bandeira:** Médica pela Faculdade de Medicina de Marília (2011). Psiquiatra pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Mestranda em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB).

**Bruna Fragoso Cousseau:** Graduanda de Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Bruna Stephanie Bernardo da Silva:** Educadora Física pelo IFCE. Gestora do Programa Saúde na Escola – PSE (Iguatu/CE).

**Camila Almeida Neves de Oliveira:** Enfermeira Graduada pela URCA. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Pesquisadora do GPCLIN. Docente da URCA.

**Camile Dalla Corte de Araujo:** Professor/Profissional de Educação Física, Especialista em Saúde da Família, Profissional de Educação Física do NASF AB de Nova Erechim – SC.

**Caroline Rubin Rossato Pereira:** Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Catiele Paixão:** Doutora em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, com estágio doutoral no Centro de Investigação em Ciência Psicológica (CICPsi), da Universidade de Lisboa.

**Daniel Magalhães Goulart:** Professor Adjunto do Departamento de Teoria e Fundamentos da Universidade de Brasília. Psicólogo pela Universidade de São Paulo. Mestre e Doutor em Educação pela Universidade de Brasília.

**Daniela da Silva Rodrigues:** Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília (UnB), Doutoranda em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

**Dione Oliveira Moura:** Professora e pesquisadora da Faculdade de Comunicação (FAC) da Universidade de Brasília (UnB); Diretora da FAC UnB (2019-2023). Doutora em Ciências da Informação pela UnB.

**Doralice Oliveira Gomes:** Psicóloga pela Universidade de Brasília; Mestre em saúde da família pela Universidade Federal do Ceará; Formadora de Terapeutas Comunitários pelo Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária do Ceará; Referência Técnica Distrital de Terapia Comunitária Integrativa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**Eduardo Mourão Vasconcelos:** Psicólogo, Cientista Político, Doutor pela London School of Economics and Political Science, professor da UFRJ e militante antimanicomial.

**Elizabeth Teixeira:** Enfermeira. Pós-Doutorado em Sociologia pela Universidade de Coimbra e Enfermagem pela UERJ. Professora Titular aposentada da UEPA. Professora Visitante da UEA.

**Erika Aguilar:** Formou-se na Universidade Simon Fraser com um Bacharelado em Ciências da Saúde. Atualmente ela está trabalhando para melhorar a qualidade dos cuidados com a saúde. Sua paixão é compreender os determinantes sociais da saúde da comunidade para melhorar os resultados do setor da saúde.

**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho:** Professor/Profissional de Educação Física, Doutor em Ciências da Saúde, Tecnologista em C&T do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva do Ministério da Saúde (INCA/MS).

**Fernanda Greicy Santos de Oliveira:** Professor/Profissional de Educação Física, Especialista em Saúde Coletiva e Especialista em Fisiologia do Exercício e Grupos Especiais, Profissional de Educação Física do NASF AB de Mauriti – CE.

**Fernanda Ramos Parreira:** Doutora em Sociologia pela Universidade Federal de Goiás (2019), graduada em Educação Física (Licenciatura Plena) pela Universidade Estadual de Goiás (2007) e em Ciências Sociais, habilitação em Políticas Públicas, pela Universidade Federal de Goiás (2016). Coordenadora Estadual de Ciclos de Vida, da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás.

**Flávia Mazitelli de Oliveira:** Professora Adjunta da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília (UnB) do curso de Terapia Ocupacional. Terapeuta Ocupacional formada pela Universidade Federal de São Carlos. Mestrado em educação pela Universidade Estadual Paulista e doutorado em psicologia pela UnB.

**Flávia Reis de Andrade:** Graduação em Odontologia. Mestrado pela Universidade Federal de Goiás, Doutorado pela Universidade de Brasília e Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo. Professora do Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da UnB.

**Flávio Pereira Cunha:** Assistente administrativo da Unidade Psicossocial HUB-UnB-Ebserh.

**Francisca Evangelista Alves Feitosa:** Enfermeira Graduada pela Universidade Regional do Cariri – URCA. Membro do GPCLIN.

**Hebert Luan Pereira Campos dos Santos:** Bacharel em Saúde pelo Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos (IHAC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduando em Medicina pelo Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da UFBA.

**Helenice Assis Vespasiano:** Terapeuta Ocupacional (UFMG/2008), membro da Comissão de Humanização do HUB/Unb-EBSERH, especialização em Questão Social pela Perspectiva Interdisciplinar (UFPR/2011).

**Hércules Souza:** Estudante do quarto semestre de Fonoaudiologia, campus Ceilândia, Universidade de Brasília (UnB). Bolsista de Acolhimento e Promoção da Saúde da Dasu/DAC/UnB.

**Ioneide de Oliveira Campos:** Professora Adjunta da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília (UnB) do curso de Terapia Ocupacional. Doutorado no programa de pós-graduação em psicologia e cultura/UnB.

**Jeane Lessinger Borges:** Psicóloga, Doutora e pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Adolescência (NEPA/UFRGS). Docente do curso de Psicologia da Faculdade IENH.

**Joana D'Arc Sampaio de Souza:** Pedagoga na Coordenação de Articulação da Comunidade Educativa – CoEduca, da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária - DASU/DAC/UnB. Graduada em Pedagogia (UnB) e Mestre em processos de desenvolvimento humano e saúde (UnB).

**José Antonio Iturri:** Médico, mestre e doutor em Saúde Coletiva. Docente e pesquisador da Faculdade de Ceilândia de Universidade de Brasília (FCE/UnB) nas temáticas de avaliação e monitoramento de programas em saúde e de organização de serviços e redes em saúde.

**José Geraldo de Alencar Santos Junior:** Biomédico. Doutorando em Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Medicamentos pela UFC/UFPB/UFRN/UFRPE. Professor do Centro Universitário Vale do Salgado – UNIVS/CE e da URCA.

**Josenaide Engracia dos Santos:** Professora Adjunta da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília (UnB) do curso de Terapia Ocupacional. Graduada em Terapia Ocupacional e Psicologia. Mestre em Saúde coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Doutora em Ciências da Saúde e pós-doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília.

**Juliana Peterle Ronchi:** Psicóloga, doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Psicóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Espírito Santo.

**Juliane De Lira Mendes Feitosa:** Enfermeira Graduada pela Universidade Regional do Cariri – URCA. Membro do Grupo de Pesquisa Clínica, Cuidado e Gestão em Saúde – GPCLIN. Militante do Movimento Social Levante Popular da Juventude.

**Júlio Cesar Alencar Ramos:** Estudante de graduação do curso de Terapia Ocupacional da UnB - Faculdade de Ceilândia e bolsista da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (Dasu).

**Karen Lima Macêdo:** Estudante do quarto semestre de Ciência da Computação, campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília (UnB). Bolsista do Projeto de Saúde Mental/IST da Dasu/DAC/UnB.

**Karen Lorrany Leite Marano:** Estudante de graduação do curso de Fonoaudiologia da Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia e bolsista da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária (DASU).

**Kátia Tarouquella Brasil:** Professora do Departamento de Psicologia Clínica e da Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília-UNB. Doutorado em Psicologia (UnB) e Psicanalista-Sociedade de Psicanalista de Brasília – SPBsb.

**Kleidson Oliveira Beserra:** Facilitador da OBSAM e presto serviço a população em situação de rua ou vulnerabilidade social pelo SEAS, movimento população de rua do DF, movimento Pro saúde mental do DF Conselho de saúde de sobradinho, vice presidente do coletivo de luta Antimanicomial Nacional CLAN. Vinculado ao MST e RENILA.

**Laércia Abreu Vasconcelos:** Docente do Departamento de Processos Psicológicos Básicos do Instituto de Psicologia, e orientadora no Programa de Pós-graduação em Ciências do Comportamento. Pós-doutorado Análise do Comportamento – comportamentos de sustentabilidade e protetivos de crianças no controle mecânico do mosquito Aedes aegypti.

**Leonardo Araújo Vieira:** Professor/Profissional de Educação Física; Fisioterapeuta. Mestre em Educação Física. Profissional de Educação Física do Serviço de Orientação ao Exercício da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES.

**Letícia Bortolotto Flores:** Psicóloga e Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Lígia Rocha Cavalcante Feitosa:** Psicóloga, doutora em Psicologia pelo Programa de Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde pela Universidade de Brasília. Professora do curso de Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina.

**Lilian Maria Borges:** Psicóloga, mestre e doutora em psicologia pela Universidade de Brasília, professora adjunta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

**Lucas Lazzarotto Vasconcelos Costa:** Graduando de Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

**Lucas Lemos da Silva:** Coordena o Coletivo Estadual de Saúde do MST do DF e Entorno. É facilitador de Grupos de Ajuda e Suporte Mútuos em acampamentos da Reforma Agrária.

**Luziane Zacché Avellar:** Psicóloga, doutora em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e Pós-Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Professora Titular da Universidade Federal do Espírito Santo.

**Marcelo Tavares:** Docente no Instituto de Psicologia da UnB. Trabalha com a intervenção preventiva precoce para o desenvolvimento de habilidades e a prevenção de comportamento de risco de jovens (autolesão intencional, risco suicídio) e com a intervenção clínica nas crises psíquicas graves por meio das abordagens psicodinâmicas experienciais.

**Marcos Bagrichevsky:** Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente do Departamento de Medicina da Universidade Regional de Blumenau (FURB).

**Maria Bastos Cacciari:** Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Coordenadora e Docente do Curso de Psicologia da Faculdade Multivix (campus São Mateus, ES).

**Maria Guadalupe Medina:** Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA). Pesquisadora e docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/ISC-UFBA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/IMS/UFBA), coordenadora executiva do Observatório de Análise Política em Saúde. Linha de pesquisa: Atenção primária e avaliação de políticas, programas e serviços de saúde.

**Maria Luiza Macêdo:** Graduanda do curso de Psicologia da Universidade de Brasília.

**Mariana Sodário Cruz:** Graduada em Fonoaudiologia pela USP-Bauru. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP. Professora Adjunta IV no Colegiado de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia-UnB.

**Marília da Silva Alves:** Professor/Profissional de Educação Física, Especialista em Saúde Mental pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe e em Fisioterapia Esportiva.

**Marina Figueredo Machado:** Psicóloga Escolar da Diretoria de Esporte e Atividades Comunitárias da Universidade de Brasília (UnB). Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB); especialista em Análise Institucional, Esquizoanálise e Esquizodrama, pela Fundação Gregório Barenblit de Belo Horizonte e Instituto Félix Guatarrí e terapeuta comunitária integrativa em formação pelo MISMEC 4 VARAS.

**Marina Luna Pamponet:** Odontóloga (UFBA), Mestre em epidemiologia e especialista em medicina social e doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA). Sanitarista da Secretária Municipal de Saúde de Camaçari, Bahia. Linha de pesquisa: avaliação da efetividade de intervenções e políticas públicas de saúde.

**Marta Roverly de Souza:** Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Estadual de Campinas (1987), Doutora em Ciências Sociais (Área de concentração em População) pela Universidade de Campinas (2001). Professora Titular no Departamento de Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás.

**Martina de Paula Eduardo Ravaioli:** Psicóloga clínica, com formação em Gestalt Terapia, mestre em Psicologia pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

**Moisés da Silva Roberto:** Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

**Mônica Sperb Machado:** Psicóloga e Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

**Muna Muhammad Odeh:** Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade da Saúde, Universidade de Brasília. É Bióloga pela American University, Washington DC, EUA. Mestre em Social and Economic Studies pela University of Manchester, Inglaterra e especialização em Medical Anthropology pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos, SP. É Terapeuta Comunitária Integrativa em formação pelo Mismec-DF e Faimer Fellow.

**Nathália da Silva Soares:** Graduanda do curso de Psicologia da Universidade de Brasília.

**Nilia Maria de Brito Lima Prado:** Doutora em Saúde Pública (ISC/UFBA). Professora adjunta da Universidade Federal da Bahia (UFBA/IMS). Docente permanente do Mestrado em Saúde Coletiva e do Mestrado em Psicologia da Saúde (IMS/UFBA). Linha de pesquisa: avaliação de políticas públicas e intervenções em saúde.

**Paola Ardiles Gamboa:** Mestre em Ciências da Saúde (Universidade de Toronto), Mestre em Administração de Empresas (Universidade Simon Fraser) e estudante de doutorado em Saúde Pública na Universidade Torrens, Austrália. É *practitioner scholar* da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Simon Fraser e co-fundadora da Bridge for Health Co-operative, Canadá.

**Patrícia Alvarenga:** Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com pós-doutorado pela Universidade de Valência e Universidade do Texas.

**Patricia Machecha Gutierrez:** Doutora médico-cirúrgica com especialização em Administração da Saúde e Epidemiologia. Ela obteve seu mestrado em Saúde Pública em Saúde Populacional pela Universidade Simon Fraser e trabalhou na saúde pública por mais de 20 anos, do governo às instituições de saúde na Colômbia, e no setor sem fins lucrativos no Canadá.

**Patrícia Pereira Tavares de Alcantara:** Enfermeira pela URCA. Mestre em Desenvolvimento Regional Sustentável pela Universidade Federal do Cariri – UFCA. Pesquisadora do GPCLIN. Docente da URCA. Profissional da Atenção Primária a Saúde – APS.

**Patrícia Rezende:** Licenciada e bacharel em Ciências Sociais, com ênfase em Ciência Política (FFC/UNESP). Mestre e Doutora em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente e pesquisadora do Colegiado Saúde Coletiva (FCE/UnB).

**Paulo Sérgio da Silva:** Enfermeiro. Doutor em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências. Professor Adjunto do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR.

**Paulo Sergio França:** Professor associado da Universidade de Brasília. Área de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina.

**Pedro Lusz:** Mestre em Desenvolvimento Sustentável pelo Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília. Historiador. Escritor, com produções para o público infanto-juvenil, nos temas diversidades, educação ambiental, escrita criativa e o teatro na educação. Contador de estórias e de causos.

**Priscila Almeida Andrade:** Doutora em Política Social e Especialista em Saúde Coletiva/Educação em Saúde pela UnB. É acupunturista e consteladora familiar. Desde 2010, professora de Saúde Coletiva da FCE/UnB.

**Rafaella Eloy de Novaes:** Psicóloga Escolar na Faculdade de Planaltina FUP/ Universidade de Brasília. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Escolar, Instituto de Psicologia /UnB.

**Raphael Florindo Amorim:** Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNIRIO. Professor Assistente Nível II no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Roraima - UFRR.

**Raquel Mendes Celedônio:** Enfermeira Saúde Mental HUB/UnB-EBSERH. Membro da Comissão de Humanização HUB/UnB-EBSERH. Especialista em caráter de Residência Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva pela ESP-CE. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pelo PPCCLIS/UECE.

**Regina Lúcia Sucupira Pedroza:** Psicóloga, mestre e doutora em psicologia pela UnB. Professora Associada do instituto de psicologia. Professora nos programas de pós graduação PGPDE/IP e PGPDH/CEAM.

**Renata Oliveira Maciel dos Santos:** Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Tecnologista em C&T do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva do Ministério da Saúde (INCA/MS).

**Renato Cabral Rezende:** Professor Adjunto do Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas (LIP) da Universidade de Brasília (UnB).

Graduado em Letras e Jornalismo, é Doutor em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), com período como visiting scholar na Universidade da Califórnia Berkeley (EUA).

**Ronay de Lucena Santos:** Estudante de graduação do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília (UnB). - Faculdade de Ceilândia, e bolsista da Diretoria de Atenção à Saúde da Comunidade Universitária.(DASU).

**Rosana Aquino Guimarães Pereira:** Doutora em Saúde Pública, Médica epidemiologista e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/ISC-UFBA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/IMS/UFBA). Linha de pesquisa: avaliação da efetividade de intervenções e políticas públicas de saúde.

**Rosane Senna Salles:** Antropóloga e Médica veterinária, Doutoranda em Saúde Coletiva (UFBA), Mestre em Antropologia (UFPE), Pesquisadora do NUSP/UFPE. Membro do núcleo de comunicação do GT PSDS da ABRASCO. Pesquisadora e técnica da RPMS.

**Rosemary da Rocha Fonseca Barroso:** Nutricionista e Especialista em Tecnologia de Alimentos (UFPA). Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde e Doutora em Saúde Pública (UFBA). Docente Adjunta (ENUTR/UFBA). Linha de pesquisa: Alimentação para Coletividades na perspectiva da Promoção da Saúde.

**Sarah Lais Rocha:** Enfermeira. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde na Amazônia (PPGESA). Professora do Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade do Estado do Pará – UEPA.

**Saulo Rodrigues Filho:** Geólogo pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Doutor em Ciências Naturais pela Universitat Heidelberg, Alemanha. Pós-Doutorado em Estudos Ambientais pela University of California, Santa Cruz e University of California, Merced e em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília. Mestre em Geociências pela



Universidade Federal Fluminense. Professor Associado do Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade de Brasília.

**Shawn Smith:** Obteve seu Mestrado em Administração de Empresas pela Universidade de Oxford em 2010 como Skoll Fellow em Empreendedorismo Social. Ele é co-fundador e Diretor do Centro de Inovação Social RADIUS, assim como Professor Adjunto da Beedie School of Business e Diretor de Inovação Social da Universidade Simon Fraser.

**Sidnei Rinaldo Priolo Filho:** Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Forense da Universidade Tuiuti do Paraná.

**Sílvia Furtado de Barros:** Psicóloga, especialista em psicologia hospitalar e da saúde e especialista em psicoterapia em intervenção em crise e prevenção do suicídio. Chefe da Unidade Psicossocial do HUB-UnB-Ebserh.

**Silvia Renata Lordello:** Psicóloga, Pedagoga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.

**Simone Argentino:** Enfermeira. Mestre em Ensino e Saúde na Amazônia. Professora Auxiliar do Curso de Bacharelado em Medicina da Universidade do Estado do Pará - UEPA.

**Socorro Freire:** Assistente social sanitária, Doutora em Saúde Pública (FIOCRUZ/PE), Mestre em Serviço Social (UFPE), Diretora e pesquisadora do NUSP/UFPE, membro dos núcleos de formação e de advocacy do GT PSDS da ABRASCO. Atual coordenadora da RPMS (pelo NUSP/UFPE).

**Suely Sales Guimarães:** Doutora em Psicologia pela University of Kansas, mestre e graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília. Pesquisadora Colaboradora Senior na Universidade de Brasília.

**Thiago Drumond Moraes:** Pós-doutorado pelo Departamento de Ergologia da Aix-Marseille Université, França. Doutor em Psicologia Social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGP-UFES).

**Vanessa Oliveira Tavares:** Mestre em Linguística pela UnB. Revisora de textos da Secretaria de Comunicação (Secom) da Universidade de Brasília (UnB).

**Virgínia Turra:** Psicóloga. Doutorado em Psicologia da Saúde pela Universidade de Brasília (2012). Pós-Doc na área da Saúde em interface com Religião/Espiritualidade (2015). Instrutora em formação pelo Mindfulness Centre of Excellence (UK) e Iniciativa Mindfulness (Brasil), no modelo BMT.

**Zelma Freitas Soares:** Psicóloga, graduada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.

O livro é resultado de um processo de trabalho colaborativo entre a Associação Brasileira de Pesquisa em Prevenção e Promoção da Saúde (BRAPEP), a Associação Brasileira da Rede Unida e o Grupo Temático de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT PS & DS - ABRASCO). Os artigos foram selecionados por meio de uma Chamada Pública de Manuscritos (nº 06/2019), com a temática “Interfaces entre Promoção da Saúde e Prevenção: Análises Conceituais e Empíricas Centradas em Políticas Públicas”. O resultado do processo de submissão e avaliação de manuscritos levou à adaptação da ênfase temática inicial para o título atual. A obra fortalece redes de pesquisa e o aprofundamento de temas e investigações. É formada por 16 capítulos, que foram organizados em seis seções: Diálogos Inter-regionais; Diálogos com o Norte; Diálogos com o Nordeste; Diálogos com o Centro-oeste; Diálogos com o Sudeste e Diálogos com o Sul. É notável, em cada uma destas seções, a robustez e relevância social das práticas e pesquisas, fortemente alicerçadas em metodologias qualitativas, articuladas a diferentes temas transversais e eixos operacionais da promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde, bem como a movimentos e políticas diversas. Dentre os movimentos, destacam-se o Movimento por Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis; Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais; e o Movimento das Universidades Promotoras de Saúde. Dentre as políticas, incluem-se a Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, Política Nacional de Assistência Social, Política Nacional de Educação Ambiental e Política Nacional de Humanização.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[editora.redeunida.org.br](http://editora.redeunida.org.br)



ISBN 978-65-87180-24-3



9 786587 180243