

CAPÍTULO 4

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

Data de aceite: 01/11/2023

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

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

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

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

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

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

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

Os pontos centrais salientados

INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

Percurso para chegar à concepção ampliada da saúde

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

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

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

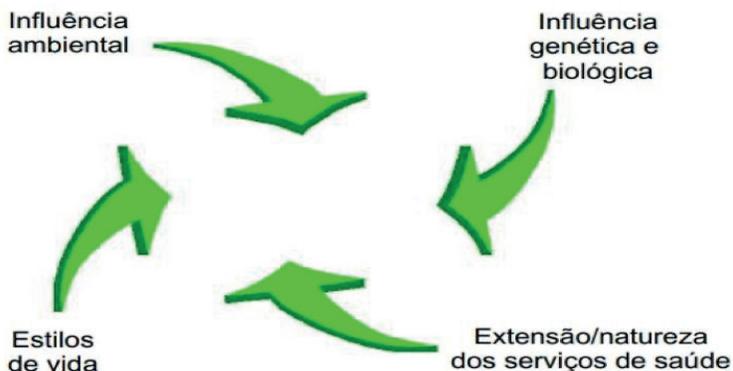
A concepção de homens e mulheres como seres biopsicossociais originou o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1948): “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (Burke, 2017).

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

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

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

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



Fonte: Lalonde (1974, p. 31).

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

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

[...] cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem **parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.** Representam **o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde** (OMS, 1978, p. 3) (grifos nossos).

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

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

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

Promoção da Saúde e a articulação com a comunidade nos territórios

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

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

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

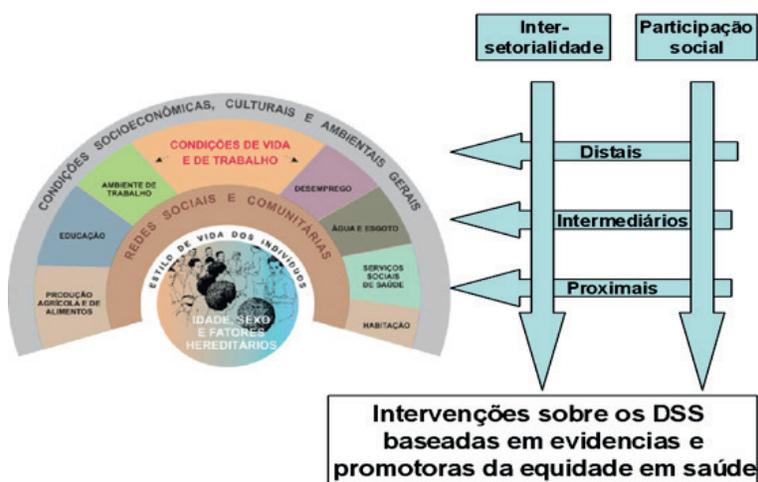
aprendizagem e ao suporte financeiro (Brasil, 2002, p. 23). Sob esse ângulo, a cidadania não é concessão, é conquista contínua no processo de construção coletiva, que passa a ter sentido nas experiências sociais do cotidiano (Costa; Ianni, 2018, p. 48).

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: Westphal (2010, p. 646).

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

Nesse sentido, “**a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global**” (Brasil, 2002, p. 20) (grifos nossos). De acordo com Terris (1992), a

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

Pré-requisitos para a saúde

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

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

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

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

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

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

Ações de promoção da saúde

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

Construindo políticas públicas saudáveis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Criando ambientes favoráveis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reforçando a ação comunitária ou ampliando espaço de participação comunitária

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

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

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

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

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

Importante aspecto desse tipo de mobilização é

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Desenvolvendo habilidades pessoais

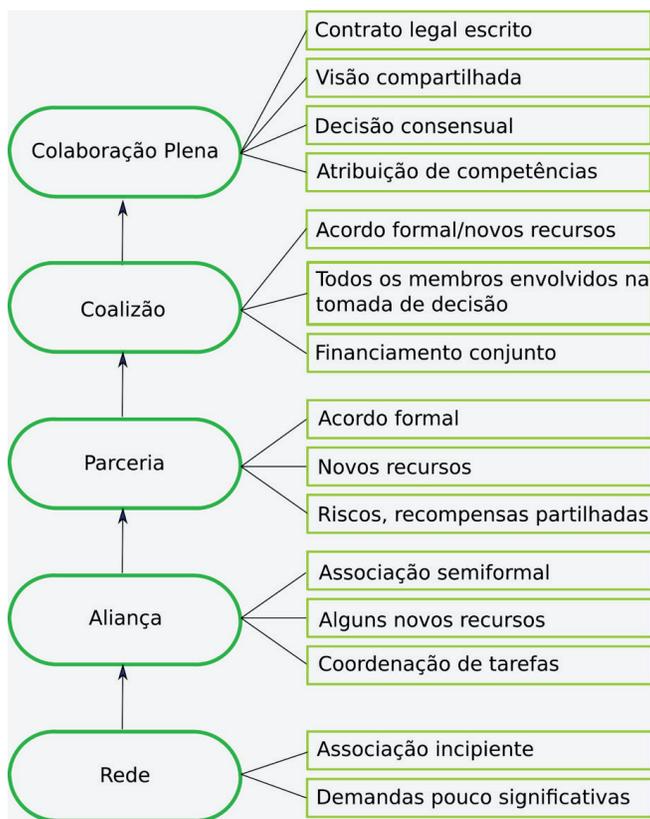
Na perspectiva da implementação de ação de PS em diferentes equipamentos públicos (microambientes), os estudantes adquirem algumas habilidades: a criatividade; a proatividade; a conexão dos conhecimentos alicerçados na concepção ampliada da saúde; a escuta ativa, qualificada e desarmada da população;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

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

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

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

Figura 4. Estágios do trabalho intersetorial



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

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

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

Reorientando os serviços de saúde

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

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

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

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

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

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

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

REVOGADA

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

ALBUQUERQUE, Olga M. R.; MARTINS, Alberto M.; MODENA, Celina; e CAMPOS, Helena. Percepção de estudantes de escolas públicas sobre o ambiente e a alimentação disponível na escola: uma abordagem emancipatória. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, 604-615, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sh7HyPZ6zXmbQTMpFmKwVWP/?format=pdf&lang=pt>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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