



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI- UFCA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL  
SUSTENTÁVEL

**DIONES GOMES DA SILVA**

**A INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E O DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO  
CAMPO DE PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO ODS 3**

CRATO  
2019

**DIONES GOMES DA SILVA**

**A INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E O DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO  
CAMPO DE PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO ODS 3**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri, como requisito para a obtenção de Mestre.

**Área de Concentração:** Sociedade, Estado e Desenvolvimento Regional Sustentável

**Linha de Pesquisa:** Saúde e qualidade de Vida

**Orientadora:** Dra. Francisca Laudeci Martins Souza

**Co-orientador:** Dr. Francisco Elizaudo de Brito Junior

CRATO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Cariri  
Sistema de Bibliotecas

---

- S578i Silva, Diones Gomes da.  
A interface da saúde coletiva e o desenvolvimento sustentável: o território da atenção básica à saúde como campo de práticas para o fortalecimento do ODS 3/ Diones Gomes da Silva. – 2019.  
152 f.: il.; color.; enc.; 30 cm.  
(Inclui bibliografia p.16-28).
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Cariri, Centro de Ciências Agrárias e Biodiversidade, Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável, Crato, 2019.  
Área de concentração: Desenvolvimento Regional Sustentável.
- Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Laudeci Martins Souza.  
Co-orientação: Prof. Dr. Dr. Francisco Elizauo de Brito Junior.
1. Desenvolvimento sustentável. 2. Saúde Coletiva. 3. Vigilância em saúde. 4. Atenção básica a saúde. I. Título.

CDD 363.7

---

Bibliotecário: João Bosco Dumont do Nascimento – CRB 3/1355

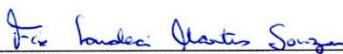
**DIONES GOMES DA SILVA**

**A INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E O DESENVOLVIMENTO  
SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO  
CAMPO DE PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO ODS 3**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri,  
como requisito para a obtenção de Mestre.

Apresentado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Conceito obtido: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**



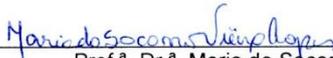
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Francisca Laudeci Martins Souza

Universidade Federal do Cariri - UFCA/ Universidade Regional do Cariri –  
URCA  
*Orientadora*

Prof. Dr. Francisco Elizaudo de Brito Junior  
Universidade Regional do Cariri – URCA  
*Coorientador*



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Adriana de Alencar Gomes Pinheiro  
Universidade Federal do Cariri – UFCA  
*1º Membro  
Interno*



Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Maria do Socorro Vieira Lopes  
Universidade Regional do Cariri – URCA  
*2º Membro  
Externo*



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS E DA BIODIVERSIDADE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL SUSTENTÁVEL

## DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que a aluno **DIONES GOMES DA SILVA**, matrícula nº **401871**, defendeu dissertação intitulada **"A interface da saúde coletiva e o desenvolvimento sustentável: O território da atenção básica à saúde como campo de práticas para o fortalecimento do ODS 3"**, no dia 22 de fevereiro de 2019, recebendo a menção de **"APROVADO"**, pelo que firmamos a presente declaração.

Crato-CE, 22 de fevereiro de 2019.

Prof. Dr. Francisco Roberto de Azevedo  
Coordenador do Proder  
Siape 1548701

***Dedico este trabalho,***

*A Deus, que sempre foi a luz do meu caminho e a lâmpada para os meus pés.*

*A meus pais que com sua humildade me ensinaram que o estudo era a única herança que podiam me deixar em vida.  
AMO VOCÊS!*

*Às R1(residentes) Beatriz Calixto, Jaqueline Medeiros, Paloma Bezerra, Carolina Dutra, Juliana Barreto. Obrigado pelo apoio e a paciência.*

## **AGRADECIMENTOS**

### **A Deus.**

*O Teu amor cobre as minhas fraquezas e a tua fidelidade é maior do que todos os obstáculos na minha vida. Obrigado, Deus!*

### **A minha família.**

*Não é só pela vida que vocês me deram que eu devo agradecer. É também por me terem inculcido todos os valores que achavam importantes e por me tornarem na pessoa que sou hoje.*

### **Aos colegas e amigos.**

*“Nalber Sigian” nunca terei como agradecer-lhe pelo apoio que você me ofereceu em um momento em que eu tanto precisei!  
As R1 (Beatriz, Paloma, Juliana, Carolina, Jaqueline) obrigado por tudo!  
Lídia, Ayrles, Jair, Larisa, amigos do mestrado para vida!  
“É um privilégio quando temos ao nosso lado pessoas tão maravilhosas como vocês”.*

### **A equipe da ESF MISERICÓRDIA.**

*Muito obrigado pelo apoio e participação na pesquisa, em especial agradeço a Ana Lígia por sua paciência comigo e aos ACS's pelo carinho, que Deus os proteja sempre.*

### **A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.**

*Agradeço a toda equipe da residência por possibilitar a realização dessa pesquisa, em especial a prof<sup>a</sup>. Alissan Karine, obrigado.*

### **Ao meu coorientador.**

*Prof. Elizauo (Naldo) eu tenho uma profunda admiração pelo senhor, uma pessoa de energia maravilhosa, muito obrigado por tudo e por acreditar em mim.*

### **A minha orientadora (Dona do Cariri).**

*“Quanto tempo dura o eterno?”*

*Prof<sup>a</sup>. Laudeci, não tenho palavras para expressar qual a sua representatividade na minha vida, me tornei seu admirador desde o primeiro dia de aula e não bastando a admiração por sua personalidade, o destino me colocou sobre seus cuidados acadêmicos. Sou fruto de mulheres fortes, é com orgulho que coloco seu nome na minha biografia de vida. Obrigado por tudo!*

## ***Deixe-me passar***

*Quando o desespero bater e quando o medo te impedir de lutar. Quando a dúvida aparecer e a saudade decidir te visitar. Quando parecer que não tem mais forças para prosseguir. Quando tudo parecer injusto e sem sentido. Deixe-me passar, quando o que você mais ama for brutalmente tirado de você, quando for obrigado a se despedir sem ter a chance de dizer um último adeus, quando os seus sonhos parecerem mais distantes. Deixe-me passar, quando aquela pessoa decidir que não quer mais fazer parte da sua vida, quando aquela outra, que você tanta confiava, te apunhalar pelas costas, quando aquele relacionamento, que você acreditou ser eterno, se transformar em uma mágoa. Deixe-me passar que eu te aponto o caminho. Deixe-me passar que, lá na frente, tudo isso fará sentido. Deixe que eu passe e leve essa dor que tanto te machuca, esse medo que te assombra, essa frustração por ainda não ter conquistado o futuro que sempre sonhou. Eu passo e te levo em meus braços. Eu passo e todo o resto há de passar também. Hoje você chora por uma flor e, logo mais a frente, eu lhe entrego um jardim inteiro. Porque eu sei qual é o seu caminho e para onde deve ir. Eu sei também de todos os espinhos que enfrentou até aqui. Sei que ainda chora escondido e, muitas vezes, sorri sem ter vontade. Eu sei e, se aceitar vir comigo, deixaremos tudo isso para trás. Acalma a sua alma e confie em mim. Entenda que, lá na frente, tudo vai se encaixar. Deixe-me passar, porque eu sou o seu melhor remédio, o seu maior amigo, trago todas as explicações e posso cicatrizar as suas feridas. A sabedoria não vem senão por mim. Quem me controla é um ser supremo e, por isso, eu nunca erro o traçado. Tire a sua angústia e ansiedade do caminho e deixe a passagem livre para que eu faça o que sei de melhor. Deixe-me passar, porque eu sou o tempo e, em mim, você pode confiar.*

**Rafa Magalhães**  
**@precisavaescrever**

## RESUMO

SILVA, Diones Gomes da. **A INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO CAMPO DE PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO ODS 3.** 2019. 168f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento Regional Sustentável) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável. Universidade Federal do Cariri. 2019.

A reorientação das práticas de saúde através das lentes do desenvolvimento sustentável e da saúde coletiva requer uma nova conduta profissional, aniquilando a postura biomédica para dar espaço a práticas a partir da integralidade do cuidar. A Estratégia de Saúde da Família configura-se como um meio capaz de reorganizar os serviços de saúde no território a partir do conhecimento dos determinantes sociais que afetam a qualidade de vida e impede o bem-estar da população. É nessa ótica que o ODS 3 surge como estratégia de vigilância em saúde para fortalecer o bem-estar individual e coletivo no território por meio de ações integradas. O objetivo dessa pesquisa foi identificar a interface dos processos de trabalho em vigilância a saúde com o desenvolvimento sustentável no âmbito da atenção básica para o fortalecimento do ODS 3 no território. Para esta pesquisa adotou-se uma abordagem metodológica do tipo qualitativa de caráter exploratório através de uma pesquisa-ação. O estudo aconteceu no Município do Crato-CE na Estratégia de Saúde da Família da Misericórdia do Bairro Seminário. Participaram da pesquisa os residentes do ano 1 (R1) do programa de residência Multiprofissional em Saúde coletiva – URCA, membros da equipe da ESF e usuários do serviço e lideranças de bairro. Foram realizadas três oficinas temáticas que permitiu identificar por meio da análise do Discurso do Sujeito Coletivo o conhecimento dos sujeitos da pesquisa sobre a interface do desenvolvimento sustentável com os processos de trabalho em saúde, conhecer as fragilidades e potencialidades ESF misericórdia no âmbito do ODS 3 com a construção da matriz FOFA e a elaboração do modelo FPEEEA de determinantes e planejamento para o fortalecimento do ODS 3 no território. O estudo mostrou que os sujeitos da pesquisa compreendem que os processos de trabalho desenvolvidos pela ESF misericórdia favorecem o desenvolvimento sustentável na comunidade por meio das ações de prevenção e promoção da saúde, acolhimento humanizado e

parcerias institucionais. As fragilidades apontadas são oriundas das falhas na gestão pública da saúde e, as potencialidades evidenciadas foram a associação do bairro, a chegada do PRMSC na ESF, os profissionais capacitados e envolvidos nas ações de promoção da saúde. A construção da matriz FPEEEA elencou indicadores de causa/efeito correspondente a diminuição da qualidade de vida e das condições de saúde, interferindo no fortalecimento do ODS 3 no território. Percebe-se que as ações de promoção da saúde desenvolvidas na ESF misericórdia pelo profissionais e residentes de saúde coletiva em parceria com a associação dos moradores, criam espaços no território para as dimensões do desenvolvimento sustentável, porém, o apoio da gestão pública da saúde coloca em risco os esforços para o fortalecimento da vigilância em saúde no âmbito do ODS 3.

**Descritores:** Desenvolvimento sustentável. Saúde Coletiva. Vigilância em saúde. Atenção básica a saúde.

**ABSTRACT**

SILVA, Diones Gomes da. **THE COLLECTIVE HEALTH INTERFACE AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT: THE TERRITORY OF BASIC HEALTH CARE AS A FIELD OF PRACTICE FOR STRENGTHENING ODS 3.** 2019. 168f. Dissertation (MSc in Sustainable Regional Development) - Postgraduate Program in Sustainable Regional Development. Federal University of Cariri. 2019.

The reorientation of health practices through the lens of sustainable development and collective health requires a new professional conduct, annihilating the biomedical posture to give space to practices from the integral care. The Family Health Strategy is a means capable of reorganizing health services in the territory based on the knowledge of the social determinants that affect the quality of life and impedes the well-being of the population. It is in this perspective that ODS 3 emerges as a strategy of health surveillance to strengthen individual and collective well-being in the territory through integrated actions. The objective of this research was to identify the interface of work processes in health surveillance with sustainable development within the scope of basic care for the strengthening of ODS 3 in the territory. For this research was adopted a methodological approach of the qualitative type of exploratory character through an action research. The study was carried out in the Municipality of Crato-CE in the Family Health Strategy of the Mercy of the Seminary, the residents of year 1 (R1) of the Multiprofessional residency program in collective health - URCA, members of the ESF team and users service and neighborhood leaders. Three thematic workshops were held to identify the subjects' knowledge about the interface of sustainable development with health work processes, and to identify the fragility and potentialities of ESF mercy in the scope of ODS 3 the construction of the FOFA matrix and the elaboration of the FPEEEA model of determinants and planning for the strengthening of ODS 3 in the territory. The study showed that the research subjects understand that the work processes developed by the ESF mercy favor sustainable development in the community through actions of prevention and health promotion, humanized shelter and institutional partnerships. The weaknesses pointed out are due to the failures in public health management, and the potentialities evidenced were the association of the neighborhood, the arrival of the PRMSC in the ESF, the professionals trained and involved in health promotion actions. The construction of the FPEEEA matrix

listed cause / effect indicators corresponding to a decrease in quality of life and health conditions, interfering with the strengthening of ODS 3 in the territory. It is noticed that the actions of health promotion developed in the ESF mercy by professionals and residents of collective health in partnership with the association of the residents, create spaces in the territory for the dimensions of sustainable development, however, the support of public health management places efforts to strengthen health surveillance under ODS 3.

**Keywords:** Sustainable development. Collective Health. Surveillance in health. Basic health car.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 – Ações desenvolvidas pelos residentes na ESF Misericórdia ano 2018.....</b>	<b>35</b>
--	-----------

<b>Tabela 2 – Visualização dos objetivos com seu procedimento metodológico.....</b>	<b>52</b>
---	-----------

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Quadro 1 – Os 17 Objetivos do desenvolvimento sustentável – Agenda 2015 a 2030.....</b>	<b>70</b>
<b>Quadro 2 – Erradicar a Pobreza e Promover a Prosperidade em um Mundo em Transformação: Ações do Brasil para o cumprimento das metas dos ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14 e 17 entre os anos de 2015 a 2017.....</b>	<b>73</b>
<b>Quadro 3 – Ações propostas para atuar sobre o efeito da diminuição da qualidade de vida das pessoas e as condições de saúde da ESF Misericórdia aos indicadores que compõem o modelo FPEEEA.....</b>	<b>133</b>
<b>Figura 1 – Mapa da territorialização da área de abrangência da ESF Misericórdia no ano de 2017.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 2 – Fluxograma do caminho metodológico baseado em Thiollent (2009) Pessoa (2010), Rocha (2016) e Baldissera (2001).....</b>	<b>43</b>
<b>Figura 3 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.....</b>	<b>87</b>
<b>Figura 4 – Matriz FOFA /ESF Misericórdia.....</b>	<b>122</b>
<b>Figura 5 – Matriz FPEEA da ESF Misericórdia.....</b>	<b>125</b>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
------------------------	-----------

<b>1.</b>	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>23</b>
<b>1.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>23</b>
<b>1.2</b>	<b>Cenário da Pesquisa – O território como campo de prática para fortalecimento do ODS 3.....</b>	<b>26</b>
1.2.1	O Município.....	26
1.2.2	O território em específico: O seminário.....	28
1.2.3	O Equipamento de Saúde: A Estratégia de Saúde da Família da Misericórdia.....	31
1.2.4	O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva.....	37
<b>1.3</b>	<b>Sujeitos da Pesquisa.....</b>	<b>40</b>
<b>1.4</b>	<b>Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....</b>	<b>42</b>
1.4.1	<i>Fase 1 exploratória</i> - Primeira Oficina temática: A interface entre o desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde.....	44
1.4.2	<i>Fase 2 Tematização</i> – Segunda oficina temática: As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do ODS 3.....	47
1.4.3	<i>Fase 03 Ação</i> - Oficina temática: Matriz ecossistêmica como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território.....	48
<b>1.5</b>	<b>Análise dos Dados.....</b>	<b>49</b>
<b>1.6</b>	<b>Aspectos Éticos.....</b>	<b>53</b>
<b>2.</b>	<b>BASES TEÓRICAS CONCEITUAIS DA PESQUISA.....</b>	<b>54</b>
<b>2.1</b>	<b>2.1 Desenvolvimento Sustentável: Os Caminhos para a transformação do nosso mundo.....</b>	<b>54</b>
2.1.1	A trajetória do conceito de desenvolvimento sustentável.....	54
2.1.2	ODM e ODS: aproximações e distanciamentos.....	64
<b>2.2</b>	<b>A Saúde Coletiva: história e conceitos.....</b>	<b>79</b>
<b>2.3</b>	<b>Os Determinantes Sociais da saúde, a Estratégia Saúde da Família e os processos de Vigilância em Saúde para o fortalecimento do ODS 03.....</b>	<b>84</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCURSÕES.....</b>	<b>92</b>
<b>3.1</b>	<b>Breve caracterização dos informantes do estudo.....</b>	<b>92</b>
<b>3.2</b>	<b>Primeira Oficina temática: A interface entre o desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde.....</b>	<b>92</b>
3.2.1	Café com Prosa: Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).....	92
3.2.1.1	Percepção sobre a expressão desenvolvimento sustentável.....	93
3.2.1.2	Compreensão da relação saúde e desenvolvimento sustentável.....	96
3.2.1.3	Percepção das ações de importância para desenvolvimento sustentável no trabalho da ESF.....	101

3.2.1.4	Ações desenvolvidas na ESF Misericórdia que contribuem para o desenvolvimento sustentável.....	102
<b>3.3</b>	<b>Segunda oficina temática: As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do ODS 3.....</b>	<b>109</b>
<b>3.4</b>	<b>Oficina temática: Construção da matriz ecossistêmica FPEEEA como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território.....</b>	<b>123</b>
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>135</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>145</b>
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Informado.....	149
	APÊNDICE C – Roteiro da oficina Temática 1.....	150
	APÊNDICE D – Instrumento da Oficina Temática 2 - As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do 3 ODS.....	151
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>152</b>
	ANEXO A – Declaração de anuência da instituição co-participante.....	153
	ANEXO B – Anuência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri.....	154
	ANEXO C – Modelo do formulário de Instrumento de Análise do Discurso 2..	155
	ANEXO D – Parecer consubstanciado do CEP.....	157

## INTRODUÇÃO

O entendimento do processo saúde-doença tem evoluído ao longo dos anos a partir de uma visão multifatorial na qual a dinâmica de atuação do setor saúde reconhece o estado de bem-estar de uma sociedade como o resultado de ações de promoção e prevenção investidas em um território através da vigilância em saúde, interferindo nos modos de agir e pensar de um indivíduo que passa a ser compreendido em sua integralidade (PORTO, 2017).

É a partir da evolução do conceito de saúde que surge um novo campo de prática chamada de saúde coletiva, que investiga o processo saúde-doença através dos determinantes sociais em saúde, fortalecendo a participação coletiva dentro de um território com vistas à manutenção da qualidade de vida. Ela parte do pressuposto que os sujeitos envolvidos nesse processo coletivo estão em total sinergia com ambiente, criando oportunidades e resolvendo conflitos através da participação social, adotando como principais estratégias as ações políticas, a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento, o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes favoráveis à saúde (PAIM, 2006).

Ao longo dos anos a saúde coletiva tem desenvolvido uma forte crítica ao modelo de saúde biomédico centrado exclusivamente na doença e na saúde pública (modelo da educação sanitária, de cunho liberal-individualizante no que concerne às práticas de prevenção), essa nova forma de pensar saúde traz um conceito focando o processo saúde-doença como resultante da interação do indivíduo com fatores sociais, políticos, ambientais e econômicos que determinam diretamente a qualidade de vida (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Enquanto campo de conhecimento, a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações, investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social, analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais e, procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e se organiza para o enfrentamento dos problemas de saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A saúde coletiva resgata as principais propostas sociais que investiga os fatores determinantes e condicionantes de saúde através de iniciativas

multidisciplinar, sendo pensada em ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) que constituem uma prática social e trazem consigo as influências do relacionamento dos grupos sociais. Esse movimento da saúde coletiva enriquece a compreensão sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença incorporando o social no pensamento sanitário (PAIM & ALMEIDA FILHO, 1998; CAMPOS, 2000).

Albuquerque e Silva (2014), entende o significado de saúde ultrapassa o *estar vivo*, tornando-se muito claro que depende não somente da regularidade anatomofuncional do corpo, mas também da possibilidade de apropriação daquilo que a humanidade produziu.

Os produtos humanos aos quais o autor supracitado se refere e dos quais necessitamos para nos objetivarmos incluem: alimentos, moradia, educação, meio ambiente, transporte, serviços de saúde, hábitos ou estilos de vida, entre outros, denominados de 'determinantes sociais de saúde (DSS) que constitui um dos objetos de ação da saúde coletiva.

Os DSS estão vinculados aos comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como à macroestrutura econômica, social e cultural. Seriam os "fatores sociais, econômicos, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população gerando as iniquidades" (BRASIL, 2008).

Buss e Pellegrini Filho (2007), apontam três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde, onde a primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e mais atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades.

O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BUSS E PELLEGRINI FILHO, 2007).

No Brasil DSS estão expressos na Constituição Federal 1988 quando se afirma que a saúde é um direito fundamental sendo expresso no título destinado

à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, no seu Art. 6º, se estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (BRASIL, 1988).

A Lei orgânica do SUS 8080/90 orientada sobre os princípios da solidariedade e universalidade expressa em seu art. 3º o nível de saúde através da organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Para o alcance dos níveis de saúde expresso na Lei Orgânica do SUS a vigilância em saúde exerce o papel organizativo dos processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes ações de intervenção (promoção, prevenção, atenção), fincada em seus três pilares estratégicos: os problemas de saúde, o território e a prática intersetorial. O espaço de onde se origina a noção de território pode exercer importante papel na organização das práticas de vigilância em saúde (MONKEN & BARCELLOS, 2005).

No território que buscamos os valores sociais e culturais para a construção de uma estratégia de valorização da vida, é nesse espaço que acontece a interação dos processos econômicos e das políticas sociais de direito fundamental, ampliando a visão das comunidades para o futuro e a transformação crítica da sua consciência, impondo um novo pensamento do mundo para transformar suas más condições em favor da vida (RIGOTTO; AUGUSTO, 2006).

O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. A territorialização consiste em uma ferramenta para organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada. No entanto, essa estratégia, muitas vezes, reduz o conceito de espaço, utilizado de uma forma meramente administrativa, para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando-se o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de

propostas de intervenção (MONKEN; BARCELLOS, 2005; FARIA E BORTOLOZZI, 2016).

Nessa perspectiva da transformação do território que o desenvolvimento sustentável dialoga com os determinantes sociais da saúde, e foi através de uma visão coletiva entre países que a Organização da Nações Unidas (ONU) apresentou os caminhos para alcançar a dignidade nos próximos 15 anos. O diálogo foi travado para a construção da agenda de desenvolvimento pós-2015 com os 17 objetivos do desenvolvimento (ODS) norteando as ações até 2030, esses objetivos espelham os fatores sociais que mais afligem a coletividade e favorecem o desencadeamento do processo saúde- doença enfraquecendo as relações sociais do território (ONU, 2017).

Dentre as temáticas em foco, o compromisso com a saúde e o bem-estar está expresso no Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 03 (ODS 03) que em sua redação assegura uma vida saudável e promove o bem-estar para todas e todos, em todas as idades. O ODS 03 instiga a busca por promoção da qualidade de vida através de ações ecossistêmicas de vigilância a saúde no território e que dentre elas, tem-se destaque para a redução da mortalidade materna e neonato, acabar com epidemia de AIDS, tuberculose e arboviroses e combater doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis (ONU, 2017).

É nessa ótica que a vigilância a saúde e seu processo de promoção da saúde interagem fortemente com as premissas do desenvolvimento sustentável, sendo expressa na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS (portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014), que considera a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, ambiental, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2014).

A inserção do desenvolvimento sustentável dentro de um território parte de uma abordagem ecossistêmica onde o processo saúde doença deve ser entendido como resultante da multicausalidade, esse pensamento é clarificado pelo entendimento de que sistemas complexos interagem com vários outros sistemas e níveis, não havendo separação entre os seus componentes, torna-se

necessário considerar o território como um sistema social dinâmico, com uma diversidade de elementos inter-relacionado (ROCHA, 2016).

É partindo do pensamento ecossistêmico que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), configura-se como um meio capaz de reorganizar os serviços de saúde no território, de compartilhar responsabilidades, estabelecer vínculos com a população, desenvolver laços afetivos, fazendo um acompanhamento contínuo dos seus ciclos de vida, estimulando a participação social e a co-responsabilidade entre os sujeitos para manutenção da saúde, com vistas, não somente nos processos biológicos, mas também, no meio ambiente em que se vive.

A reorganização contínua dos serviços de saúde só é possível por meio da análise de indicadores de saúde que fornecem informações com enfoque ecossistêmico para o desenvolvimento de intervenções que produzam melhoria da qualidade de vida no território, permitindo o acompanhamento dinâmico da realidade, servindo para os gestores como ferramentas essenciais no processo de tomada de decisão e para a sociedade, como instrumentos importantes ao controle social (SOBRAL; FREITAS, 2010).

A construção de indicadores a partir do enfoque ecossistêmico, permite o conhecimento da interação entre questões sociais, ambientais, políticas e de saúde em um território. Para que isto aconteça, é necessário a utilização de modelos que consigam relacionar essa complexidade, gerando indicadores que possibilitem a formulação de ações a partir do efeito das atividades humanas na saúde.

Recentemente a utilização do modelo Força Motriz-Pressão-Estado-Exposição-Efeito-Ação - FPEEEA, tem ajudado a OMS a identificar os impactos na saúde, decorrentes das intensas mudanças sociais, econômicas e ambientais. O modelo vem sendo muito utilizado na Vigilância em Saúde Ambiental no âmbito do SUS (SOBRAL et al., 2011).

No tocante aos estudos voltados para a saúde coletiva e sua inter-relação com o desenvolvimento sustentável, o modelo – FPEEEA se torna ferramenta importante para o conhecimento da cadeia de relações entre as atividades humanas, exposição e efeitos sobre a saúde e como devem ser pensadas ações que favoreçam a saúde e o bem-estar no território.

Não basta somente conhecer a magnitude dos fatores de causa/efeito que interfere na saúde humana, a complexidade dos problemas de saúde requerem conhecimentos além dos fatores biológicos e patológicos não concebendo mais a prática profissional isolada como parte fundamental para o cuidado em saúde. É nessa perspectiva que o ensino-serviço multiprofissional surge uma prática contra hegemônica da formação de um profissional de saúde, permitindo o entendimento do processo de saúde-doença através da multicausalidade e interdisciplinaridade aliando a teoria e a prática para resolução de problemas a partir da vivência no território (PRMSC, 2017).

Portanto, o profissional de saúde possui um grande desafio diante da complexidade ecossistêmica das práticas de saúde dentro do território, para que aconteça de fato os processos de vigilância em saúde, que por sua vez, favorecem o fortalecimento do ODS 3.

É notório o aparecimento do conceito de desenvolvimento sustentável nas literaturas de saúde, bem como o seu aparecimento em documentos legais que norteiam a prática de promoção da saúde, porém o conhecimento dos profissionais sobre como o desenvolvimento sustentável interage com o processo saúde- doença e fortalece a saúde coletiva no âmbito da atenção básica é deficitário, refletindo no sujeito enquanto coletivo.

A dinâmica viva do território possibilita a construção de processos para a promoção da saúde a partir de ações de saúde coletiva que interagem com as dimensões do desenvolvimento sustentável. Torna-se de grande relevância conhecer os processos de trabalho em saúde no âmbito da estratégia de saúde família com foco na vigilância em saúde para o fortalecimento do ODS 3. Ressalta-se que a construção da matriz FPEEEA nessa pesquisa, permitirá traçar ações que possam atuar sobre os determinantes que impeçam o alcance do ODS.

Essa pesquisa teve como disparador conhecer os processos de trabalho em saúde com o olhar direcionado para o desenvolvimento sustentável e afunilado pelo 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) na comunidade da misericórdia, território de prática de uma equipe multiprofissional em saúde coletiva.

A partir desses pensamentos temos a seguinte inquietação: Como a Estratégia de Saúde da Família com o apoio do Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde Coletiva contribui para o fortalecimento do 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável no território da comunidade da Misericórdia?

Diante disso, para dar conta dessa inquietação traçamos como objetivo geral: Identificar a interface dos processos de trabalho em vigilância a saúde com o desenvolvimento sustentável no âmbito da atenção básica para o fortalecimento do ODS 3 no território. Especificamente traçamos os seguintes objetivos: estudar a relação entre o desenvolvimento sustentável e a saúde coletiva, na sequência identificar o conhecimento dos atores sociais do território sobre a interface entre desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde, identificar as fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do 3 ODS, e por último elaborar a matriz ecossistêmica como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território.

Como pesquisador, a realização desse trabalho foi um grande desafio e ao mesmo tempo enriquecedor. Por fazer parte do grupo de residentes, tenho a oportunidade por meio do ensino-serviço de ressignificar a minha prática profissional através da imersão nos fundamentos da saúde coletiva e no entendimento dos processos ecossistêmicos de saúde-doença no território da ESF Misericórdia.

Os esforços resultaram na presente dissertação que para atingir os objetivos propostos elaboramos quatro seções que descrevem o caminho metodológico, em seguida debate os aspectos conceituais do desenvolvimento sustentável e a saúde coletiva, apresentamos e discutimos os resultados com o olhar voltado para o desenvolvimento sustentável sob os processos de trabalho em saúde que favorecem o fortalecimento do ODS 03 no território de atuação da ESF e, por último, imprimimos as nossas considerações finais sobre o desenvolvimento da pesquisa, respondendo a pergunta de partida.

## **1. CAMINHOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de setembro a dezembro do ano de 2018 na Estratégia Saúde da Família (ESF) Misericórdia que possui 07 (sete) micro-áreas, com aproximadamente 1.116 famílias adscritas e tem como

sede a Unidade de Saúde Dr. Fabio Pinheiro Esmeraldo no bairro seminário no município do Crato-Ce. No seu entorno, até meados de 2015 a 2016 a degradação ambiental e a ocupação indevida eram fatores preocupantes, pois colocava em risco a saúde de diversos moradores da localidade. Esse cenário foi reduzido com o projeto de revitalização urbanística da Encosta do Seminário, porém não solucionado em sua totalidade (SOARES et al., 2017).

A escolha do bairro seminário e especificamente a ESF misericórdia como cenário para o desenvolvimento da pesquisa se justifica devido o pesquisador ser integrante do grupo de residência lotado na área e por ter interesse em realizar uma pesquisa-ação, bem como o território apresentar determinantes sociais de saúde que impactam o processo ecossistêmico de saúde-doença da comunidade.

### **1.1 Tipo de estudo**

Para essa pesquisa foi adotado uma abordagem metodológica do tipo qualitativa de caráter exploratório. Para Gil (2006; 2009) a pesquisa exploratória acontece quando se buscam percepções e entendimentos sobre a natureza geral de uma questão, desenvolve, esclarece e modificam conceito e ideias de maneira espontânea, auxilia na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

A abordagem qualitativa escolhida para o estudo se detém sobre os elementos não mensuráveis (valores, ideias, percepções, representações, ideologias, entre outros), tornando-se essencial para o enriquecimento teórico-metodológico dos estudos que buscam desenvolver um processo avaliativo no intuito de encontrar, informações e opiniões imbricadas nas falas dadas pelos sujeitos da pesquisa (FELICIANO, 2010).

Esse tipo de pesquisa responde a questões muito particulares, a pesquisa qualitativa se preocupa, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2008).

O desenho desse estudo é o método da pesquisa-ação. Tripp (2005) reconhece a pesquisa-ação como um dos inúmeros tipos de investigação-ação, que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela. Planeja-se, implementa-se, descreve-se e avalia-se uma mudança para a melhora de sua prática, aprendendo mais, no correr do processo, tanto a respeito da prática quanto da própria investigação.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. Torna-se necessário definir com precisão, qual ação, quais agentes, seus objetivos e obstáculos, qual exigência de conhecimento a ser produzido em função dos problemas encontrados na ação ou entre os atores da situação (THIOLLENT, 2005).

Uma pesquisa pode ser qualificada como pesquisa-ação quando houver realmente uma ação por parte das pessoas implicadas no processo investigativo, visto partir de um projeto de ação social ou da solução de problemas coletivos e estar centrada no agir participativo e na ideologia de ação coletiva. A pesquisa-ação exige uma estrutura de relação entre os pesquisadores e pessoas envolvidas no estudo da realidade do tipo participativo/ coletivo. A participação dos pesquisadores é explicitada dentro do processo do “conhecer” com os “cuidados” necessários para que haja reciprocidade/complementariedade por parte das pessoas e grupos implicados, que têm algo a “dizer e a fazer”. Não se trata de um simples levantamento de dados (BALDISSERA, 2001).

A Pesquisa-ação não deve ser confundida com outros métodos participativos cujas características e finalidades são diferentes, como no caso de técnicas de planejamento, monitoramento ou avaliação. A principal vocação da pesquisa-ação é principalmente investigativa, dentro de um processo de interação entre pesquisadores e população interessada, para gerar possíveis soluções aos problemas detectados. Do inter-relacionamento entre pesquisadores e atores no processo de pesquisa-ação, associado a um espaço de interlocução, resulta uma construção do conhecimento para a qual é

necessário apreender a dimensão cultural, as diferenças de linguagens, posturas sociais, percepções e interpretações. (THIOLLENT e SILVA, 2007).

A pesquisa ação tem como princípio gerador a identificação de um problema que promove inquietação, com vistas à elaboração de uma solução em coletivo. Em qualquer modelo de pesquisa-ação, a participação não é encarada com naturalidade, pois é desencadeada a partir da existência do problema, para o qual o pesquisador deverá prever formas de lidar com sua complexidade e cujo objetivo é encontrar meios ou propiciar condições em conjunto, através da participação gradativa de todos os sujeitos que dela participarem (FRANCO, 2014).

De acordo com Rocha (2016) para esse tipo de pesquisa necessita-se de uma sequência de passos, os quais envolvem uma ação cíclica de coleta de dados, análise de dados, planejamento das ações, implementação das ações e avaliação das mesmas, bem como de técnicas e dinâmicas de grupo para trabalhar com a dimensão coletiva e interativa na produção do conhecimento e programação da ação coletiva. O pesquisador então necessita aproximar-se da realidade, conhecê-la, apropriar-se do fenômeno em coletivo, posteriormente entender o problema em questão e criar proposta para solucioná-lo, de forma que após implementar as ações para superação do problema seja avaliado a nova realidade após a intervenção.

A autora supracitada salienta que, nesta fase de exploração do campo da pesquisa, poderá haver mudança nos objetivos, a partir da participação dos sujeitos no processo, pois, o processo de pesquisa-ação é flexível, podendo sofrer alterações de acordo com as circunstâncias.

Uma pesquisa-ação para que seja participativa, supõe que as pessoas estejam em condições e capacitadas, para que a participação seja efetiva é necessário criar espaços de participação, como metodologia de pesquisa e de ação cria espaços onde as pessoas participam do projeto de atuação organicamente estabelecido, além disso, deve ser proporcionado as pessoas, os instrumentos e a capacitação necessária para saber como participar. Não se trata do “direito à participar”, mas da capacidade para poder participar efetivamente (BALDISSERA, 2001).

## **1.2 Cenário da Pesquisa – O território como campo de prática para fortalecimento do ODS 3.**

### **1. 2.1 O Município**

O município de Crato, situado ao sul do Ceará, a 504 km da capital do Estado, com área 1009,202 Km<sup>2</sup> e população estimada para 2017 de 131.372 habitantes, distribuídos 20.515 habitantes na zona rural e 100.916 na zona urbana (IBGE, 2010). O município localiza-se no sopé da Chapada do Araripe, na microrregião do Cariri, fazendo parte da região metropolitana do Cariri juntamente com as cidades de Barbalha e Juazeiro do Norte. Limita-se ao norte, com os municípios de Caririaçu e Farias Brito; ao sul, com o município de Barbalha e o estado do Pernambuco; a leste, com os municípios de Barbalha, Juazeiro do Norte e Caririaçu; e a oeste, com os municípios de Nova Olinda, Santana do Cariri e o estado do Pernambuco. O Crato possui uma grande reserva florestal sendo integrante da Área de Proteção Ambiental-APA da Chapada na Floresta Nacional do Araripe, conta com inúmeras fontes de água e uma vasta fauna e flora (IPECE, 2017).

Segundo Oliveira Filho e Mitidiero Junior (2014), foi em meados dos anos de 1700 que foi atribuído o nome Crato a cidade, por missão do Miranda (movimento missionário dos Frades Capuchinhos de Recife), naquela época era uma região com predominância de populações indígenas da chamada tribo Kariris. O seu desenvolvimento é fruto do processo de industrialização e urbanização que gerou sérios problemas decorrentes de um desenvolvimento periférico e desigual fruto da expansão do capital e da reestruturação produtiva, destaca-se também, que a expansão da cidade ao longo do tempo se deu através da Igreja que consolidou suas práticas na região.

O município do Crato possui uma população de 13.412 habitantes em extrema pobreza, uma taxa de cobertura de água urbana de 97,26% e de esgotamento sanitário de 32,75% (IPECE, 2017). A cidade é conhecida por suas belezas naturais, cultura e religiosidade, sendo atrativo turístico por estar no roteiro da fé que traz devotos do Padre Cícero de todos os estados do Brasil. Além disso, recebe um grande contingente de estudantes devido a Universidade Regional do Cariri, o Campus do Instituto Federal de Educação, Ciência e

Tecnologia do Ceará, e o campus da Universidade Federal do Cariri e outras instituições particulares de ensino superior, médio e fundamental.

Segundo o IPECE (2017) o sistema de saúde composto por 70 unidades de saúde ligadas ao SUS, sendo destas 49 públicas e 21 privadas. O município possui 02 hospitais filantrópicos conveniados ao SUS. Conta com 03 Centros de referências especializados, 01 Centro de Zoonoses, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS III e AD) 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 centro de infectologia e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em fase final de construção. Possui ainda com o Laboratório Central de Saúde (LACEN), e mais 04 laboratórios de análises clínicas conveniados ao SUS.

A Atenção Primária à Saúde se constitui através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se caracteriza como porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde. É composta de 28 Unidades Básicas de Saúde e 43 Equipes de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura da ESF 90.92%, possui 184 Agentes Comunitários de Saúde, 28 equipes de saúde bucal segundo dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) de novembro de 2018, além de 03 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) tipo 1, 01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) e 01 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP). Devido à estruturação desta rede, a cidade é um município pólo de referência regional a treze outros municípios de pequeno e médio porte e ainda atrai demandas de outros estados limítrofes (DAB, 2018).

É através da Central de regulação localizada no município de Juazeiro do Norte que a população tem acesso a serviços mais complexos que não estão disponíveis no município obedecendo o fluxo de referência e contrareferência.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 16.59 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.8 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 56 de 184 e 110 de 184, respectivamente (IBGE, 2018).

### 1.2.2 O território em específico: O seminário

Localizado na parte alta do município, o bairro Seminário é o maior e mais populoso, seu relevo é marcado pela encosta do seminário, permitindo visibilidade aos demais bairros do município e ao vale do Cariri, está situado na colina entre o Rio Granjeiro e o Rio Batateira. Possui esse nome devido a presença do Seminário São José, fundado em 07 de março de 1875, sendo patrimônio cultural e arquitetônico da cidade e segundo o IBGE, em 2009, estima-se que sua população passou à 30.000 habitantes. Sua origem está diretamente ligada ao crescimento econômico vivenciado pelo município e seu processo de urbanização, materializando-se na fundação do primeiro estabelecimento de ensino superior do interior nordestino, bem como na exclusão socioespacial e na ocupação desordenada (PROEMA, 2014).

Segundo Oliveira Filho e Mitidiero Junior (2014) a história do processo de construção do bairro é marcada por movimentos de lutas sociais pela moradia. Foi no período das décadas de 1980 e 1990, que houve uma maior ascensão das comunidades de base na luta pelos direitos da população pobre da cidade, acarretando quatro momentos de ocupação de territórios pertencentes ao Estado e/ou a Diocese da cidade do Crato. As casas construídas através das ocupações em sua grande maioria eram de taipa, localizando-se primeiramente atrás do seminário São José em um campo que era uma antiga área de posse da Diocese do Crato, sendo ocupada por 700 famílias nos anos de 1990, e posteriormente várias famílias foram se acomodando em outras áreas consideradas de risco e insalubres.

Ainda mencionando o autor supracitado o bairro seminário é formado por várias comunidades que foram surgindo ao longo da história de ocupação, a configuração espacial é constituída por várias comunidades dentro do perímetro urbano como podemos destacar: Vulcão, Vitoria Nossa, Novo Crato, polivalente, misericórdia e dentre outras.

Além das ocupações territoriais, um outro marco histórico foi a chegada da indústria de Calçados Grendene no bairro Seminário em 1996, gerando emprego e renda para a população do entorno da fábrica e de outras cidades circunvizinhas, aumentando a população flutuante do bairro e evidenciando impactos ambientais e na qualidade de vida das pessoas. Com a indústria surge a necessidade de pavimentação das principais ruas e a criação de uma linha de ônibus intermunicipal e municipal mantida até os dias atuais.

Segundo Ceará (2005) o Plano Diretor Municipal escrito em 2005 e ainda não revisado nos dias atuais, o bairro é considerado predominantemente residencial, de média densidade e desenho urbano precário, possui comércio eventual do tipo misto. A inadequada infraestrutura básica e social confere a poluição ainda nos dias atuais um ambiente insalubre e inseguro sendo um dos pontos mais fortes de reclamação da população devido ao grande número de casos policiais sobre a ingestão de álcool e uso de drogas ilícitas.

O bairro contava com reduzidos espaços para o lazer coletivo, praças e áreas verdes, o seu entorno, a degradação ambiental e a ocupação indevida em áreas de risco foram por muito tempo pauta das agendas de discussão de representantes de bairro e agentes políticos, pois colocava em risco a vida de diversos moradores da localidade, principalmente os residentes próximos às zonas atingidas pela erosão das águas de chuvas e esgotos.

A zona mais acidentada era conhecida popularmente como o “buraco do Vulcão”. No âmbito do Projeto Cidades do Ceará – Cariri Central, a Secretaria das Cidades do Governo estadual do Ceará propôs um projeto executivo de recuperação ambiental e urbanização do bairro proposta que se adequava com o Plano de Requalificação Urbana de Município do Crato – PRU/Crato, elaborado em 2005, resultante da revisão e atualização do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Municipal, em vigência desde 2000.

A urbanização foi articulada entre o Governo do Estado do Ceará, Banco Mundial e a Prefeitura Municipal no ano de 2015, desenvolveram um projeto de revitalização, com serviços de terraplanagem, muros de arrimo, drenagem e pavimentação do sistema viário, iluminação, contenção da encosta, projetos hidrosanitários, além da instalação de equipamentos públicos. O projeto permitiu a melhoria territorial da geografia urbana, transformou a área da encosta em um espaço público de lazer coletivo, retirou famílias que antes viviam em áreas de risco e vulnerabilidade social, dando-lhes uma nova moradia e chamou a atenção dos órgãos públicos de assistência social para mitigar o problema da violência e do uso de álcool e drogas na comunidade através do apoio as associações de bairro (SOARES et al., 2017; PROEMA, 2014).

A população tem acesso a creches, Centro de Educação de Jovens e Adultos -EJA, também a escolas públicas estaduais de nível fundamental e médio, além de escolas particulares de ensino infantil e fundamental. O Bairro

possui 03 unidades de saúde que são: o Centro Comunitário César Cals - CEMIC, o Posto de Saúde Fabio Pinheiro Esmeraldo e a Unidade de Saúde Parque São José que contam com equipe multiprofissional de saúde.

Um equipamento público que se destaca com suas ações é o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do Seminário. É responsável pelos serviços socioassistenciais para os moradores em situação de vulnerabilidade e com risco social, incluindo toda a famílias em diversos atendimentos como cursos profissionalizantes, capacitações diversas, e inserção no mercado de trabalho.

A força dos movimentos criados durante o processo de ocupação do bairro persiste até hoje através das associações de moradores do bairro Seminário que somam um total de 11 (onze) cadastradas na Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (SMTDS). Esses grupos organizados tem a finalidade de reivindicar a gestão municipal melhoria dos serviços públicos para a comunidade, ajudar as pessoas carentes e em situação de risco, buscar parcerias público-privada a oferta de cursos, incentivar a abertura de microempreendimentos para a geração de empregos e renda e subsidiar o processo de desenvolvimento sustentável do bairro.

Ao caminhar pelo bairro seminário percebe-se a predominância de uma população carente de baixa renda, atualmente as residências são pequenas e aglomeradas, construídas de alvenaria e possuem água encanada e em sua grande maioria com fossa séptica, mas com deficiente sistema público de esgotamento sanitário. A existência de pequenas mercearias, lojinhas populares de confecção em geral, oficinas mecânicas, lava-chato, farmácia, academia, salões de beleza, pontos de lanche frente as residências, pequenas lanchonetes e inúmeros bares movimentam a renda da população.

As praças públicas existentes no bairro, o calçadão da encosta do seminário, os salões das associações que são palco para as apresentações dos grupos de danças, os campos de poeira, as quadras cobertas e o campo do Crato Esporte Clube são equipamentos de lazer e reinserção social. Nesses locais acontecem as atividades dos grupos de idosos, capoeira, grupos de mulheres e a pratica de exercício físicos com a orientação de profissionais da secretaria de saúde, de esporte e da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA.

De acordo com Proema (2014), o bairro ainda possui locais de visitação que recebem turistas e moradores como: o Seminário são José que no mês de março realiza a festa do padroeiro São José com noites de novena; a casa e terreiro do Mestre Raimundo Aniceto (Banda Cabaçal dos Irmãos Aniceto) sendo considerados a banda de pífanos mais antiga do Nordeste.

Os processos de luta e resistência enfrentados pelos moradores do bairro seminário para sua constru o, o torna um patrim nio cultural do município do Crato, apresentando uma popula o de baixa renda, com graves problemas de segurança, infraestrutura e de saúde, o bairro consegue seguir firme na luta para melhoria das condi es de vida da popula o através das associa es que tentam mudar a realidade das famílias por meio do acolhimento dos mais vulneráveis.

### 1.2.3 O Equipamento de Saúde: A Estratégia de Saúde da Família da Misericórdia

A Política Nacional de Aten o Básica (PNAB) caracteriza a Unidade Básica de Básica de Saúde (UBS) como um estabelecimento dotado de estrutura física e de profissionais qualificados para a presta o de a es e serviços de aten o básica sendo consideradas espaços de educa o em saúde, forma o de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inova o e avalia o para a Rede de Aten o em saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

  nesse contexto que a Unidade Básica de Saúde ou como a popula o do bairro Seminário costuma chamar o "Posto de Saúde" Dr. Fábio Pinheiro Esmeraldo, localizado na Travessa Barbalha, no Bairro Seminário,   um equipamento de saúde que visa assegurar a popula o a efetiva o dos princípios e diretrizes do SUS, proporcionando assistência   saúde e o acesso de 2.116 famílias a RAS.

  sede para a ESF do seminário I e para a ESF Misericórdia, a ambiência da UBS Dr. Fábio Pinheiro Esmeraldo mesmo estando nitidamente precisando de reforma estrutural, pode ser considerada satisfatória quando comparada a outras UBS do município. Sua estrutura atende   alguns requisitos especificados na PNAB como: Recep o que não possui grades, identifica o dos serviços existentes, horários de funcionamento, rampas para o acesso de pessoas com

necessidades especiais e sinalização de fluxos. Porém, não apresenta conforto térmico e acústica satisfatória, não favorece a interação profissional e as relações interpessoais, dificultando a atenção acolhedora para os usuários devido a estrutura física ter sido adaptada para as duas ESF's.

A UBS conta com dois consultórios de enfermagem, dois consultórios médicos, um consultório odontológico para dois profissionais de saúde bucal, recepção, serviço de prontuário de paciente, farmácia, sala de aerossol, sala de vacina, sala de marcação de exames, sala de reunião, sala de prevenção, sala de curativo, sala de esterilização de materiais, almoxarifado, cozinha, banheiros para usuários e profissionais.

Além dos 28 profissionais de saúde de nível médio e superior que desempenham suas funções, a UBS é referência para a formação em saúde. Recebe estagiários de cursos técnicos e de graduação de enfermagem, e é cenário de prática para cursistas da residência em saúde coletiva e do PET-Saúde da URCA, garantindo a integração do ensino-serviço-comunidade.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso aos serviços de saúde e a sua resolutividade como preconizado na PNAB, após o processo de territorialização da área adstrita da UBS Dr. Fábio Pinheiro Esmeraldo, uma parte da população foi adscrita para ser acolhida pela ESF misericórdia. A equipe atende cerca de 1.116 famílias, com 07 microáreas de abrangência e uma área descoberta.

A equipe é formada por 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 auxiliar de enfermagem, 01 Auxiliar de Saúde Bucal, 07 ACS, 01 motorista e 01 médico vinculado ao programa mais médico.

Segundo relatos das ACS's responsáveis pelas microáreas de abrangência da ESF, a comunidade do Misericórdia recebeu esse nome devido sucessivos assassinatos entre famílias rivais que residiam na rua Diógenes Frazão. Esses episódios de violência fizeram com que a população nomeasse a área como forma de apelo aos crimes ocorridos. Vale destacar que existe uma rejeição da comunidade em aceitar este nome, sendo necessário um estudo mais aprofundado na história de criação da comunidade.

É uma área proveniente do processo de ocupação habitacional, composta de fatores de risco sociais, demográficos e ambientais. Ao caminhar na área observa-se que as moradias em sua maioria, são construídas em alvenaria com

cobertura de telha vermelha, não existindo um distanciamento entre uma casa e outra. A Figura 01 mostra o mapa de territorialização da área, percebe-se a presença de estabelecimentos comerciais (mercantil, bares, lojas de serviços em geral, armazéns e outros), espaços de lazer, associação de moradores, escolas e creches públicas e particulares, ponto de ônibus e vários terrenos baldios que causam desconforto a população com a presença de lixo e vetores.

De acordo com o formulário auto-referido de cadastramento do E-SUS AB revisados no ano de 2018 a maioria dos domicílios são casas e seus responsáveis possuem a posse da terra, são dotados de energia elétrica, o abastecimento de água é por rede encanada, a água para consumo é filtrada, porém, algumas residências ainda à consomem sem tratamento.

O saneamento da área é precário, sendo predominante o uso de fossa séptica nas residências, o tipo de acesso aos domicílios é pavimentado e algumas ruas o chão é batido. O lixo gerado é coletado pelo serviço de limpeza pública, mas, a população ainda detém o hábito de depositá-lo em terrenos baldios acarretando insalubridade dessas áreas.

Quanto a renda das famílias a média é de um salário mínimo para o sustento de 4 ou mais pessoas por habitação, caracterizando uma área de baixa renda, a fonte financeira dessas famílias em sua grande maioria advém dos aposentados e pensionistas ou exclusivamente do bolsa família. Nos relatos de cadastramento observa-se um grande número de pessoas que não estão inseridos no mercado de trabalho e possuem nível de escolaridade baixo.

Com relação as condições de saúde da comunidade, o e-SUS aponta que grande parte da população faz uso de álcool constantemente, o uso de drogas ilícitas também é presente na comunidade, doenças crônicas como diabetes, hipertensão arterial é prevalente. A tuberculose e hanseníase ainda possuem seu papel de destaque no painel de indicadores das doenças infectocontagiosas, mesmo com todos os esforços do ministério da saúde para sua erradicação.

**FIGURA 01 – Mapa da territorialização da área de abrangência da ESF Misericórdia no ano de 2017**



equipamento social possui um espaço que é destinado ao desenvolvimento de cursos de capacitação, reforço escolar, atendimento clínico com psicólogos, e ainda é um ponto de apoio para a ESF misericórdia, que realiza no local diversas atividades de educação em saúde e atendimento matricial com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Diante do exposto, fica claro o grande desafio que a ESF Misericórdia enfrenta para prestar assistência em saúde à essa população socialmente vulnerável. Os problemas de saúde são os mais diversos e o seu território é complexo e dinâmico, o ensino-serviço através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC), é uma forte aliada nos processos de trabalho da ESF, sendo cenário de prática de uma equipe multiprofissional de residentes que envolve enfermeiro, biólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, educador físico, esses profissionais desempenham atividades de saúde visando a melhoria da qualidade de vida dos usuários e ao mesmo tempo aprimoram sua prática profissional.

Os seis residentes do PRMSC desenvolvem atividades organizados nos seguintes eixos norteadores conforme tabela 01.

**TABELA 01: Ações desenvolvidas pelos residentes na ESF Misericórdia ano 2018.**

<b>EIXO NORTEADOR</b>	<b>AÇÕES</b>	<b>OBJETIVO DA AÇÃO</b>
<b>Atenção em Saúde</b>	Projeto Gestaçã saudável	Proporcionar a ampliação do escopo na atenção ao pré-natal e puerpério.
	Jardim Medicinal	Implantar estratégias alternativas na terapia dos usuários, cultivando plantas medicinais, a fim de resgatar cultura popular tradicional.
	Projeto cuidando do cuidador	Ressignificar as práticas de saúde através do fortalecimento das relações profissionais.

	Projeto saúde integrativa de promoção da saúde	Orientar práticas que favoreçam a qualidade de vida dos usuários da ESF
	Projeto Terapêutico Singular -PTS	Propor condutas terapêuticas articuladas para melhoria da saúde de um determinado caso clínico
<b>Educação em saúde</b>	Projeto Girassol: Empoderamento, saúde e autoestima	Realizar educação em saúde de acordo com as demandas dos usuários e frequentadores da ACOHAF.
	Brigadas contra arboviroses	Levar informação a população sobre as arboviroses
<b>Gestão em saúde</b>	Territorialização, georreferenciamento e classificação de risco.	Conhecer o território adstrito da ESF utilizando tecnologias de informação geográfica e classificar o risco familiar para a construção da sala de situação das condições de saúde da comunidade
<b>Controle social</b>	Fomentar o controle social na comunidade	Implantar o grupo de mobilização para melhoria da saúde através do controle social

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

Em parceria com os 07 Agentes Comunitários de Saúde os residentes percorrem as microáreas de abrangência da ESF realizando o processo de territorialização (Figura 02) e simultaneamente a esse processo, é produzido o georreferenciamento através dos *softwares SW Maps e Google Earth*, a fim de visualizar, de forma ampla, a realidade do território.

As famílias são visitadas rua por rua e através dos dados coletados nos questionários auto-referidos do E-SUS AB do Ministério da Saúde, é feita a classificação do risco familiar em baixo; médio; alto e altíssimo risco. A partir do processamento dos dados e a geração de informações, são elaborados gráficos que retratam a realidade do território e posteriormente alimenta a sala de

situação. Essa atividade permite mostrar a equipe de saúde do Misericórdia quais são os problemas que afetam a qualidade de vida da população, permitindo a equipe pensar em ações estratégicas.

#### 1.2.4 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

A formação em saúde frequentemente é considerada como uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de aproximar-se das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. É de fundamental importância articular as instituições de ensino, a gestão da saúde, os serviços de saúde e a comunidade para a troca de conhecimento, contribuindo para a consolidação do SUS (BISCARDE et al., 2014).

É nessa perspectiva que no ano de 2016 foi celebrado o convênio entre a Universidade Regional do Cariri, Secretaria de Saúde do Município do Crato e a 20ª Coordenadoria Regional de Saúde do Crato para implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva através do financiamento do Ministério de Educação.

De acordo com o projeto pedagógico do curso – PPC da RMSC o governo do Estado do Ceará tem como diretriz, na área de educação em saúde, aprimorar o processo de formação dos profissionais, considerando os preceitos do SUS, de modo a “desenvolver uma compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos de trabalho” (PRMSC, 2016).

Nesse sentido a rede de saúde do município do Crato atua como uma escola prática e teórica de saúde através de uma abordagem transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional. Alinhando-se aos pressupostos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de acordo com PPC, o PRMSC pretende:

*“O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pretende agregar esforços para maior qualificação dos serviços pela oferta de ações em saúde, mas também de processos de formação em saúde a serem inseridos na rede de atenção em saúde. Além disso, a construção e exequibilidade do programa de residência leva em conta o reconhecimento das necessidades locais regionais*

*presentes no cotidiano e que interferem diretamente na qualidade de vida da população.” (PRMSC, 2016 p. 09).*

O PPC foi construído dando ênfase a problemática das arboviroses, que é incidente na região do Cariri, sendo registrados um elevado número de Óbitos por complicações do Dengue, surtos de casos de febre Zika e aumento do número de casos de crianças com microcefalia. É diante desse cenário que PRMSC pretende formar profissionais sanitaristas para atuarem no manejo da vigilância a saúde através da saúde coletiva, potencializando o conhecimento e transformando a qualidade de vida das comunidades.

Programa tem como objetivo capacitar profissionais da área da saúde do ponto de vista ético, político e técnico-científico para atuarem no campo da saúde coletiva assegurando os princípios do SUS e o atendimento das reais necessidades de saúde da população (PRMSC, 2016).

O programa possui área de concentração na saúde coletiva, sua área temática é Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade / Saúde Coletiva, tem duração de 24 meses com uma carga horária semanal de 60 horas. As categorias profissionais envolvidas são biologia, enfermagem, educação física, nutrição, farmácia e fisioterapia.

O campo de prática se concentra no desenvolvimento de ações nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Belmonte, Vila alta, Seminário e Parque Recreio em Crato, nos serviços de gestão e educação permanente da secretaria de saúde municipal e da 20ª Coordenadoria Regional de Saúde do Crato. Os residentes ainda têm a oportunidade de vivenciar práticas relacionadas a vigilância em saúde no Hospital e Maternidade São Camilo e Hospital Regional do Cariri e através do estágio eletivo de duração de máxima de dois meses em outras instituições.

Por se tratar de uma formação teórico-prática, os discentes participam de momentos teóricos que acontecem na URCA, como também desenvolvem momentos práticos dentro da universidade, nos laboratórios e no Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Servidor (NIAS), prestando atendimento clínico e educativo para a melhoria da saúde dos trabalhadores da URCA e de alunos da residência universitária.

Em dois anos de existência a residência já acumula reconhecimento da sua produção científica em eventos nacionais. O programa desenvolveu uma modelagem ecossistêmica para vigilância em saúde na atenção básica, por meio da territorialização, classificação de risco familiar e construção de matrizes e indicadores, que podem ser utilizadas para subsidiar o planejamento e a tomada de decisão dos gestores da saúde.

Simultaneamente ao processo de territorialização é realizado o georreferenciamento com o *SW Maps* que é um aplicativo de smartphone que coleta dados do Sistema de Informação Geográfica (SIG), de acordo com a latitude e longitude do local, no qual a tecnologia dura utilizada se encontra. Os dados referentes ao SIG são exportados para o *Google Earth*, onde são processados, atribuindo-lhes informações relacionadas à classificação de risco.

Logo após, são exportados dados do formulário do e-SUS AB para uma planilha do Microsoft Excel, pré-estruturada com scores relacionados aos riscos socioeconômicos e clínicos. Este instrumento classifica as famílias em: sem; baixo; médio; alto e altíssimo risco. A partir desses indicadores pode ser construído a sala de situação de cada micro-área e através de uma oficina temática com a participação de diversos atores, é produzida a matriz FPEEEA (OMS) (Força; Pressão; Estado/situação; Exposição e Efeito).

Percebe-se que o PRMSC foi desenhado para formar profissionais de excelência na área da saúde coletiva, despertando a capacidade crítica e o comprometimento com os princípios e diretrizes do SUS, prestando um atendimento humanizado, integral e resolutivo aos usuários. Visa desenvolver também, a habilidade do trabalho interdisciplinar, e a compreensão científica da sua categoria profissional perante o setor saúde.

A proposta de qualificação de profissionais da PRMSC por meio das metodologias ativas utilizadas e dos cenários de práticas, corrobora com o pensamento de Paim (2006), que segundo esse estudioso, a saúde coletiva estar assentada em um tripé, formado por a epidemiologia, planificação e gestão e nas ciências sociais em saúde. Para ele, o trabalho em saúde coletiva deve recorrer a tecnologias centradas no coletivo, e esse profissional reconhecido como sanitarista deve desenvolver habilidades específicas não redutíveis às ciências biológicas ou da saúde com foco nas necessidades sociais da saúde.

### 1.3 Sujeitos da Pesquisa

Participaram do estudo profissionais residentes do ano 1 (R1) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri – URCA, das áreas de biologia, enfermagem, fisioterapia, nutrição, farmácia e educação física.

Também foram sujeitos da pesquisa os profissionais que integram a equipe da ESF Misericórdia tais como médico, enfermeiro, dentista, assistente de saúde bucal, Agente Comunitário de Saúde (ACS), técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e as lideranças de bairro.

Os critérios de inclusão adotados para o desenvolvimento da pesquisa foram:

- Profissionais de saúde que possuem vínculo trabalhista efetivo ou temporário na secretaria de saúde do município de Crato e encontram-se lotados na área da ESF misericórdia;
- Residentes em saúde coletiva (URCA) devidamente matriculados no programa de residência em saúde coletiva da URCA e lotados na ESF misericórdia;
- Líderes comunitários vinculados à associação do bairro, domiciliados na área adstrita da EFS Misericórdia.

Os critérios de exclusão estabelecidos foram:

- Profissionais de saúde da ESF Misericórdia que se encontravam em período de férias;
- Residentes que cursavam o ano 2 (R2) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (URCA);
- Líderes comunitários não alfabetizados ou impossibilitados de se fazerem presentes nos encontros.

Visualizou-se os seguintes riscos para os participantes desta pesquisa:

- Interferência na rotina profissional e pessoal do participante;
- Constrangimento de não saber responder as perguntas durante a discussão em grupo;
- Divergências de opiniões sobre a temática ao expor o pensamento;
- Não possuir habilidade de falar em público durante o ato do discurso grupal;

- Cansaço ou aborrecimento em participar dos momentos das oficinas;
- Desconforto ou alterações do comportamento durante as gravações;
- Quebra de sigilo e identificação do participante.

Frente a esses riscos, adotamos os seguintes cuidados como medidas para saná-los:

- Os dias e horários para a realização das oficinas foram marcados em conjunto com os participantes levando em consideração as suas dinâmicas de vida e disponibilidade;
- Esclarecemos aos participantes que não era obrigatório responder as perguntas caso não se sentissem confortáveis e seguros;
- Os mediadores dos grupos de discussão foram previamente treinados para a solucionarem conflitos que pudessem surgir durante o diálogo grupal, garantindo a ordem das falas e o direito de todos de se expressarem espontaneamente;
- Os participantes ficaram livres para formarem os grupos para discussão de acordo com suas afinidades;
- Informamos e garantimos que todos os participantes poderiam desistir de serem informantes da pesquisa em qualquer uma de suas fases e sem precisar apresentar justificativa;
- As oficinas aconteceram em um ambiente confortável e que atendessem às necessidades dos participantes;
- As perguntas norteadoras foram repetidas várias vezes para o melhor entendimento dos participantes evitando constrangimento;
- As apresentações das oficinas foram didáticas, dinâmicas, com linguagem clara, objetiva e em um curto período de tempo, evitando aborrecimento e impaciência quanto ao tema;
- Garantimos junto a secretaria de saúde e a coordenação da residência multiprofissional em saúde coletiva a liberação dos profissionais de suas atividades no turno destinado a participação da oficina;
- As falas foram gravadas sem identificação dos nomes dos participantes e somente o pesquisador teve acesso a gravação, favorecendo o sigilo;

Como benefícios aos participantes essa pesquisa ofertou novos conhecimentos acerca da temática do desenvolvimento sustentável e sua

relação com a saúde através da discussão em grupo nas oficinas, proporcionou maior interação entre profissionais, residentes em saúde coletiva da ESF misericórdia com representantes da comunidade fortalecendo os vínculos, possibilitando o reconhecimento da importância em quanto sujeito (pessoa) na busca por um mundo melhor para as futuras gerações.

#### **1.4 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

A pesquisa-ação foi adotada como desenho para esse estudo, que segundo Baldissera (2001) é entendida em sentido mais restrito, como sequência lógica e sistemática de passos intencionados, ou seja, passos com objetivos que se operacionalizam através de instrumentos e técnicas. Esta sequência lógica de passos divide-se fases, que seria um momento exploratório, um de tematização e por último, o de programação/ação.

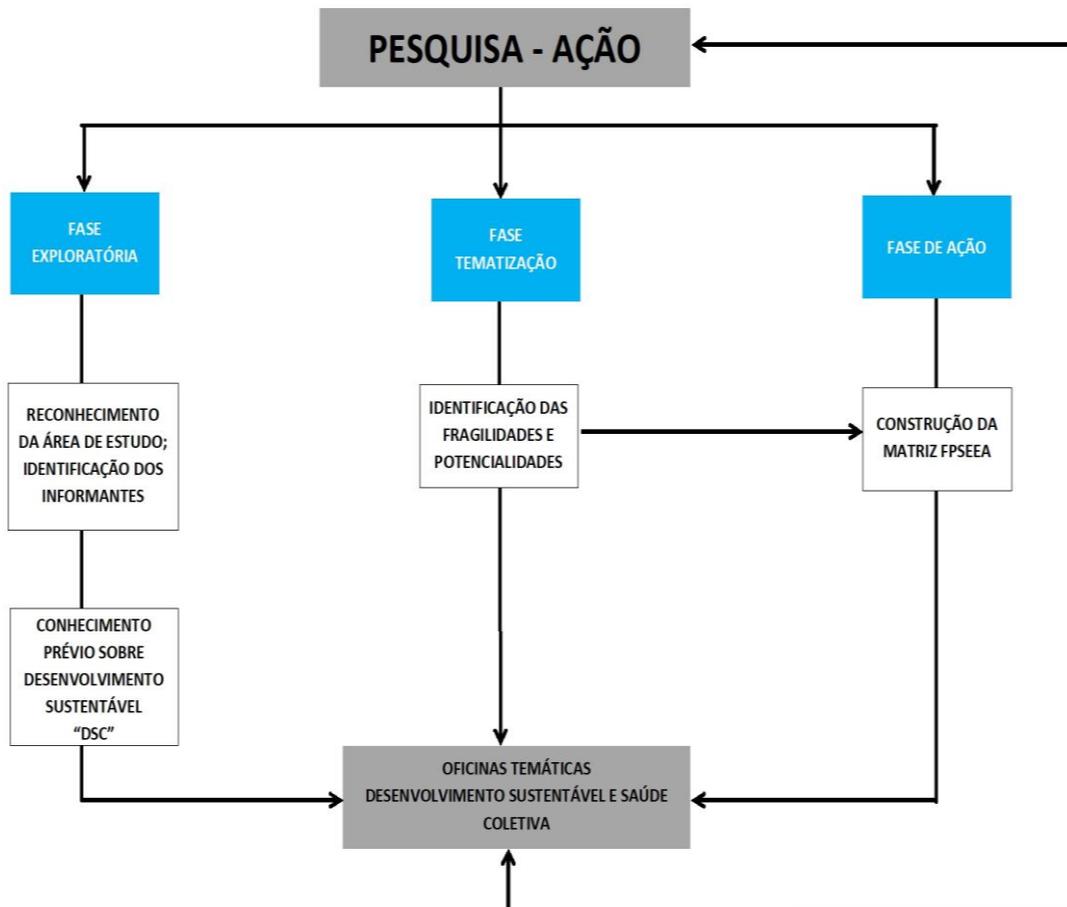
Para a execução das fases que estrutura o método da pesquisa-ação adaptamos para essa pesquisa o caminho metodológico seguido por Thiollent (2009), Pessoa (2010), Rocha (2016) e Baldissera (2001) que operacionalizaram a execução de seus estudos em momentos, fases e passos fundamentais, sendo que estes não necessariamente deveriam ser executados de forma linear, mas essa organização ajudou na condução de todo o processo de investigação, tematização e programação. Os momentos foram desenvolvidos em 3 oficinas temáticas com auxílio de roteiros criados pelo pesquisador.

Como mencionado nos objetivos da pesquisa, norteamos todas as fases com base no 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS 03) - Saúde e bem-estar, nesse sentido a Organização das Nações Unidas (ONU) propõe metas que visam assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades.

Na tentativa de estabelecer a relação existente entre o desenvolvimento sustentável e a saúde coletiva realizamos uma pesquisa na literatura existente.

A seguir detalhamos o caminho metodológico percorrido no desenvolvimento da pesquisa baseado nos escritos de Thiollent (2009) Pessoa (2010), Rocha (2016) e Baldissera (2001). A figura 2 apresenta o fluxograma com as fases da pesquisa-ação desenvolvidas nesse estudo.

**Figura 02 – Fluxograma do caminho metodológico baseado em Thiollent (2009) Pessoa (2010), Rocha (2016) e Baldissera (2001).**



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018.

1.4.1 *Fase 1 exploratória* - Primeira Oficina temática: A interface entre o desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde

a) O ponto de Partida

Como dito anteriormente o pesquisador faz parte do grupo de Residentes 1 (R1) lotados na ESF Misericórdia do Seminário. O reconhecimento da área de estudo aconteceu durante as visitas iniciais ao serviço. A enfermeira/preceptora da ESF promoveu 01 reunião de grupo com a

participação de toda a equipe de profissionais da saúde e mais 02 reuniões isoladas com os Agentes Comunitários de Saúde e com a presidência da associação de bairro a ACOHAF, possibilitando conhecer a realidade dos processos de trabalho da equipe e a interatividade com os atores sociais e a dinâmica territorial do bairro.

Nas reuniões o pesquisador manifestou o interesse de realizar uma pesquisa na ESF sobre desenvolvimento sustentável e sua interface com a saúde coletiva. Os atores da pesquisa foram identificados nesses momentos de interação de grupo. Durante a vivência do pesquisador na ESF, foram coletados dados sobre o surgimento do bairro, criação e missão da associação, equipamentos públicos existentes, problemas sociais e de saúde que mais atingem a comunidade da misericórdia. Essa fase exploratória consistiu na descoberta do campo de pesquisa, dos interessados e suas expectativas.

Ao conhecer a realidade local através dessas reuniões de grupo e do processo de territorialização e classificação de risco familiar promovido pelo PRMSC, o pesquisador sentiu-se confortável em realizar o convite aos 14 atores que foram os informantes dessa pesquisa. De acordo com a programação semanal da ESF, a data da 1º oficina temática foi agenda, ficando acordado que a data das outras duas seriam marcadas posteriormente. Encaminhamos um ofício com a cópia do projeto de pesquisa para a secretaria de saúde do município do Crato e a coordenação do PRMSC, solicitando a anuência para realização da pesquisa obtendo o deferimento (ANEXO A e B).

Foram encaminhados convites para um café com prosa aos funcionários, ACS, residentes (R1) e a presidência da ACOHAF que encaminhou para alguns membros da comunidade. Os convidados deveriam atender aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, ao todo conseguimos formar um grupo com 16 participantes atendendo ao proposto no projeto de pesquisa.

#### a) O café com prosa

Após o aceite do convite pelos sujeitos, ocorreu a primeira oficina temática na sede da ACOHAF, que foi dividida em um momento teórico e outro de discussão. Logo no início do encontro foi apresentado a proposta do projeto de

pesquisa sendo informado os benefícios do estudo e os riscos previstos ao longo do desenvolvimento da pesquisa para o participante e as medidas atenuantes.

Foi entregue duas cópias do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seguido do Consentimento Pós-Esclarecido, o mesmo foi lido e recolhido uma cópia com a autorização de participação, estando em posse do pesquisador (APÊNDICE A E B).

O momento teórico consistiu na apresentação geral sobre os conceitos e fundamentos do Desenvolvimento sustentável. Os participantes estavam dispostos em círculo, utilizou-se como recurso metodológico a apresentação em Power point, o conteúdo foi abordado de forma clara através de imagens que instigava a discussão sobre a temática. O intuito da apresentação era mostrar que o desenvolvimento sustentável fazia parte do nosso cotidiano e dos processos de trabalho em saúde através do conhecimento prévio dos envolvidos no estudo.

Para finalizar o momento teórico utilizamos recurso tecnológico de áudio e vídeo. Um vídeo em português de duração de 5 minutos produzido por United Nations System Staff College com o título “Compreendendo as dimensões do desenvolvimento sustentável” fixou a troca de conhecimento entre os participantes e pesquisador.

No segundo momento da oficina o grupo foi dividido em 3 subgrupos com um moderador em cada, responsável por conduzir a discussão e a gravação das falas, promovendo uma maior interação entre os participantes. O pesquisador pactuou entre os grupos um contrato de convivência, estabelecendo normas para o seu funcionamento. Cada informante recebeu um crachá em branco e foi solicitado que cada um escolhesse sua identificação para aquele momento, facilitando a identificação dos participantes na hora da fala e no momento de ouvir os áudios.

Previamente foram escolhidos por sorteio 03 moderadores entre o grupo de R1 lotado na ESF Misericórdia, eles receberam as instruções de como deveriam conduzir o grupo. Sua função era de assegurar que todos expressassem suas opiniões, gerenciar a ordem das falas e evitar constrangimento entre os participantes. Ressalta -se que o moderador também participou como informante no grupo.

Foi entregue a cada informante uma cópia com as seguintes perguntas norteadoras abertas: *O que você pensa /relaciona quando escuta a expressão desenvolvimento sustentável? Como você compreende a relação da saúde com o desenvolvimento sustentável? Qual importância tem o desenvolvimento sustentável para o trabalho da ESF? Na sua percepção quais são as ações desenvolvidas na ESF Misericórdia que contribuem para o desenvolvimento sustentável?* (APÊNDICE C).

As perguntas eram lidas pelos moderadores no grupo quantas vezes fossem necessárias para seu entendimento e formulação das respostas e gravadas com auxílio de um gravador eletrônico multimídia. Não foi estabelecido tempo para os discursos nos grupos.

#### 1.4.2 Fase 2 Tematização – Segunda oficina temática: As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do ODS 3

A fase de Tematização segundo Baldissera (2001), é o momento que representa a ação reflexiva na produção do conhecimento da realidade. Busca-se a compreensão crítica dos elementos que fazem parte do cotidiano da população estudada e como eles interagem entre si em âmbito social e coletivo.

A segunda oficina temática foi realizada na sede da ACOHAF, inicialmente formamos uma roda de conversa, onde avaliamos se a oficina anterior tinha sido produtiva e agregado novos conhecimentos, foi repassado uma síntese dos conceitos sobre desenvolvimento sustentável formulado pelo grupo na fase exploratória. Em seguida foi apresentado os objetivos do encontro.

Apresentação expositiva em Power point foi o recurso utilizado para dialogar sobre os 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), focando no ODS 3 – Saúde e Bem-estar, que visa assegurar uma vida saudável para todas as gerações, a partir do desenvolvimento de metas de vigilância em saúde.

Após apresentação o grupo foi dividido em 04 subgrupos, o pesquisador orientou os sujeitos quanto aos passos metodológicos que seriam seguidos para a construção da Matriz FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) conhecida também como a análise SWOT (strengths, forças; weaknesses, fraquezas; oportunities, oportunidades; e threats, ameaças). Segundo Barbosa et al., 2017 a matriz define elementos de influência no

ambiente de trabalho, estruturando-se em modelo básico para a formação de estratégias de gerenciamento.

Esse instrumento, muito utilizado no campo do planejamento e gestão, facilita a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Fortalezas e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças) de um coletivo social, permitindo a avaliação de sua estrutura, desempenhos e/ou contextos, uma vez que distingue o que é próprio (Fortalezas e Fraquezas), sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser reconhecidas. Em outras palavras, os pontos fortes distinguem-se em Fortalezas próprias e Oportunidades externas, e as fragilidades, em Fraquezas próprias e Ameaças externas (GOMIDE et al., 2015).

Os sujeitos receberam um compilado das metas estratégicas do ODS 03 preconizadas pela ONU (APÊNDICE D), em seguida foi pedido que às analisassem, e a partir disso, elencou-se fatores de Força, Oportunidade, Fraquezas e Ameaças para o fortalecimento das metas na ESF misericórdia. É importante ressaltar que, nesta etapa, o pesquisador formulou alguns passos, que estão descritos a seguir:

- **Passo 01** – Cada subgrupo elencou de 01 a 05 fatores que retratavam os quadrantes da matriz (Força, Oportunidade, Fraquezas, Ameaças);
- **Passo 02** – Após a elaboração da matriz nos subgrupos, formou-se uma plenária para a transcrição dos fatores em uma matriz maior, excluindo os que se repetiam;
- **Passo 03** – Solicitamos a plenária que realizasse uma análise crítica das fraquezas identificadas e escolhessem o fator que mais dificulta o processo de trabalho em saúde da ESF Misericórdia na promoção do bem-estar coletivo.

Seguindo o proposto por Thiollent (2009) em uma pesquisa-ação deve-se garantir o protagonismo do grupo, por isso formulou-se o passo 03, que consiste na eleição da fragilidade mais significativa para a operacionalização das metas do ODS 03. A fragilidade escolhida foi discutida na matriz FPSEEA na próxima fase da pesquisa.

### 1.4.3 Fase 03 Ação - Oficina temática: Matriz ecossistêmica como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território

O objetivo desse momento é de motivar os grupos e a população para ação, através de uma programação coerente e adequada com a realidade e de capacitação das pessoas (BALDISSERA, 2001).

Com base no diagnóstico conceitual sobre desenvolvimento sustentável que o grupo participante possui e após identificar e eleger as fragilidades e potencialidades para o atendimento do ODS 3 na ESF Misericórdia, nessa fase foi aplicado a modelagem da matriz FPSEEA (Força Motriz / Pressão / Situação / Exposição / Efeito / Ação).

A matriz FPSEEA permite uma compreensão integrada e abrangente de como “forças motrizes”, geradas por processos de desenvolvimento, resultam em “pressões” associadas ao uso intensivo de determinados recursos, que contribuem para a geração de “situações / estados que, caso ocorra “exposição” podem causar “efeitos” na saúde. Para cada uma dessas categorias e situação local específica, são construídos indicadores e propostas ações, em um procedimento que favorece uma compreensão mais integral do problema e a visualização das decisões a tomar, em cada nível de complexidade do modelo (OLIVEIRA, 2008).

O modelo conceitual foi proposto pela Organização Mundial da Saúde, para orientar a construção de indicadores de saúde ambiental e vigilância a saúde, objetiva fornecer um instrumento de entendimento das relações abrangentes e integradas entre saúde e meio ambiente, que auxilie na adoção de um conjunto de ações de promoção e prevenção, adequado à realidade estudada (CORVALÁN et al, 1996).

A oficina ocorreu na sede da ACOHAF, a matriz foi construída na parede do salão de atos da associação, utilizou-se para sua construção papel madeira, tarjetas coloridas, pinceis atômicos, fita adesiva e papel do tipo A4. Os níveis da matriz foram formados através da discussão do grupo, não cabendo ao mediador pesquisador induzi-la.

Inicialmente, foram caracterizados os componentes de força motriz, pressão, estado, exposição, efeito e ação que configuram a modelagem da

matriz. Em seguida explicou-se que a fragilidade escolhida na oficina anterior seria o componente de efeito da matriz e era a partir dele que os outros níveis seriam construídos, tendo em vista que a matriz FPEEEA estabelece uma relação de causa e efeito.

Os resultados apreendidos compuseram o *corpus* que foi transcrito para o programa *Microsoft Word* versão 2010, a exclusão de palavras repetidas foi realizada durante o agrupamento dos vocábulos na oficina.

A avaliação do momento se deu durante o processo de construção do estudo fator permitido pela transversalidade do referencial teórico-metodológico da matriz.

Por fim, para o fechamento das atividades da pesquisa, ressalta-se que haverá posteriormente à defesa da dissertação uma oficina devolutiva dos resultados obtidos, bem como a entrega do plano de ação elaborado pelos sujeitos durante a oficina, propondo estratégias a serem trabalhadas pelos profissionais da ESF, residentes e gestão da saúde municipal.

## **1.5 Análise dos Dados**

As falas registradas na primeira oficina foram transcritas na íntegra e organizadas de acordo com o modelo de análise do discurso do sujeito coletivo (DSC) proposto por Lefèvre e Lefèvre (2005), e analisadas a partir das literaturas que versam sobre o desenvolvimento sustentável.

De acordo com Figueiredo et al.,(2013) e Rocha (2016) o DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da representação social. É uma proposta de reconstituição de um ser empírico coletivo, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular, o social falando na primeira pessoa do singular é o regime natural de funcionamento das opiniões ou representações sociais.

Com base em Lefèvre; Lefèvre (2005) empregou-se as seguintes figuras metodológicas: Expressões- chaves (ECH), Idéia central (IC); Ancoragem (AC) e Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). As ECH são trechos literais do discurso que revelam a essência do depoimento, mantendo a integralidade do discurso; a IC é uma expressão linguística ou nome que descreve de maneira sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada um dos discursos e de cada conjunto

homogêneo de ECH; a AC é a manifestação linguística explícita de uma dada teoria, ideologia ou crença, não remetendo assim a uma IC; o DSC é composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC

Para a aplicação da proposta metodológica do DSC deve-se seguir alguns passos segundo Lefèvre; Lefèvre (2005). Abaixo detalhamos os passos seguidos para a tabulação dos dados:

- **Passo 1** – Formulação do Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1) (ANEXO C). Esse instrumento é composto por três colunas sendo a primeira das ECH, segunda IC e a terceira da AC. Todas as respostas referentes a cada questão serão copiadas integralmente na primeira coluna que diz respeito a ECH;
- **Passo 2** – Consiste em identificar e sublinhar as Expressões chaves, as Idéias centrais e Ancoragem. As ECH são representadas por itálico e as AC por itálico sublinhado;
- **Passo 3** – Identificar as IC e AC em cada coluna correspondente no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1);
- **Passo 4** – Refere-se à identificação e agrupamento das IC e AC de mesmo sentido ou sentido equivalente, é utilizado letras (A,B,C, etc) para etiquetar cada grupo;
- **Passo 5** – Consiste em denominar cada agrupamento criando uma ideia central ou ancoragem síntese que expresse todas as idéias centrais e ancoragens de mesmo sentido;
- **Passo 6** – Compreende à construção do DSC, onde será formulado o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2).
  - *A primeira etapa* é copiar do IAD 1 todas as ECH do mesmo agrupamento e colocá-las no IAD2.
  - *A segunda etapa* é a construção do DSC propriamente dito, é necessário sequenciar as ECH obedecendo uma esquematização de começo, meio e fim, podendo utilizar conectivos que proporcionem coesão, como: assim, então, logo, enfim.

Para a apresentação dos resultados do DSC optamos por organizar por questões com quadro-síntese com as ideias centrais.

A matriz FOFA foi organizada conforme sua metodologia em quadrantes e posteriormente as fragilidades e oportunidades foram discutidas.

A modelagem da matriz construída foi apresentada sob a forma esquemática de um quadro contendo a descrição dos pontos elencados como forças motrizes, pressões, estados, exposições, efeitos e ações, analisada em conteúdo e discutida com a literatura pertinente à temática.

A seguir um quadro com a visualização dos objetivos com seu procedimento metodológico:

**TABELA 2 – Objetivos com seu procedimento metodológico.**

<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>
Estudar a relação entre o desenvolvimento sustentável e a saúde coletiva;	Realização de pesquisa na literatura sobre a temática e a vivência do pesquisador nas oficinas
Identificar o conhecimento dos atores sociais do território sobre a interface entre desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde;	Oficina temática Discurso do sujeito coletivo (DSC) Conceito coletivo de desenvolvimento sustentável.
Identificar as fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do 3 ODS.	Oficina temática para aplicação da Matriz FOFA (Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças)
Elaborar matriz ecossistêmica como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território	Oficina temática para aplicação da matriz FPSEEA (Força Motriz / Pressão / Situação / Exposição / Efeito / Ação),

<p>Identificar a interface dos processos de trabalho em vigilância a saúde com o desenvolvimento sustentável no âmbito da atenção básica para o fortalecimento do ODS 3 no território</p>	<p>Pesquisa -ação Discurso do sujeito coletivo Matriz FOFA Matriz FPSEEA</p>
---	--

**Fonte:** Autoria própria, 2018.

## 1.6 Aspectos Éticos

Para a realização do estudo foi solicitado à secretaria municipal de saúde à emissão da anuência autorizando a pesquisa na ESF misericórdia (ANEXO A) e a anuência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA (ANEXO B).

O projeto de pesquisa foi submetido à plataforma Brasil para aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Cariri, atendendo as exigências ético-legais brasileiras da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), e a Resolução 510 do mesmo Conselho a qual dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016). O estudo foi autorizado sob o parecer consubstanciado de número 3.050.567/2018 (ANEXO D)

Os sujeitos da pesquisa passaram por apresentação explicativa acerca da pesquisa, esclarecendo a cada sujeito do estudo os objetivos, o anonimato de suas identidades e a relevância de suas participações, e, após estes esclarecimentos, aos que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A) e o termo de consentimento informado (APÊNDICE B).

## **2. BASES TEÓRICAS CONCEITUAIS DA PESQUISA**

### **2.1 Desenvolvimento Sustentável: Os Caminhos para a transformação do nosso mundo.**

#### **2.1.1 A trajetória do conceito de desenvolvimento sustentável**

A história do capitalismo nos mostra uma dicotomia entre o crescimento e desenvolvimento. O debate sobre o sentido do desenvolvimento surgiu da necessidade de discutir as evidências de que o intenso crescimento econômico ocorrido em diversos países semi-industrializados não trouxe necessariamente acesso das populações pobres a bens materiais e culturais, dificultando ainda mais a utilização de serviços essenciais como os de saúde e educação (VEIGA, 2005).

Foi depois da segunda Guerra Mundial, quando começava a guerra fria que o discurso sobre “o desenvolvimento” se inicia de fato, estabelecendo o desenvolvido-subdesenvolvido, pobre-rico, avançado-atrasado, civilizado-selvagem, centro-periferia. O mundo então passa a se reordenar para alcançar a quimera do desenvolvimento que se transformou no destino comum da humanidade, uma obrigação inegociável onde as nações mais pobres passam a ser submissas a países ditos como centrais/desenvolvidos (ACOSTA, 2016).

Para Veiga (2015) a mais de doze séculos a questão do desenvolvimento como resultante do aumento de produção é debatida e defendida por economistas que desfrutam de um grande poder de persuasão na atual sociedade contemporânea e essa força acaba por fazer esquecer que o desenvolvimento da humanidade não se restringe ao que se entende por desenvolvimento econômico, essa persuasão aniquila a expansão das liberdades humanas.

Os pensadores do mito do desenvolvimento econômico tinham uma visão quantitativa de mundo, e não davam importância a processos qualitativos históricos, culturais, sociais, ecológicos e éticos, não enxergando a real situação dos países que não conseguem acompanhar a modernidade capitalista. A combinação de exportação de bens com baixo valor agregado, explosão demográfica, e a miséria científico-tecnológica é a grande produtora de pobreza (VEIGA, 2005).

Na ilusão do progresso pelo desenvolvimento econômico não são discutidas as consequências de um crescimento exponencial do estoque de capital, sendo difundido nos países periféricos que todos podem alcançar impunemente o mesmo padrão de consumo dos países desenvolvidos que lideram a industrialização (CHACOM 2007).

Uma das características desse desenvolvimento é a divisão em classes da sociedade que versa entre a dominante formada pelos donos do capital e a proletária composta pelos trabalhadores que vendem sua força de trabalho. Essa classe é aprisionada onde passa a ser elemento chave para acumulação de riqueza, ultrapassando o ecológico, gerando a exploração da maioria pela minoria (DOURADO et al., 2018).

Como podemos perceber, o crescimento econômico tende a ser excludente e o fato de um país periférico se tornar industrializado não o torna

desenvolvido e tal afirmativa mostra a grande distância em se afirmar que o desenvolvimento é sinônimo de crescimento econômico, pois tratar o desenvolvimento como elevação da renda *per capita* (equivalente à produção interna *per capita*, ou PIB *per capita*) é fechar os olhos para a realidade dos países batizados de “terceiro mundo”. O desenvolvimento na sociedade capitalista se molda pelos valores próprios deste modo de produção como a competição, o individualismo e o Estado mínimo (VEIGA, 2015; SINGER, 2004).

O paquistanês Mahbub ul Haq conhecedor da realidade dos países do “Terceiro Mundo” foi o propulsor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) que virou uma espécie de hodômetro do desenvolvimento, sendo rival ao PIB *Per capita*. Mahbub apoiou-se na visão de renomados colegas, com destaque para o indiano Amartya Sen onde defendia que o desenvolvimento era a soma de fatores complexos para liberdade humana (VEIGA 2015).

Amartya Sen e Mahbub ul Haq mostrou ao mundo uma maneira mais legítima de medir o desenvolvimento que incluísse outras dimensões, sendo criado um índice baseado em uma simples média aritmética de três indicadores sintéticos considerados indispensáveis para que se haja desenvolvimento: a renda por habitante, saúde e educação. Observando o comportamento desses indicadores e a consciência de que o desenvolvimento tinha de ser compatível com a conservação dos recursos naturais, a ambição do crescimento econômico se daria de forma sustentável respeitando os limites da sociedade humana e dos processos ecossistêmicos (ZATS; VEIGA, 2008).

Quando se detalha os indicadores do IDH compreende-se que a saúde se configura como uma vida longa e saudável, e por isso é medida pela expectativa de vida. A educação se configura pelo acesso ao conhecimento, e por isso se contabiliza pela média de anos de educação recebidos pelas pessoas durante a vida, sendo contadas as pessoas a partir de 25 anos, e pela expectativa de anos de educação a serem recebidos pelas crianças que estão iniciando a fase escolar. E a renda, que se configura pelo padrão de vida, sendo medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita (PNUD, 2012).

Alberto Acosta ao debater o desenvolvimento em seu livro “O Bem Viver” traz para o nosso conhecimento outros índices que tem a finalidade de agregar forças mais subjetivas ao IDH, tais como o índice de desenvolvimento em escala humana que engloba necessidades axiológicas e existenciais; O índice de

capacidades básicas da organização social; O índice do bem-estar econômico e social; O índice do planeta feliz; Medição de desempenho econômico e progresso social; e o índice de felicidade interna bruta (ACOSTA, 2016).

Para a Acosta (2016) os indicadores muitas vezes acabam por reprimir ideias inovadoras, e de alguma maneira, a ONU ao institucionalizar o desenvolvimento humano em um único indicador suprimiu seu potencial transformador e todos os esforços para sustentar o conceito de “desenvolvimento” não renderam os frutos esperados.

Em seu conceito mais simplista, o desenvolvimento gera uma discussão ampla, definindo-o como multidimensional, referindo-se a mudanças qualitativas na estrutura e na sociedade considerando além do viés econômico, as dimensões sociais, políticas, humanas, culturais e ambientais, bem como suas escalas espaciais, como local, regional, nacional, global (DOURADO, 2018).

Só ocorre desenvolvimento quando os benefícios do crescimento servem à ampliação das capacidades humanas, entendidas como o conjunto das coisas que as pessoas podem ser, ou fazer na vida, as pessoas devem ser livres para que suas escolhas possam ser exercidas, para que garantam seus direitos e se envolvam nas decisões que afetarão suas vidas, portanto, o objetivo é alargar as liberdades humanas alocando os recursos gerados pelo crescimento de forma universal e igualitária (VEIGA, 2015; MARINE;ALVES, 2015).

Ao focar o desenvolvimento com a lente da liberdade humana, percebemos que os conceitos e os debates lançados por estudiosos da área, nos deixa claro que no atual modelo de desenvolvimento globalizado o homem é apenas mais um elemento, assim como também é a natureza que é devastada desde que o homem passou a se julgar ser maior a ela, e que a dominava, e ela estava a seu dispor. Nessa lógica, ele incluiu também a dominância de seus semelhantes, achando-se também acima deles e, assim, perdendo aos poucos a noção do que é ser humano (CHACON, 2007).

As formas de consumo dos países centrais não são possíveis dentro das possibilidades evolutivas onde só uma minoria é privilegiada. A ideia de desenvolvimento econômico, tal como é vendido pelo sistema produtivo hoje hegemônico, é um simples mito. Dentro do capitalismo não há solução para a vida, a reedição dos estilos de vida dos países ditos “desenvolvidos” é irrepetível em nível global, pois marginaliza os seres humanos, desconhece violentamente

os sonhos e as lutas dos povos subdesenvolvidos negando a eles o bem viver (ACOSTA,2016).

Para alcançarmos o desenvolvimento para o bem viver, o nosso mundo deve ser recriado e pensado comunitariamente a partir dos direitos humanos, políticos, econômicos, sociais, culturais, familiares e ambientais superando as desigualdades e não suprimindo as possibilidades de crescimento universal e igualitário livrando o mundo de um suicídio coletivo. A ambição pelo desenvolvimento imprime a necessidade de mudança urgente no paradigma econômico vivenciado e, o adjetivo “sustentável” deve ser posto como prioridade nas agendas políticas (VEIGA, 2015; ACOSTA, 2016).

Segundo Veiga (2015) e Kates et al., (2005) desde 1972 o adjetivo “sustentável” começou a aparecer nos documentos de influência para a economia nos anos 70, como no relatório *The Limits to Growth* do clube de Roma, *A Blueprint for Survival* documento de impacto na preparação da conferência de Estocolmo e no celebre artigo “*Is Growth Obsolete?*”. Em 1979 com o título “A busca de padrões sustentáveis de desenvolvimento”, o adjetivo foi usado pela primeira vez por W.Burger em um texto para qualificar o desenvolvimento em um seminário promovido pelo PNUMA em Estocolmo.

O termo “sustentável” surge da necessidade de se debater o bem-estar humano e o desequilíbrio ecológico como forma de combater o crescimento econômico desmedido, o termo foi amplamente utilizado a partir das décadas de 1980 e 1990. Porém, o seu entendimento é propenso a diversos significados devidos as diferentes motivações que se tem sobre o tema perpassando por aspirações ecológicas, econômicas e social (FEIL; SCHREIBER, 2017).

Para Feil; Schreiber (2017), o termo sustentável pode ser conceituado como um alicerce, uma espécie de “guarda-chuva”, que apoia ou abrange a ideia de sustentabilidade e desenvolvimento sustentável, tendo como base a preocupação com a existência futura de recursos naturais para viabilizar a continuação da vida humana.

A ideia de sustentabilidade origina-se do pensamento sustentável, que segundo Veiga, (2015) surge nos primórdios como uma forma de pôr fim à crise do sistema energético e ou a escassez de madeira. Esse movimento mostra a real necessidade de se contornar os impactos negativos ocorridos no ambiente com o desenvolvimento econômico e ganha espaço através de debates sobre

formas de compensar a degradação ambiental tornando o impacto positivo na relação homem e natureza.

Dar-se a sustentabilidade a noção de preservação da capacidade produtiva sem causar danos aos recursos naturais. Parte do princípio que a humanidade se encontra em um mundo de recursos finitos para promoção da vida, as ações humanas sobre o ecossistema devem ser medidas garantindo a sua preservação e renovação quando possível (VEIGA, 2015; BARBOSA et al., 2014).

Para Boff (2012), o que dá sustentação à sustentabilidade são ações destinadas a manter as condições energéticas, informacionais e físico-químicas que combinadas dão origem a vida na terra e favorece o equilíbrio entre os seres vivos e a terra viva chamada de Gaia que se regenera e evolui por si só. Não existe meio ambiente secundário e periférico, somos todos ligados em uma espécie de teia viva, onde suas amarras são compostas por microrganismos, biomas, biodiversidade e o ser humano que é o elo mais complexo resultante da sua evolução no planeta.

O autor supracitado infere ainda que a sustentabilidade surge para atender as necessidades humanas por meio do uso racional e cuidadoso dos bens e serviços que a terra nos oferece, sem os quais sucumbiríamos. A terra é suficiente para cada geração, desde que esta estabeleça uma relação de sinergia e de cooperação com ela e distribua os bens e serviços com equidade promovendo justiça do meio.

Desde o seu surgimento a sustentabilidade virou moda entre os principais responsáveis no processamento da matéria prima oriunda dos recursos naturais. O homem passa a justificar seus atos perante o meio ambiente através da ideia da compensação, partindo do princípio que de onde se tira algo, algo deve ser repostado, iniciando assim um novo ciclo diante do capital natural. Nesse caso, infere-se a preocupação com a qualidade do sistema considerado indissociável entre o humano e o ambiental, permitindo sua transformação e considerando os aspectos ambiental, social e econômico (SARTORI et al., 2014).

Waas et al., (2014) considera que a sustentabilidade é uma estratégia para tomada de decisão de ações que visam a promoção e preservação da vida a nível local e global. Para Sartori (2014) a sustentabilidade é entendida como o ponto de chegada do desenvolvimento sustentável, é o objetivo final, de longo

prazo, considerando-o como uma via de mudança intencional ao responder às necessidades da população do presente. Porém, também se tem uma segunda visão onde o desenvolvimento sustentável é o objetivo a ser alcançado e a sustentabilidade é o processo para atingir o desenvolvimento sustentável. Nesse trabalho adotaremos como objeto de discussão o termo desenvolvimento sustentável, pois entendemos que ao se defini-lo também está se discutindo sustentabilidade.

Para Acosta (2016) o conceito mais amplo de desenvolvimento sustentável imprime a ideia do bem viver, pois busca a curto, médio e longo prazo alternativas de sobrevivência e de dignidade para as pessoas, por meio do entendimento da interação dos processos ecossistêmicos do mundo e da coletividade. Para o autor, ao se instituir o desenvolvimento sustentável estamos permitindo satisfazer as nossas necessidades do presente sem comprometer as possibilidades das gerações futuras, para que elas, assim, tenham condições de atender suas próprias necessidades.

A adoção desse conceito ao longo do tempo consolida uma visão crítica ao modelo de desenvolvimento adotado pelos países industrializados, reproduzido pelas nações em desenvolvimento, que ressalta a incompatibilidade entre padrões de produção e consumo vigente, o uso racional dos recursos naturais e a capacidade de suporte do ecossistema, é construído ao longo do tempo em um processo contínuo e complexo (SETTI, 2015).

Vários foram os cenários que deram origem ao ponto de partida para os debates sobre a necessidade de difundir o conceito de desenvolvimento sustentável, podemos citar a contribuição do Clube de Roma e seu estudo “O limite do crescimento”, a conferência de Estocolmo em 1972, os escritos do canadense Maurice Strong em 1973 que concebeu o ecodesenvolvimento, onde seus princípios foram formulados por Ignacy Sachs integrando: a satisfação das necessidades básicas; solidariedade com as gerações futuras; a participação da população; a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral; a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito a outras culturas e programas de educação (BRÜSEKE, 1994).

O Relatório da Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento: Nosso futuro comum da Comissão Brundtland, presidida pelo norueguês Gro Brundtland Halen define desenvolvimento sustentável como “[...]”

*aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas próprias necessidades”* (WCED, 1987).

Preocupados com o rumo que as discussões sobre o crescimento econômico, expansão urbana, avanço tecnológico e preservação da natureza estavam tomando, a comissão de Brundtland traz nova estratégia para uma agenda global de mudanças de comportamentos frente a resolução de problemas ambientais e sociais que são de interesses de todos, ressaltando -se ainda que a pobreza é um fator determinante para o desenvolvimento sustentável (BARBOSA et al, 2014).

De acordo com Feil; Schreiber, (2017), Brundtland aponta para uma clara afirmação de que o sistema ambiental humano compõe um único sistema indissociável, pois, ao mencionar as “gerações”, refere-se às gerações passadas, presentes e futuras que se relacionam entre si, tornando esses períodos indissociáveis. É nesse contexto que surge a necessidade de mudança de comportamento humano para assegurar a vida no planeta terra e o idealizado aqui não é somente uma luta para salvar o mundo em que vivemos, mas, dar subsídio para uma vida plena a todos os seres vivos através da equidade.

O relatório nosso futuro comum abre um período na linha do tempo para a incorporação sistemática dos valores significativos que possui o meio ambiente na economia e nas políticas públicas, deixa claro que a busca pelo desenvolvimento econômico e as riquezas da natureza devem chegar a um acordo com a realidade da limitação de recursos. O relatório mobiliza a governança para um acordo entre países ricos e os países em desenvolvimento sendo lavrado pela agenda 21 na conferência do Rio concebendo uma articulação efetiva entre a dimensão econômica, social e ambiental (TRIGUEIRO,2003; STREZOV et al., 2016.)

Portanto, foi na Rio 92 que o conceito de desenvolvimento sustentável foi assinado como agenda de caráter política e social, um marco que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, a conferência da ONU sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (UNCED) que documentou o crescimento da consciência sobre os perigos que do modelo atual de desenvolvimento econômico. A conferência conhecida também como a cúpula da terra foi um inquestionável

indutor para a abordagem ambiental no mundo (UN, 1992; OTERO; NEIMAN, 2015).

Sem dúvidas um dos grandes marcos na Rio 92 foi a elaboração da carta da terra que definiu 27 princípios para o desenvolvimento sustentável reconhecendo a diversidade de culturas e formas de vida sendo aprovada pela ONU em 2002. Outro marco foi agenda 21 que envolve entidades a nível global, nacional, regional e local na discussão de objetivos, identificação de problemas e soluções para combater o paradigma da produção e do consumo não sustentável, afirmou a necessidade de se erradicar a pobreza no mundo, implantar políticas de desenvolvimento sustentável e criar mecanismos financeiros para a construção do caminho para o desenvolvimento sustentável, ou seja, a participação direta das comunidades era fundamental e por isso o caminho deveria ser trilhado primeiramente sob a luz de agendas locais (KVETONA, 2014).

Vinte anos após, acontece a Rio+20 uma espécie de revisão dos postulados da Rio 92. O evento, previa o pouco ousado objetivo de que os governos somente renovassem os compromissos políticos com o desenvolvimento sustentável firmados anteriormente nas principais cúpulas sobre o tema, de forma a avaliar o progresso, identificar lacunas na implementação das decisões adotadas e estabelecer novos compromissos, pois pouco se avançou no que tange ao desenvolvimento sustentável nas últimas décadas (GUIMARÃES; FONTOURA, 2012).

Essa conferência de revisão culminou com negociações sobre aspectos fundamentais para o futuro ambiental do planeta, focando somente em discussões, quase acadêmicas, em torno de “economia verde” no contexto do desenvolvimento sustentável e a “erradicação da pobreza” e sobre “o quadro institucional para o desenvolvimento sustentável” (GUIMARÃES; FONTOURA, 2012).

Rio+20 não pretendeu ser uma conferência legislativa, no seu documento final “O futuro que queremos” os chefes de estado e representantes da sociedade civil organizada reconhecem que os povos estão no centro do desenvolvimento sustentável e que se é importante trabalhar por um mundo justo e equitativo para todos, buscando o comprometimento em se trabalhar juntos,

por um crescimento econômico sustentável que beneficie a todos, pelo desenvolvimento social e pela proteção do ambiente (SILVA, 2012).

Não foram medidos esforços para deixar marcado como legado do evento a necessidade de planejamento e execução de ações que visem a erradicação da pobreza, segurança alimentar e nutricional, desenvolvimento de projetos de saneamento, energia, cidades sustentáveis, saúde, redução de riscos de desastres, mudança do clima, florestas, biodiversidade e educação, entre vários outros, e ainda sobrou espaço para firmar o compromisso de que as Nações Unidas iria acelerar a consecução das metas do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), a partir de 2015 (RIO +20, 2012).

A Rio + 20 realmente enfatizou a preocupação com o futuro focando na discussão da economia verde no contexto da erradicação da pobreza a partir da governança ambiental global. De acordo com Dilger et al., (2017) a ideia do crescimento econômico verde a partir do princípio poluidor-pagador, tecnologias limpas, redução de emissão de carbono é uma forma de mascarar a acumulação do capital financeiro. Segundo o autor, os fins na realidade não justificam os meios, pois o que ainda está em jogo é o aumento do consumo, transformando os recursos naturais em capital natural e quanto mais degradação ambiental e escassez de recursos, mais valiosos (e caros no mercado) estarão os títulos de cobertura florestal, as compensações de biodiversidade, as licenças de água, os créditos de carbono.

Ao olharmos para a linha do tempo apresentada até aqui, o debate público a nível mundial sobre o rumo que deve ser tomado para a efetivação do desenvolvimento sustentável o tornou um campo fértil para o constante desenvolvimento de políticas. A governança tem se apoiado em modelos estatísticos e de qualidade para fornecer ainda mais informações sobre a evolução do conceito de desenvolvimento sustentável a sociedade, os desafios impotentes para a sustentabilidade do desenvolvimento são complexos e heterogêneos como a diversidade humana e ecossistemas naturais em todo o mundo (WOOLD et al, 2015; KATES et al.,2005).

Por fim, podemos entender uma fração da complexidade do conceito de desenvolvimento sustentável através do pensamento de Veiga (2015) que o compara a justiça social, almejando a paz, a democracia, a liberdade e a

igualdade para a construção de uma sociedade mais igualitária no presente e mais forte no futuro. Praticar o desenvolvimento sustentável não trata somente de explorar os recursos naturais com resiliência, de mudar o rumo do poderio econômico, mas de tornar o ser humano autossuficiente e conferir a economia um poder social e não excludente.

### **2.1.2 ODM e ODS: aproximações e distanciamentos**

O percurso histórico do desenvolvimento sustentável nos mostra o árduo caminho enfrentado por seus defensores, uma luta contra um sistema capitalista centrado na ideia de acumulação de recursos. Muitos estudiosos da área do desenvolvimento especulam sobre como atingir “o sustentável” e afirmam que não existe um roteiro, uma receita a ser seguida, suas metas devem ser pensadas com base na dinâmica de evolução da sociedade em âmbito local e global.

A humanidade procura por respostas inovadoras e urgentes que permitam definir novos rumos para enfrentar os graves problemas globais. É necessária uma estratégia coerente para construir uma sociedade equitativa e sustentável, dando a oportunidade ao bem viver para todos em todos os campos da vida. Só se é possível concretizar esse pensamento através de uma sociedade que participe e tenha controle das tomadas de decisão para elaboração de políticas públicas que afetem diretamente na melhoria do bem viver (ACOSTA, 2016).

A Conferência de Ottawa estabelece cinco requisitos que podem ser entendidos como uma linha guia para se alcançar o desenvolvimento sustentável para uma sociedade justa e igualitária: - integração da conservação e do desenvolvimento; - satisfação das necessidades básicas humanas; - alcance de equidade e justiça social; - provisão da autodeterminação social e da diversidade cultural; - manutenção da integração ecológica (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A Carta de Ottawa sinalizava a necessidade de um norte real para a aplicabilidade dos diversos conceitos do desenvolvimento sustentável, para agir frente a sua tamanha complexidade que é conquistar o bem viver da sociedade. Com a chegada do novo milênio a preocupação em atingir as metas propostas para o desenvolvimento sustentável nas últimas décadas fez com que líderes mundiais se reunissem nas Nações Unidas para definir propostas abrangentes

para o combate à pobreza e outros grandes problemas mundiais nas suas várias dimensões, debatendo temas como população, meio ambiente, gênero, direitos humanos, desenvolvimento social e outros, que vieram à tona como forma de protesto ao modelo de desenvolvimento econômico e social vigente (BRASIL, 2012a).

Esse debate foi sintetizado em 08 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deveriam ser executados entre os anos 2000 até 2015, e foi por 15 anos o quadro metas para o desenvolvimento de todos os países. Esses objetivos possuíam 18 metas e para seu monitoramento foram criados mais de 40 indicadores avaliando o comprimento do quadro de metas que previa ações para redução da pobreza, educação primária universal, igualdade de gênero, redução da mortalidade infantil, melhoria da saúde materna, combate ao HIV/AIDS, malária e outras doenças, assegurar a sustentabilidade ambiental e desenvolver parceria global para o desenvolvimento (UNITED NATIONS NEW YORK, 2015).

O ato firmado com o lançamento do ODM visava tornar o mundo mais solidário e justo através do empenho de governos locais e nacional agregando a participação da sociedade e empresários. A declaração do milênio em 2000 trouxe uma nova tentativa para se avançar na luta do desenvolvimento econômico e social das nações mais pobres do mundo, e sua missão inicial considerada a mais árdua de todo o processo era a de criar uma consciência nacional para o cumprimento do ODM através de uma ação articulada entre todos os entes federados (BORGES et al., 2014).

De acordo com Alves (2015) houve baixa participação da sociedade civil durante discussão para a elaboração dos ODMs, acarretando na redução e simplificação dos problemas enfrentados pela sociedade na busca da equidade. A primeira versão dos ODMs ignorou completamente as questões populacionais e os direitos sexuais e reprodutivos, somente na revisão de 2005, depois de intensas reivindicações da sociedade civil, embora não tenha sido incorporado o tema dos direitos sexuais, foi acrescentada a meta que conferi o acesso universal à saúde reprodutiva.

As metas do ODM não foram pensadas de uma forma engessada, ou seja, de acordo com a realidade de cada país ou região elas iriam se adaptando sempre com foco no desenvolvimento humano, isso permitiu maior conforto ao

se trabalhar a governança local, assistindo diretamente as necessidades reais da população e conhecendo melhor como e para quem as políticas públicas oriundas da implantação do ODM se destinavam (BRASIL, 2012b).

Como exemplo podemos citar o Brasil com sua diversidade de problemas sociais. Quando a união federal firmou o compromisso na cúpula do milênio, a execução e os incentivos da política de desenvolvimento, passam a ser competências de todos os entes federativos (Estados, Distrito Federal e Municípios) e se alheios a este processo poderia ocasionar na violação do pacto (BORGES et al., 2014).

Borges et al., (2014) validam esse pensamento quando entende que a constituição federal de 1988 estabelece autonomia aos estados e municípios sendo responsáveis por criar meios efetivos para desenvolvimento de políticas públicas no território, isso confere a eles a missão de serem agentes promissores para o alcance do ODM devido a possibilidade de manipularem as ações públicas da forma que melhor atendam às suas necessidades e peculiaridades pelo fato de ter o domínio e o conhecimento da realidade local, pois são protagonistas de desenvolvimento econômico e social.

De acordo com o 5º relatório nacional de acompanhamento do ODM lançado em 2014, o Brasil obteve diversos avanços se tornando referência para outros países através de um modelo inclusivo e de práticas democráticas de governanças e de políticas sociais (BRASIL, 2014).

Segundo o relatório, o país atingiu metas como a de combate à fome e redução da pobreza conferindo o mérito ao programa bolsa família, ao plano Brasil sem Miséria e políticas de valorização do salário mínimo. Alcançou também a universalização da educação primária e maior acesso ao ensino superior; a de redução da mortalidade infantil; a de diminuição de incidência de HIV/Aids; as metas ambientais em especial a de desmatamento no Brasil que caiu em todos os seus principais biomas e a de acesso a água potável; e a de realização de parcerias e ações de apoio a países em desenvolvimento compartilhando conhecimento e tecnologias com outros países. Porém os objetivos que se referem a igualdade de gênero e saneamento básico não foram contemplados em sua magnitude (BRASIL, 2014).

No caso brasileiro é necessário levar para 100% da população água potável, esgoto tratado e coleta de lixo, dentro do desafio de sustentabilidade

ambiental. É preciso, ainda, reduzir o déficit habitacional, apresentar um plano nacional de educação e maior inclusão a saúde básica e aos tratamentos mais complexos, através do Sistema Único de Saúde (MENDONÇA, 2015).

Em se tratando do retrato do alcance das metas a nível mundial, o relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio lançado em 2015 pela ONU afirma que o ODM resultou no movimento contra a pobreza com mais sucesso da história, o ato de colocar as pessoas e as suas necessidades imediatas na linha da frente transformaram a tomada de decisão tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Contudo, o relatório aponta que ainda persistem as desigualdades corroborando para a persistência de pessoas em extrema pobreza, mesmo com todos os esforços mulheres ainda morrem durante a gravidez ou parto e financeiramente são mesmos assistidas e ainda se tem uma disparidade entre as zonas rurais e urbanas (UNITED NATIONS NEW YORK, 2015).

De acordo com a ONU apesar de terem sido alcançadas concretizações importantes relativamente a muitas das metas dos ODM a nível mundial, os progressos foram irregulares entre as regiões e países, deixando lacunas significativas. Milhões de pessoas estão a ser deixadas para trás, em particular as mais pobres e desfavorecidas, devido ao seu sexo, idade, deficiência, etnia ou localização geográficos, grandes esforços ainda são necessários para dar assistência às pessoas mais vulneráveis (UNITED NATIONS NEW YORK, 2015).

Como vimos, para atingir todas as metas previstas pelo ODM a participação coletiva era ponto decisivo para o seu sucesso. A proposta dos objetivos para o milênio vai de encontro com o pensamento de Acosta (2016) quando cita que necessitamos de outras formas de organização social e novas práticas políticas para enfrentar problemas crônicos da sociedade como é o caso da pobreza e da fome. As Nações Unidas ao refletir sobre a proposta do ODM após 15 anos de trabalho entendem que novos esforços deveriam ser traçados em busca do bem viver das nações, encerrando com os processos históricos-sociais de povos marginalizados, contribuindo para a permanente construção e reprodução de um bem viver global.

Diante disso, foi pensado uma agenda para o desenvolvimento pós-2015 com 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e 169 metas

associadas que são integradas e indivisíveis que devem ser implementados por todos os países do mundo até 2030. Essa agenda foi articulada a partir de múltiplos processos de consultoria e participação da sociedade civil, criando uma nova agenda, a ONU aproveitou o impulso gerado pelo ODM que nos mostrou que é possível a construção de um novo mundo (VEIGA 2015).

Apresentados preliminarmente através de uma publicação “Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development,” dentre vários aspectos, os 17 ODS visam: combate à fome e à pobreza; saúde e bem-estar; à promoção da educação inclusiva e equitativa; à igualdade de gênero e ao empoderamento da mulher; ao emprego pleno e ao trabalho decente; à redução da desigualdade; ao acesso à água, ao saneamento e à energia; à infraestrutura e a cidades resilientes; a padrões de produção e consumo sustentáveis; ao combate às mudanças climáticas e a seus impactos; ao uso sustentável dos oceanos, mares e recursos marinhos; à recuperação e à promoção do uso consciente dos ecossistemas terrestres. Dessa forma, dá-se continuidade a compromissos presentes nos 8 ODM (CARVALHO, 2015).

Os temas que constituem o ODS não representam uma novidade se olhados isoladamente, tratam de questões já existentes na agenda da maioria dos países. Assim, mais do que organizar objetivos e metas a serem alcançados, a importância da Agenda 2030 é política, a medida em que compromete a comunidade internacional com a adoção deste conjunto de objetivos e valores para construir o futuro da humanidade (FIOCRUZ, 2018).

O ODS ao mesmo tempo em que estimula os países a buscar e eliminar os problemas básicos, assistem outros problemas que exigem atenção imediata e nova rodada de políticas públicas no âmbito local, regional e global. A eliminação da desigualdade social se tornou meio para alcançar resultado em problemas mais complexos, como as mudanças climáticas e as consequências econômicas, sociais e ambientais, concretizando assim a ideia do desenvolvimento sustentável em um mundo com pensamento centrado na acumulação do capital (MENDONÇA, 2015).

Conforme Carvalho (2015) para ser exitosa, a agenda de desenvolvimento pós-2015 precisa alcançar o território como agente vivo de transformação de práticas, escolas do ensino básico ao superior, e o setor empresarial desde as grandes multinacionais às organizações de pequeno porte

e startups, influenciando seus programas de pesquisa e reorientando seus compromissos de inovação, para permitir mais prosperidade com menos utilização de recursos naturais e impactos ambientais.

Ao propor os ODS a ONU apresenta um ambicioso plano de ação para libertar a raça humana da tirania da pobreza e da penúria e proteger o nosso planeta interferindo em áreas de importância para a humanidade como: a dignidade das pessoas; gestão sustentável dos recursos naturais; prosperidade para uma vida harmônica entre a realização pessoal, progresso econômico, social e tecnológico; promoção de sociedades pacíficas, justas e inclusivas livres do medo e da violência; e a parceria global para o desenvolvimento sustentável (UNIC RIO, 2015).

A agenda 2030 expressa a transformação da realidade das pessoas fundamentado nos direitos humanos e respeito, almeja um mundo onde o meio ambiente humano seja seguro, resiliente e sustentável. Um ponto importante é ao afirmar que o ODS também busca alcançar a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres e meninas, com isso, a ONU tenta preencher a lacuna deixado pelo ODM sobre essa temática, tendo em vista que não se teve avanço nesse eixo (UNIC RIO, 2015).

No quadro 1, apresentamos os 17 ODS e ao fazer uma análise geral, conseguimos identificar que são propostas universais, possibilitando a sua implantação ou implementação em diversos países e regiões com realidades diferentes e todos estão vinculados ao campo econômico, social e ambiental visando o bem viver da sociedade e indo de encontro com o conceito real de desenvolvimento já discutido nesse capítulo.

A Agenda 2030 dispõe que governos e instituições públicas deverão trabalhar em estreita colaboração com autoridades regionais e locais, instituições sub-regionais, instituições internacionais, academia, organizações filantrópicas, grupos de voluntários e outros para o sucesso do ODS. Em muitos casos, o ator local é o mais adequado para resolver problemas sociais que têm, inclusive, impactos globais mais amplos (BRASIL,2017).

A implementação dos ODS força a quebra de vários paradigmas e um deles é o de criar um diálogo maior entre políticas públicas que são, tradicionalmente, implementadas de forma isolada, capitaneadas por setores que pouco dialogam entre si. O processo de negociação estruturou-se

exatamente como exercício de diálogo entre diferentes campos para que se alinhassem a uma agenda comum e interconectada (NILO; FERNANDES, 2015).

Para o seu cumprimento uma parceria global foi proposta e apoiada pelas políticas e ações delineadas na agenda de ação de Adis Abeba, documento resultante da III Conferência para Financiamento do Desenvolvimento - FpD3, concluída na Etiópia em 2015, cujas negociações ocorreram, com a presença de setores governamentais e não governamentais onde foi apenas renovado o velho compromisso de 1969 de que 0,7% do PIB dos países desenvolvidos seriam alocados para Assistência Oficial ao Desenvolvimento dos países mais pobres. A conferência na Etiópia foi marcada por protestos da sociedade civil, pois as negociações ocorreram de forma pouco transparente e com forte manipulação dos países ricos, resultando em uma negociação sem ganhos concretos para os países em desenvolvimento e não desenvolvidos dificultando a implementação da agenda 2030 (NILO; FERNANDES, 2015).

#### **QUADRO 1 – Os 17 Objetivos do desenvolvimento sustentável – Agenda 2015 a 2030.**

<b>Objetivo 1.</b> Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares
<b>Objetivo 2.</b> Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável
<b>Objetivo 3.</b> Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades
<b>Objetivo 4.</b> Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos
<b>Objetivo 5.</b> Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas
<b>Objetivo 6.</b> Assegurar a disponibilidade e gestão sustentável da água e saneamento para todos
<b>Objetivo 7.</b> Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia para todos
<b>Objetivo 8.</b> Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos

<b>Objetivo 9.</b> Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação
<b>Objetivo 10.</b> Reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles
<b>Objetivo 11.</b> Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis
<b>Objetivo 12.</b> Assegurar padrões de produção e de consumo sustentáveis
<b>Objetivo 13.</b> Tomar medidas urgentes para combater a mudança climática e seus impactos
<b>Objetivo 14.</b> Conservação e uso sustentável dos oceanos, dos mares e dos recursos marinhos para o desenvolvimento sustentável
<b>Objetivo 15.</b> Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e deter a perda de biodiversidade
<b>Objetivo 16.</b> Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis
<b>Objetivo 17.</b> Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável

**Fonte:** (UNIC RIO, 2015).

As metas dos 17 ODS além de trazerem um complexo desafio para sua execução devido sua diversidade e abrangência, demanda a articulação de um processo avaliativo do seu progresso a nível local e global. A sua agenda prevê avaliações lideradas pelos próprios países, monitorando seus trabalhos em função do ODS a partir da sua realidade local e perspectivas, gerando dados confiáveis da evolução em direção as metas propostas. Com isso, a avaliação das ações torna-se prioridade na gestão de políticas nacionais e requer construção de capacidades normativa e científica, parceria institucional e financiamento, esses processos vão além de uma devolutiva para a opinião pública internacional devendo ser entendido como processo de reavaliação e alinhamento das ações desenvolvidas (COSTA,2018).

Ainda segundo Costa (2018) a falta de um modelo de desenvolvimento coerente que una todos os ODS é um ponto negativo atribuído para a implementação dos processos avaliativos. Para o autor, não existe uma única visão de desenvolvimento, e sim, um consenso do que foi possível debater e pactuar sobre a efetivação de políticas públicas para mitigar problemas como o consumo sustentável e mudanças climáticas.

O Brasil vem ganhando destaque quanto a execução da agenda dos ODSs e foi notória sua participação nas negociações na ONU em 2015. Em 2017 lançou o primeiro Relatório Nacional Voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Este primeiro Relatório é de extrema relevância para a continuidade dos exercícios de acompanhamento e revisão do progresso dos ODS no País. Com apenas dois anos de pactuação dos ODSs, o Brasil mostra uma avaliação sistemática dos seus esforços para atingir os indicadores pactuados (BRASIL, 2017b).

De acordo com o relatório publicado e apresentado na sede da ONU no Fórum Político de Alto Nível sobre Desenvolvimento Sustentável em Nova York, com o tema: “Erradicar a Pobreza e Promover a Prosperidade em um Mundo em Transformação”. O governo brasileiro integrou a agenda 2030 as diretrizes nacionais de desenvolvimento e criou uma estratégia de interiorização dos ODSs nos territórios a partir de estruturas locais de governança. Mapeou a correspondência das metas da agenda 2030 aos atributos do Plano Plurianual (PPA) de 2016 a 2019, permitindo identificar a similitude entre os objetivos declarados com o instrumento de planejamento do Governo Federal (BRASIL,2017b).

Observou-se que 86% das metas e 78% dos indicadores dos ODS possuem convergência de propósito com os atributos do atual PPA e que um órgão (Ministério, departamento, coordenação) pode estar relacionado a diferentes metas da Agenda 2030, contribuindo para a consecução de uma mesma meta. Com isso, temos a confirmação da importância da integração e articulação intersetorial, conferindo maior efetividade à execução de políticas públicas, otimizando a aplicação de recursos orçamentários do governo (BRASIL,2017b).

A publicação supracitada aponta ainda que mesmo em crise econômica o país obteve avanços desde 2015, o quadro 2 mostra o resumo das ações

desenvolvidas pelo Governo Federal para o cumprimento dos ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14 e 17 que trazem questões que relacionam temas como pobreza, prosperidade e transformação.

**Quadro 02 – Erradicar a Pobreza e Promover a Prosperidade em um Mundo em Transformação: Ações do Brasil para o cumprimento das metas dos ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14 e 17 entre os anos de 2015 a 2017.**

ODS / DIRETRIZ /META	AÇÃO DESENVOLVIDA
Articulação para implementação das metas do ODS entre os entes federados.	Criação da Comissão Nacional para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, por meio do Decreto nº 8.892, de 27 de outubro de 2016
Construção dos indicadores globais e regionais	Inserção de membros brasileiros em grupos internacionais e nacionais de planejamento de gestão de políticas públicas e tecnologias.
ODS 01 - Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares	Manutenção e reajustes da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) - Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa Bolsa Família (PBF).
	Programas voltados para a melhoria das condições habitacionais da população mais vulnerável.
	regulamentação do Programa Nacional de Habitação Rural,
	Política Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres que visa reduzir a exposição relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais.

ODS 02 - Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável	Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA
	Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)
	A Garantia Safra – Seguro público contra os riscos de perda da produção agrícola
	II Plano Nacional de Agroecologia e Produção Orgânica (Planapo) para fortalecer a produção agroecológica e orgânica.
ODS 3 - Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades	Ampliação das Equipes de saúde da Família (para até 43 mil em 2017 e 46 mil em 2019)
	Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária e a Política Nacional de Vigilância; Ações de Prevenção e Controle de HIV, Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais.
	Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes.
	Programa Mais Médicos
	Programa Vida no Trânsito; Programa Mobilidade Urbana e Trânsito
	Programa Academia da Saúde
	Programa Políticas para as Mulheres: promoção da igualdade e enfrentamento à violência
	Lei Maria da Penha; Lei do Femicídio

ODS 5 – Igualdade de Gênero	Atendimento público especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica no Sistema Único de Saúde pela Lei nº 13.427, de 30 de março de 2017
	Centros de Atendimento às Mulheres nas regiões de fronteira
ODS 09 – Industria, renovação e infraestrutura	Programa de Parceria de Investimentos (PPI) com estratégias de privatização
	Fortalecimento na área de ciência, tecnologia e inovação Assistência as empresas nascentes
ODS 14 – Vida na água	Programa Oceanos, Zona Costeira e Antártica orienta a formação de recursos humanos, as pesquisas, o monitoramento
	Política Nacional para os Recursos do Mar (PNRM)
	Programa conservação e uso sustentável da biodiversidade
	Inclusão social e produtiva das comunidades residentes em unidades de conservação de uso sustentável
	Programa Pesca e Aquicultura
	Sistema de monitoramento de embarcações por satélite
	instituições e fóruns econômicos e financeiros internacionais,

ODS 17 – Parcerias e meios de implementação	Plano Plurianual 2016-2019: Iniciativas de cooperação técnica, educacional, intercâmbio científico-tecnológico, ações humanitárias, proteção e apoio a refugiados, participação em operações de manutenção da paz
---	---

**Fonte:** Adaptado de (BRASIL, 2017b).

Percebe-se através do Relatório Nacional Voluntário, que o Brasil encontra-se em processo de articulação para efetivação dos ODS em todas as regiões do país, a interiorização e internalização da agenda nos municípios e nos planos de desenvolvimento nacional é uma grande aposta para a concretização das metas. Dessa forma, a sociedade é empoderada e convidada a discutir sobre o Brasil que se quer ter para os próximos 30 anos.

Porém, observa-se que algumas propostas são iniciativas já implementadas em um passado não tão distante, e que não se mostraram eficazes para a redução da pobreza e melhoria na saúde e educação. Vale ressaltar, que a proposta de privatização dos serviços públicos divide a sociedade brasileira e requer diálogo democrático para sua implantação. O congelamento dos gastos públicos com a PEC 55 ao contrário do que é posto no relatório irá diminuir os investimentos na área da saúde e educação, setores que exponencialmente tendem ao crescimento.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e suas metas desafiam todos os países a serem ambiciosos e inovadores. Mesmo reconhecendo o grande passo da sociedade global para um futuro melhor, Veiga (2015) faz uma crítica ao processo de articulação e discussão do ODS, para ele o amplo processo participativo resultou em um texto onde cada grupo de pressão colocou suas próprias ambições fazendo com que suas 169 alíneas não se pareçam com metas em sua redação tornando-as dispersivas.

Um dos grandes problemas apresentados na lista de indicadores foi a definição inadequada de muitas metas. Algumas delas são tão específicas que praticamente correspondem ao próprio indicador a ser seguido; em outros casos, são tão amplas (quase a declaração de uma aspiração) que se torna muito difícil

identificar a população de interesse e, ainda, em inúmeras vezes, apresentam várias dimensões do problema em questão, impossibilitando medir com apenas um ou dois indicadores a situação específica a ser monitorada (CAVENAGHI, 2015; ALVES, 2015).

Para Veiga (2015) a agenda 2030 traz um ponto extremamente positivo quando confirma que não é possível reduzir o ideal de desenvolvimento sustentável a fracas ambições e que não é possível sustenta-lo somente a partir da visão dos três pilares (econômico, social e ambiental) e exige que sua métrica deve ir muito além do PIB e do IDH.

A proposta da ONU para o mundo, é uma estratégia que evidencia a interdependência e a necessidade de equilíbrio entre as transformações da sociedade, aspirações econômicas de desenvolvimento e conservação dos recursos naturais aliado ao exercício do planejamento e da implementação de políticas públicas, conduzindo a ações menos setorializadas e permite a integração de políticas e seus contextos de execução de forma mais holística, comprometendo-se com as pessoas, o planeta, a promoção da paz, da prosperidade e de parcerias (BRASIL 2017b).

Todo esse trajeto percorrido desde os primeiros debates até a atual agenda de ações e metas para consolidar o desenvolvimento sustentável como prática, afirma a compreensão da inviabilidade do estilo de vida dominante. Sachs (1993; 2002) defende que o desenvolvimento deve transcender o significado econômico, sendo a sustentabilidade ecológica, econômica, social, espacial, cultural, psicológica, política nacional e internacional.

Chacon (2007), em seu livro *o sertanejo e o caminho das águas: políticas públicas, modernidade e sustentabilidade no semi-árido*, corrobora com Ignacy Sachs quando nos faz refletir sobre como alcançar o desenvolvimento com práticas sustentáveis, pressupondo que ações conjuntas sejam realizadas, mas que não se restrinja apenas aos aspectos econômicos, sugere que sejam respeitadas à diversidade cultural das sociedades.

Para Ariès (2010) não se pode deixar as dimensões do desenvolvimento sustentável se contaminar com a ideia alienante do capitalismo verde (fantasia verde), cuja filosofia é adaptar o planeta às necessidades do produtivíssimo através da ecologia reparadora trazendo como pensamento que um pouco de crescimento polui, e muito crescimento despolui, essa visão pretende adaptar a

ecologia e a humanidade às necessidades do produtivíssimo impactando os processos ecossistêmicos de uma sociedade.

Segundo Acosta (2016), devemos pensar na construção de um novo mundo incorporando a ideia do bem viver, alicerçada a uma revisão do estilo de vida, dando prioridade a uma situação de suficiência em que se busque o bastante em função do que se realmente necessita, em vez de uma incontrolável competitividade e um translocado consumismo que põe em risco as próprias bases da sociedade.

A riqueza oriunda do território, aqui entendida como ambiental ou humana deve ser vista como fator desencadeante para o bem-estar individual e coletivo e não como uma ponte somente para o crescimento econômico. Trazendo para as dimensões do desenvolvimento sustentável, Acosta (2016) nos fala da existência de um “bem viver” mostrando uma oportunidade para imaginar outros mundos a partir da valorização da diversidade cultural, da interculturalidade e do pluralismo político. A diversidade que o autor se refere não justifica e nem tolera a destruição da natureza, tampouco a exploração dos seres humanos e nem a existência dos grupos privilegiados às custas do trabalho escravo.

Nos pensamentos de Sachs (1993; 2002), Chacon (2007), Aries (2010), Amaro (2014) e Acosta (2016) podemos reafirmar que o desenvolvimento sustentável vai além da satisfação das necessidades básicas de todos os seres humanos no presente, com abordagem para a solidariedade com as gerações futuras, é o eixo central para mudanças de práticas para a construção de um sistema social através do cumprimento das metas dos 17 ODS para 2030, estamos convidados a embarcar em uma viagem longa por um caminho de estrada carroçal, mas “possível”.

O plano intitulado “Transformando o nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” é, sem dúvida, fruto de um debate ambicioso que, mesmo realizado em um ambiente internacional complexo e de múltiplas crises, conseguiu cravar a certeza de que não será suficiente tentar erradicar a pobreza: para ser viável, o desenvolvimento tem que, de uma vez por todas, diminuir as desigualdades e garantir que “ninguém fique para trás” (NILO;FERNANDES,2015).

## 2.2 A Saúde Coletiva: história e conceitos

A saúde coletiva nasceu da crítica ao positivismo e à saúde pública tradicional que foi constituída à imagem e semelhança da tecno-ciência e do modelo biomédico. A construção da saúde pública foi apoiada estruturalmente na teoria das relações sociais e ecológicas, e pelo modelo biomédico que ganhou maior destaque, enfatizando com maior força as dimensões biológicas e individuais ao analisar as tendências relativas à distribuição de riscos e agravos a saúde, não considerando a complexidade das relações entre os sujeitos e o meio ao qual estão inseridos, considerando apenas o processo clínico do adoecimento (PORTO, 2014).

O modelo biomédico predominante em várias partes do mundo e inclusive no Brasil nos anos de 1970 foi alvo de um movimento que criticava o formato desse tipo de assistência à saúde, visava exclusivamente promover o alívio da dor e o tratamento de inúmeras doenças que se instalava na humanidade. O foco era prioritariamente no indivíduo adotando técnicas de intervenções curativas na parte afetada do corpo humano, centrado na doença e na atenção hospitalar. Nesse caso, não se compreendia a multidimensionalidade do ser humano havendo um distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos (FERTONANI, 2015).

A além do surgimento de novas tecnologias na saúde pública para a assistência na clínica médica e farmacológica, o fortalecimento da epidemiologia também incorporou ao setor saúde métodos estatísticos de coleta e análise de dados que restringiu a dimensão social na determinação do processo saúde-doença. A sociedade por tempos foi entendida como um agregado de indivíduos com características quantificáveis sem priorizar melhoria das condições de vida e trabalho com as estruturas sociais da sociedade ou laços de solidariedade (PORTO, 2014).

De acordo com Silva (2017), muitos autores consideram a saúde pública enquanto política de estado visando somente a manutenção de um processo capitalista que não conseguia cumprir as tarefas a que se propôs, conferindo a ela o esgotamento de seus esforços para melhoria da saúde. Diante disso, surge a saúde coletiva que no pensamento de alguns teóricos é interpretada como a

nova saúde pública e por outros como sinônimos, e em outros momentos é entendida como uma nova forma de promover saúde com uma dimensão mais abrangente.

O termo Saúde Coletiva passou a ser utilizado, no Brasil, em 1979, quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e da medicina preventiva e social procuraram fundar um campo científico com uma orientação teórica, metodológica e política que privilegiava o social como categoria analítica (CAMPOS, 2000).

Foi no Brasil que a Saúde Coletiva se consolidou, partindo de uma abordagem que evidencia o preventivismo e a medicina social como parte do processo saúde-doença, que podem ser reconhecidas como as raízes da proposta de Saúde Coletiva elaborada no nosso país e que tiveram influência na implantação institucional do campo. A saúde coletiva no estado brasileiro tem marcas do período do regime militar e paralelamente vivendo a reforma sanitária e seu processo de democratização, sendo vista como uma força de ruptura a partir da crítica aos movimentos da medicina preventiva, comunitária e ao sanitarismo institucional (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Autores como Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber (2014), Schraiber (2015) e Silva (2017) confirmam em seus estudos que a saúde coletiva possui realmente patente brasileira, tendo início no século XX e principalmente durante o processo de redemocratização do direito a saúde no país. Porém, é possível retornar as bases das suas origens para o século anterior no período que sucede a revolução industrial, pois é diante desses períodos que surgirá a saúde pública como forma de intervenção do poder do estado e da medicina na saúde para uma sociedade formada para o desenvolvimento do capitalismo. Portanto, a saúde coletiva nasce com base nos discursos sociais em oposição a estrutura dominante da opressão do capital, por isso, tece uma crítica perante esses movimentos históricos que concebiam um modelo de saúde excludente e singular naquela época.

De acordo com Osmo; Schraiber (2015) e Nunes (2013), o Brasil entre 1950 até meados de 1970 passou por uma fase pré-saúde coletiva instituída pelo projeto preventivista que surge para superar uma crise teórica e prática da medicina, resultando em uma reforma pedagógica no ensino médico incorporando a ideia de prevenção para o entendimento da complexidade

biopsicossocial do indivíduo, porém, as práticas médicas não sofreram tantas mudanças.

Assim como a medicina preventivista, a medicina comunitária também faz parte do processo de gestão da saúde coletiva, que tinha como objetivo implantar centros comunitários de saúde para atender áreas geograficamente limitadas voltando-se para o atendimento das comunidades pobres, integrando as equipes de saúde nas comunidades problemáticas e o trabalho de educação em saúde (OSMO E SCHRAIBER, 2015).

Como já discutido no início desse capítulo, a busca pelo crescimento econômico através da industrialização trouxe terríveis condições para a saúde dos trabalhadores e uma péssima salubridade ambiental nas cidades, criando graves problemas de cunho social. Diante disso, vários pesquisadores tentaram entender a relação entre esses problemas e as causas das doenças levando a formação de um movimento intitulado de medicina social que surgiu no período de ascensão do sanitarismo e esse último ganha força com a descoberta dos microrganismos que impulsionou a teoria e a prática da saúde pública, buscando uma organização racional das atividades de prevenção para a classe mais pobre. É importante ressaltar que na época (1984/1989) as epidemias além de interferirem no processo de desenvolvimento industrial devido ao adoecimento do trabalhador, acometiam também a classe dominante e por isso medidas de intervenção foram pensadas para restabelecer a saúde (VIEIRA DA SILVA et al., 2014).

A medicina social teria o objetivo de estudar a doença, controlar os avanços práticos e teóricos da medicina tradicional e intervir nos aspectos de infraestrutura urbana controlando os espaços dos pobres e dos trabalhadores. Enquanto isso, olhando para as condições sanitárias das cidades a saúde pública levantava a necessidade de intervenções de saneamento para a melhoria da salubridade ambiental se tornando uma ação sanitarista campanhista de estado (SILVA, 2017).

Ainda dentro do contexto histórico brasileiro envolvido pela luta da reforma social, não podemos deixar de citar a importância do Centro Brasileiro de Estudos de saúde (CEBES) e a criação da Associação Brasileira de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) – hoje Associação Brasileira de Saúde Coletiva que desempenhou um papel importante a partir da

socialização da produção acadêmica crítica oriunda da então emergente Saúde Coletiva durante a reforma sanitária do país (OSMO; SCHRAIBER, 2015; PORTO et al., 2014).

Até o final da década de 1970 e a partir de 1980 a medicina social influencia fortemente o surgimento e o debate da saúde coletiva, promovendo no Brasil uma ruptura na saúde a partir da crítica aos movimentos da medicina preventiva, comunitária e ao sanitarismo institucional, fornecendo embasamento teórico para a reforma sanitária utilizando-se de conceitos de determinação social da doença e os processos de trabalho em saúde para ampliar o entendimento do processo saúde-doença. Destaca-se também como um marco importante para a visibilidade técnico-científica da saúde coletiva dentro da reforma sanitária brasileira a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 com a participação da sociedade civil, profissionais de saúde, trabalhadores e setores populares sendo defendido a saúde como direito de todos, tomando como base o pensamento da determinação social da doença que fundamenta a saúde coletiva (PAIM, 2008).

Como visto até aqui, nas últimas décadas se discutiu a saúde coletiva permitindo a identificação de pontos de encontro com os movimentos de renovação da saúde pública seja como campo científico, seja como âmbito de práticas, e mesmo como atividade profissional. As propostas de consolidação do campo da saúde coletiva podem ser apresentadas como uma forma de superar a chamada "crise da saúde pública" possibilitando incorporar "promoção-saúde-doença-cuidado" em uma nova perspectiva paradigmática, aumentando assim a viabilidade das metas de saúde para todos mediante políticas públicas saudáveis, a partir de uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões de qualidade de vida, saúde, sofrimento e morte (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O campo da saúde coletiva foi construído com base na democratização e luta pelos direitos humanos com o compromisso no coletivo, possuindo uma dupla função: 1- linha de investigação do processo saúde-doença tecendo uma crítica ao modelo tradicional de atenção à saúde; 2- delimitar soluções ou mudanças na organização dos serviços de saúde (ÁLVAREZ E PORTO, 2015).

O empoderamento da saúde coletiva lhe conferi ser lembrada como um saber e uma prática que produz conhecimento articulado entre técnicas,

ideologias e políticas tanto no âmbito acadêmico quanto nas organizações de saúde, entende o coletivo como algo dinâmico, em movimento, produto das relações sociais revitalizando o discurso biológico, e por sua vez, a saúde é vista como sendo o equilíbrio biopsicossocial que promove o bem-estar humano. O seu campo de atuação possui uma dimensão multidisciplinar se espelhando em diversas matrizes do saber, desde as ciências naturais até as ciências sociais e humanas (SILVA, 2017).

O trabalho em saúde coletiva, além das dimensões técnica, econômica, política e ideológica, envolve um componente ético essencial vinculado à autonomia dos seres humanos. Trata-se de um conjunto de atividades interdisciplinar e multiprofissional eticamente comprometido com o seu objeto de intervenção, assistindo as necessidades sociais de saúde, integrando valores de solidariedade, equidade, justiça e democracia (PAIM, 2006).

Autores como Nunes (2013), Ianni (2015), definem saúde coletiva como um campo amplo de práticas formado por diversas disciplinas desde as ciências naturais até as ciências sociais e humanas. Formado por pensamentos diferentes que se juntam para solucionar um problema com dimensão coletiva que busca compreender o que é a saúde e explicar seus determinantes sociais.

Silva (2017) infere que além de um conceito epistemológico do processo saúde-doença, vincula-se a saúde coletiva a formação acadêmica principalmente a de pós-graduação. O autor reporta-se ainda que suas lutas perpassam os esforços da academia, sendo identificada fortemente dentro da prática profissional da saúde e de militantes que lutam por mudanças mesmo sem relação direta com a universidade.

Temos um grande caminho a percorrer, os desafios postulados são inúmeros para essa nova forma de pensar e agir frente aos problemas de saúde enfrentados pela sociedade, no qual perpassa por várias áreas do conhecimento científico. A saúde coletiva tem uma grande missão que a de enfrentar as iniquidades em saúde entendendo a complexidade das relações entre o homem e o seu meio social, visando reduzir os fatores de vulnerabilidade que desencadeiam os processos de saúde-doença.

### **2.3 Os Determinantes Sociais da saúde, a Estratégia Saúde da Família e os processos de Vigilância em Saúde para o fortalecimento do ODS 03**

A busca pelo desenvolvimento econômico adotando a industrialização e a exploração do trabalho como ferramenta para atingi-lo, causou danos a qualidade de vida das populações evidenciando a relação entre as questões sociais e a saúde, sendo determinantes para o desencadeamento do processo saúde-doença nas populações. Diante disso, a saúde passa a ser determinada socialmente através das condições de vida, trabalho e relações humanas influenciando no surgimento da desigualdade social.

Para Barata et al., (2012), as desigualdades sociais em saúde são diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionados com a repartição do poder e da propriedade. Todos deveriam ter uma oportunidade justa para atingir a máxima da saúde, reduzindo as desvantagens de vida. Em sociedades estruturadas com base na cooperação e na solidariedade, as diferenças poderiam ser positivas e produtora de saúde, porém, onde existe a predominância da exploração e a dominação, essas diferenças são negativas ocasionando em uma carga de doença nessas sociedades.

O processo saúde-doença pode ser compreendido como resultante das possibilidades normativas dos indivíduos em relação ao mundo social e biológico. Suas relações com os diferentes agentes sociais posicionados no espaço social determinam os riscos de adoecer e morrer. As condições de vida vão além das condições materiais de sobrevivência e do estilo de vida, incluindo não somente os aspectos relacionados ao poder aquisitivo na esfera individual, mas também as políticas públicas que buscam garantir o atendimento das necessidades básicas para a sobrevivência (BARATA et al, 2012).

Segundo Garbois et al. (2014), é crescente o debate sobre as questões das desigualdades sociais e sua relação com a saúde configurando um campo de discussão acadêmico-política, que atualmente é conhecido por “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde que estão conectados as condições em que as pessoas nascem, vivem e trabalham.

Desde 2005 a Organização Mundial da Saúde (OMS) com a criação da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) vem lutando contra o paradigma dominante, que entende a saúde como instrumento e impulsor do

crescimento econômico ao invés de um direito e valor humano intrínseco. Esse padrão imposto ao longo do tempo nega a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens biologicistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que têm explicado as desigualdades em saúde como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis (BORDE, 2015).

A Comissão, foi criada para nortear as nações sobre o que pode ser feito para promover a igualdade na saúde e promover um movimento global afim de alcançar a equidade, através da colaboração de diversos atores. Imprimir uma visão social a partir das políticas que geram o crescimento econômico, representa para a comissão a possibilidade de disponibilizar recursos para investimento na melhoria das vidas da população, tendo em vista que o crescimento por si só, sem políticas sociais adequadas que assegurem uma justiça razoável na forma como os benefícios alcançados são distribuídos, traz poucas vantagens à igualdade na saúde (CDSS, 2010).

A CDSS propôs um modelo segundo o qual existem dois tipos de Determinantes Sociais da Saúde: os determinantes estruturais que são entendidos como mecanismos que geram e reforçam hierarquias sociais que definem o poder, prestígio e acesso a recursos por meio da educação, do trabalho e da renda, podendo ser chamados de macrodeterminantes conforme o modelo de Whitehead e Dahlgren (1991); e os determinantes intermediários que se referem a fatores comportamentais, fatores biológicos, circunstâncias materiais (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos, moradia etc.), e fatores psicossociais, além do acesso aos serviços de saúde e a coesão social que o estado exerce sobre a qualidade de vida nas comunidades (BORDE, 2015).

Entre os diversos modelos que apontam a relação em níveis entre as iniquidades em saúde e os determinantes sociais o esquema proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) é usualmente a referência de base para o entendimento sobre a determinação social da saúde. O modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada distal onde se situam os macrodeterminantes.

O modelo de Dahlgren e Whitehead esquematiza de forma clara os diversos DSS, como podemos observar na figura 03, os fatores biológicos estão

na base, exercendo influência sobre seu potencial e condições de saúde. Logo em seguida aparece uma camada que aponta o comportamento e os estilos de vida individuais que é determinada tanto pelas escolhas pessoais ou pelo o acesso fatores que trazem qualidade de vida (CNDSS, 2008).

A próxima camada encontramos a influência das redes comunitária e imediatamente a ela, no próximo nível, estão dispostas as condições de vida e trabalho indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferentes tipos de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde. Na parte mais distal situa-se os macrodeterminantes, estando relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também os processos de globalização (CNDSS, 2008).

A partir desse e outros modelos propostos para esquematizar a trama de relações sobre os DSS, podemos afirmar que a saúde é determinada por uma mescla de diversos fatores que imprimem a autonomia de escolha do modo de vida do ser humano e a influência externa das tomadas de decisões políticas e ideológicas que o aprisiona em um modelo de sociedade que ainda é regida sem qualquer entendimento de equidade. O modelo procura demonstrar o entendimento de que não são as sociedades mais ricas que poderão ter os melhores níveis de saúde, mas as que são mais igualitárias e com alta coesão social. (CARRAPATO et al., 2017; PELLEGRINI FILHO e BUSS, 2007).

**Figura 03 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.**



Fonte: CNDSS, 2008.

É baseado na identificação dos DSS que o SUS coloca em prática no âmbito do território os princípios e diretrizes fixados na Lei Orgânica da Saúde 8080/90 e na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Ao instituir o direito fundamental à saúde, as questões sociais em âmbito local passaram a ter visibilidade, dando vez a uma tomada de decisão participativa com base nos reais problemas vivenciados nas comunidades a fim de colocar em prática a integralidade, equidade e a universalização da assistência à saúde.

Com a reorganização legal do SUS a inclusão social é ampliada e com isso surge o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e que logo passa a ser uma política de saúde reconhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF tem por missão prestar um atendimento com qualidade, integral e humanizado, sendo porta de entrada da Atenção Primária a Saúde (APS) em todos os municípios brasileiros, ampliando o acesso ao cuidado através de uma equipe multiprofissional e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que desenvolvem ações através da prevenção e promoção da saúde com foco na pessoa/família (VIDAL et al., 2014).

Considerada um modelo de atenção à saúde, a ESF possui a capacidade de orientar a organização do sistema de saúde, atender as necessidades de saúde da população, baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde por meios técnicos-científicos, cria vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial (ARANTES et al., 2016).

A ESF procura atender os usuários em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), localizada em uma área adscrita, no domicílio e nos espaços existentes nesse território, ficando o mais próximo possível de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, sendo reconhecida como ordenadora das redes de atenção à saúde (PAIM, 2012).

De acordo com Vidal et al., (2016), dentre os princípios que norteiam a ESF destacam-se os processos de trabalho que devem ser baseados na prevenção e promoção da saúde e de vigilância a saúde, a integralidade e hierarquização assegurando os processos de referência e contrarreferência, a territorialização através do cadastramento das famílias e sua organização em microáreas. Para o autor, a atuação da ESF visa substituir a prática de saúde tradicional biomédica, dando lugar a uma clínica ampliada multi e interprofissional centrado na família com base nos determinantes sociais de saúde que desencadeiam o processo do adoecimento.

Um dos grandes desafios da ESF é conhecer a realidade de suas famílias e identificar os determinantes sociais de saúde que os afeta, isso só é possível quando se conhece o território, essa estratégia é chamada de territorialização e norteia as ações de atenção, assistência e vigilância em saúde de acordo com as diversas realidades das comunidades das áreas de responsabilidades das equipes promotoras de saúde, conferindo a elas a atribuição de classificar o risco e intervir nos problemas mais prioritários e desenvolver educação em saúde (BRASIL, 2018a).

O trabalho da ESF e as ações da vigilância em saúde dependem fundamentalmente de uma organização territorial do sistema, pois a oferta (a existência dos serviços nos lugares) e o acesso (o uso equitativo e integrado) são processos relacionados ao território. Podemos destacar que o processo de territorialização pode ser definido como uma prática política de criação de limites,

condicionada por determinantes igualmente políticos e burocráticos como, por exemplo, a adscrição da clientela (cada unidade de saúde deve atender um público-alvo numericamente definido), com isso busca-se a superação das complexas desigualdades existentes (FARIA E BORTOLOZZI, 2016).

É no território da ESF que acontece o processo de atuação da vigilância em saúde. Nesse espaço geográfico, social e político que a Política Nacional de Vigilância a Saúde acontece, sendo a vigilância em saúde entendida como o processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, que visa o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para redução da morbidade e mortalidade e melhoria da saúde (BRASIL, 2018a; CDC, 2004).

A vigilância em saúde abrange as ações voltadas para intervenções individuais ou coletivas, prestadas por serviços de vigilância sanitária, epidemiológica, em saúde ambiental e em saúde do trabalhador, em todos os pontos de atenção, sendo possível acontecer dentro de um território adstrito da ESF. A Atenção Primária em saúde é a grande aliada nos processos de vigilância, pois é produtora de indicadores que sinalizam o padrão de saúde, o acesso aos serviços, e amplia a resolutividade dos casos e a diminuição casos de adoecimento e óbitos (LAWINSKY, 2012).

A integração da ESF com a Vigilância em Saúde deve ser articulada para identificar problemas, planejar estratégias clínicas e sanitárias, monitorar e avaliar resultados para eliminação das doenças e agravos no território de atuação. As ações de vigilância em saúde são transversais a todas as ações da equipe da ESF, que envolvem desde o olhar sobre o território até a organização de linhas de cuidado, passando pelo entendimento do processo saúde-doença que norteia as consultas individuais e coletivas, visitas domiciliares, grupos e procedimentos realizados pelas equipes, portanto, são processos de trabalho partilhados e dialogados (BRASIL, 2018b).

Esse processo de trabalho integrado deve dar atenção especial às doenças transmissíveis, evitando a propagação de doenças na comunidade por exemplo, no cuidado a doenças infecciosas crônicas, como a tuberculose e a hanseníase. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis como doenças cardiovasculares, doenças crônicas respiratórias, diabetes mellitus e as

neoplasia, também merece importância por apresentarem grande magnitude e relevância para morbimortalidade da população (BRASIL, 2018b).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) considera a articulação da vigilância em saúde com atenção básica condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população. Além dos profissionais da assistência, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate a Endemias (ACE) são atores importantes nesse processo, por realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território (BRASIL, 2017c).

Para a PNAB, as ações de promoção da saúde além de expressar as demandas do território, devem focar alguns temas relevantes para o trabalho da atenção básica como alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física, enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; promoção da mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017c).

É nessa perspectiva que atenção básica representada espacialmente pela ESF é reconhecida como meio condutor para o fortalecimento de práticas que assegurem uma vida saudável e promova o bem-estar das pessoas em todas as idades. O processo de trabalho em saúde no território a partir da vigilância em saúde, possui uma forte ligação com as metas do ODS 3 (Saúde e bem-estar) preconizadas pela ONU na agenda 2030 para fortalecimento do desenvolvimento sustentável.

O ODS 3 possui um conjunto de metas que se relacionam entre si, e se operacionalizam através de processos de intervenção e monitoramento da vigilância em saúde, estruturados e desenvolvidos diariamente pela ESF. Segundo Trajman (2018), a proposta mais coerente e acessível para contemplar essas metas é a cobertura universal em saúde, por meio de uma forte rede de atenção primária à saúde.

As estratégias adotadas pela atenção básica para a redução da mortalidade materna através da assistência do pré-natal, mortalidade infantil, a

realização de testes de HIV, o cuidado de pacientes com AIDS, tuberculose, hepatites e outras doenças transmissíveis, o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas, a prática de educação em saúde para o combate das arboviroses, acidentes no trânsito, uso abusivo de álcool e outras drogas, o planejamento familiar e entre outras, vão de encontro as metas propostas pelo ODS, se mostrando alcançáveis (BRASIL, 2018c).

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

#### **3.1 Breve caracterização dos informantes do estudo**

Para o início da apresentação e discussão dos resultados desse estudo, achamos relevante esboçar uma breve caracterização socioeconômica dos informantes, visualizando aspectos importantes como sexo, idade, escolaridade, renda familiar e outros.

Participaram do grupo 16 (dezesesseis) informantes todos do sexo feminino, com idade entre 22 a 61 anos, onde 02 (dois) informantes estudaram da 5<sup>o</sup> a 8<sup>o</sup> série do ensino fundamental, 05 (cinco) terminaram o ensino médio (antigo 2<sup>o</sup> grau), 04 (quatro) informantes possuem o ensino superior e 05 (cinco) são especialistas nas áreas de saúde, educação e ciências ambientais. A renda familiar declarada tem predominância de 1 a 3 salários mínimos. Com relação ao tempo que os participantes vivenciam os problemas de saúde da comunidade da misericórdia, 09 (nove) informantes residem ou trabalham a mais de dez anos, 02 (dois) por dois anos e 05 (cinco) por oito meses.

#### **3.2 Primeira Oficina temática: A interface entre o desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde.**

##### **3.2.1 Café com Prosa: Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).**

Após a orientação sobre a metodologia proposta para esse estudo, foi firmado um contrato de convivência para o andamento das discussões e gravação das falas nos três subgrupos formados.

A seguir, apresentamos os dados referentes aos discursos dos 16 informantes do estudo, ressalta-se que todos possuem vivência nos processos da saúde na ESF Misericórdia, seja como profissional ou usuário. A partir das falas gravadas em resposta às questões abertas norteadoras, elaborou-se os discursos que estão expressos em onze sínteses de ideias centrais e em cinco categorias a partir das perguntas: O que você pensa /relaciona quando escuta a expressão desenvolvimento sustentável? Como você compreende a relação da saúde com o desenvolvimento sustentável? Qual importância tem o

desenvolvimento sustentável para o trabalho da ESF? Na sua percepção quais são as ações desenvolvidas na ESF Misericórdia que contribuem para o desenvolvimento sustentável?

Os resultados estão apresentados sob a forma do Discurso do Sujeito Coletivo.

### 3.2.1.1 Percepção sobre a expressão desenvolvimento sustentável

Foi possível caracterizar duas ideias centrais referente ao entendimento sobre a expressão desenvolvimento sustentável e dois discursos:

a)

<b>IDEIA CENTRAL SINTESE – A</b>
----------------------------------

<i>Preservar o planeta para as gerações futuras</i>
---

#### **Discurso do Sujeito Coletivo A**

*É o equilíbrio entre as ações do homem e a preservação da natureza. Quando você trabalha os recursos do ambiente no dia a dia de uma forma que não torne limitado. É o que a gente faz que não agride a natureza, suprimindo nossas necessidades, pensando na continuidade do meio ambiente para preservar o nosso planeta e para que as futuras gerações tenham condições de usufruir. Para nossa atual sobrevivência devemos lutar por um planeta melhor fazendo algo em benefício ao próximo, pensando no futuro.*

A síntese da ideia central “*Preservar o planeta para as futuras gerações*”, inicialmente mostra a proximidade dos sujeitos com o conceito de desenvolvimento sustentável, refletindo a preocupação com a preservação dos recursos naturais que possibilitam a vida na terra, e ao direito das futuras gerações, em poder usufruir dos benefícios que o planeta oferece nos dias atuais que favorece a vida como: alimentos, ar puro, água potável, matéria prima para fabricação de insumos e outros.

Nesse discurso, pode-se perceber que para o grupo a expressão desenvolvimento sustentável remete a uma ideia geral de equilíbrio, uma simbiose entre as ações do homem para aquisição de matéria-prima e o poder de resiliência ecológica do meio ambiente, pensando tanto na atual sobrevivência humana como nas gerações futuras.

De acordo com Figueiredo et al., (2017), as pessoas são as responsáveis por moldarem os sistemas socioecológicos através de suas ações de manejo que, intencionais ou não influenciam a resiliência do sistema ambiental. O aprendizado dos indivíduos que compõem uma sociedade deve ser estruturado através da observação e reflexão sobre os atributos de um sistema socioecológico resiliente, portanto, podem levar as pessoas a terem novas percepções sobre pressões, mudanças ocorridas e possibilidades de rumos para o futuro desenvolvimento do sistema para apresentar as mesmas funções ecológicas com o passar do tempo.

O trecho do discurso “[...] *quando você trabalha os recursos do ambiente no dia a dia de uma forma que não torne limitado*”, nos remete a ideia do pensamento resiliente, onde o ser humano deve criar estratégias para superar as mudanças sócioecológicas ao longo do tempo para garantir a sustentabilidade.

Para Acosta (2016) a relação entre todos os seres do planeta deve ser encarada como uma relação social entre as comunidades humanas, a flora, a fauna, em que a cultura e a natureza se fundem em uma espécie de cultura viva.

A percepção dos informantes sobre o desenvolvimento sustentável vai de encontro com os pensamentos do “Bem Viver” de Alberto Acosta, quando traz importantes reflexões sobre a construção de um mundo diferente, tirando o foco da opulência econômica que devasta os recursos naturais, e o colocando sobre uma ideia de ser humano vivendo em harmonia com a natureza, apostando em uma resiliência comunitária para o bem viver.

b)

**IDEIA CENTRAL SÍNTESE – B***Qualidade de Vida***Discurso do Sujeito Coletivo B**

*É o crescimento econômico sem comprometer a qualidade de vida. Todo aprendizado para uma saúde melhor, visa o bem viver e o bem-estar.*

A segunda ideia central síntese associa o conceito de desenvolvimento sustentável à qualidade vida. De acordo com Philippi Jr. et al., (2013), o desenvolvimento sustentável promove o despertar humano não apenas para a preservação dos recursos naturais do planeta terra, mas, promove também a visibilidade da importância da adoção de medidas para assegurar o acesso das populações as condições básicas de saúde, educação, trabalho, cultura, lazer e renda. É a partir do atendimento dessas necessidades sociais que a qualidade de vida é promovida socialmente.

Esse discurso, traz a ideia de um crescimento econômico construído sob o alicerce da dignidade humana e ambiental. Ao longo do tempo, a busca pelo desenvolvimento econômico trouxe sérias consequências a qualidade de vida, afetando principalmente os mais pobres, tirando o poder da liberdade humana.

Singer (2004) discute que uma sociedade capitalista se molda pelos valores próprios do modo de produção, consumismo, competição, individualismo e o Estado mínimo. Uma característica singular do crescimento econômico desmedido é que ele não é para todos, excluindo grande parte da comunidade trabalhadora, e os moradores das áreas periféricas, não favorecendo o desenvolvimento econômico e sustentável de uma população. De acordo com Sen (2010), os benefícios do crescimento econômico devem estar a serviço da sociedade, proporcionando uma vida saudável e digna sem distinção de cor, raça ou classe econômica.

Observa-se nas falas à associação da noção de desenvolvimento sustentável com a ideia de um crescimento econômico para todos, que ofereça a expansão das capacidades humanas, beneficiando todos os indivíduos de uma

sociedade. Então, essa economia deve ser ambientalmente sustentável construída sobre bases comunitárias e solidarias promovendo uma equidade pensada no bem-estar coletivo (ACOSTA, 2016; VEIGA, 2015).

O crescimento econômico para a qualidade de vida como posto no discurso, deve atender a um desenvolvimento que enfoque a expansão das liberdades humanas, não estando centrado somente no aumento de rendas pessoais, mas em determinantes como saúde, qualidade ambiental, direitos civis, educação e outros.

### 3.2.1.2 Compreensão da relação saúde e desenvolvimento sustentável

c)

<b>IDEIA CENTRAL SÍNTESE – A</b>
----------------------------------

<i>Promoção da Saúde para Desenvolvimento Sustentável</i>
---

#### **Discurso do Sujeito Coletivo A**

*Saúde é fundamental. O desenvolvimento sustentável promove hábitos de vida saudáveis, por meio do tratamento da água, alimentos sem agrotóxicos. A promoção da saúde individual e coletiva com ações diárias, melhora a qualidade da saúde promovendo o desenvolvimento sustentável. Uma dá suporte a outra.*

A partir da ideia central síntese da questão sobre como a saúde se relaciona com o desenvolvimento sustentável, construiu-se uma fala coletiva voltada para a promoção da saúde. Para os informantes, o desenvolvimento sustentável está intrinsecamente interligado com ações de prevenção e promoção da saúde que venham favorecer a qualidade de vida. A saúde como direito fundamental e social expresso na constituição Federal de 1988 repousa em princípios que estabelecem uma relação entre a preservação da vida humana e ambiental exigindo uma nova forma de pensar nos processos econômicos de produção, de forma que se construa um novo paradigma de desenvolvimento capaz de buscar a simbiose entre a sociedade e natureza.

É nessa relação que a promoção da saúde interage fortemente com as premissas da sustentabilidade, sendo expressa na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNaPS (portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014), que considera a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, ambiental, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2014).

Não distante das raízes de sustentação do desenvolvimento sustentável, a promoção da saúde exige a participação efetiva de todos os indivíduos, reconhecendo a subjetividade das pessoas, a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social, a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade (BRASIL, 2014).

De acordo com a carta de Ottawa (1986), a Promoção da saúde está relacionada com processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, identificando e retirando obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis e gerando condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis.

A política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS institui o desenvolvimento sustentável como tema transversal a ser trabalhado nas agendas públicas de saúde, mostrando a forte relação que possuem no desenvolvimento de ações para uma vida saudável. Para a política é importante dar visibilidade ao modelo de consumo e produção que sejam deletérios a saúde e que possam causar danos as gerações futuras (BRASIL,2014).

Emerge também nesse discurso a visão de que o desenvolvimento sustentável deve promover hábitos saudáveis como a ingestão de alimentos sem agrotóxicos e estimular a implementação de políticas públicas de saneamento ambiental para instalação de sistemas de tratamento de água. Os informantes compreendem a importância que a ingestão de água tratada, seja ela clorada, filtrada ou fervida, é um tipo de prevenção contra doenças de veiculação hídrica,

isso mostra uma preocupação coletiva com a saúde ambiental que a comunidade possui.

Por fim, o discurso também mostra nas entre linhas as premissas dos 17 Objetivos do Desenvolvimento sustentável, especificamente os ODS 2 que estabelece metas para a segurança alimentar e a agricultura sustentável, o ODS 06 que assegura a disponibilidade e gestão da água e do saneamento e o ODS 03 que em síntese é o reflexo na saúde das populações a partir do alcance das metas propostas nos ODs's 2 e 6.

d)

<b>IDEIA CENTRAL SÍNTESE – B</b>
Conscientização

### **Discurso do Sujeito Coletivo B**

*Quando nos preocupamos com o desenvolvimento sustentável, passamos a enxergar melhor a nossa realidade, descobrindo o que está nos adoecendo. A conscientização das pessoas, o acondicionamento adequado do lixo preserva o futuro.*

Observa-se nesse discurso e na síntese da ideia central que a saúde e o desenvolvimento sustentável é compreendido como fruto da conscientização das pessoas. Dentre as estratégias para se conseguir a interiorização individual de um tema em um processo de conscientização, destacam-se as práticas de educação em saúde que pretendem contribuir para a formação da “consciência sanitária” do indivíduo, objetivando manter a harmonia e uma relação saudável dele com o seu meio externo (ROSO; ROMANINI, 2014).

A estratégia da Educação em Saúde integra vários saberes científicos e do senso comum, permitindo aos envolvidos o vínculo com ideias de reflexão crítica sobre a realidade que o cerca para a ampliação das condições de vida saudáveis. É por meio da educação que os indivíduos desenvolvem a consciência crítica dos seus atos como sujeitos livres e criativos. O sujeito sensibilizado é um agente transformador da realidade e não simplesmente

reprodutor de uma mentalidade, ele se torna um cidadão com autonomia (FERREIRA, et al.,2014).

Segundo Paulo Freire é a consciência que determina a maneira pelo qual o ser humano se relaciona pelo mundo. Socialmente pode ser determinada pelas estruturas que nos rodeiam e que podem ser transformadas. Para o autor existe um estágio de consciência crítica que o ser humano desenvolve com o passar do tempo, ela desvenda razões da existência humana, desnuda a realidade e promove a criação transformadora para a libertação da opressão e injustiça (FREIRE, 2018).

Em outras palavras, para Freire (2018) a conscientização é um processo pedagógico que busca dar ao ser humano uma oportunidade de descobrir-se através da reflexão de sua existência, inserindo criticamente os seres humanos na ação transformadora da realidade opressora, e de outro, na ação sobre ela para modificá-la. É nessa perspectiva que a educação em saúde se desenvolve, ela procura a partir do processo saúde-doença evidenciar nexos causais responsáveis por uma condição de saúde e mobilizar agentes transformadores para a mudança dessa condição.

O desenvolvimento sustentável promove esse pensamento crítico e reflexivo na sociedade postulado por Paulo Freire, alertando sobre como as nossas atitudes estão impactando o planeta e fornecendo caminhos para que possamos reverter o cenário atual de degradação e insalubridade ambiental que tem impacto direto na saúde coletiva.

e)

<b>IDEIA CENTRAL SÍNTESE – C</b>
----------------------------------

<i>Co-responsabilidade nos processos de saúde</i>
---

### **Discurso do Sujeito Coletivo C**

*A promoção da saúde, desenvolvimento sustentável e a busca por parceria, capacita as pessoas para torná-las proativas, sendo responsáveis por suas escolhas e seu comportamento no processo de saúde. O cuidado com o próximo, como as ações de saúde bucal e outras, se*

*tornam necessárias para a prevenção no cuidado da saúde para qualidade de vida.*

A corresponsabilidade é fundamental no processo de manutenção da saúde, o indivíduo deve procurar meios para garantir o seu estado de saúde através de práticas que favoreçam o seu bem-estar. É a partir dessa busca individual por saúde que ocorre a mudança no paradigma da concepção de que é dever exclusivo do estado garantir qualidade de vida, o sujeito passa a incluir novas práticas no seu cotidiano para evitar doenças, assim, ele exerce seu papel de cidadão perante a sociedade e contribui para a melhoria do estado de saúde em âmbito coletivo.

Nesse discurso percebe-se que os sujeitos relacionam o desenvolvimento sustentável com a necessidade de mudanças de comportamento e atitudes que favoreçam a promoção da saúde individual e coletiva.

A educação em saúde é uma grande aliada para transformação desse comportamento, ela busca parcerias para que aconteça uma troca de saberes entre profissionais de saúde e sujeitos envolvidos. Entende-se que a mudança ocorre com a participação efetiva do usuário/família nos meios de produção de conhecimentos e de habilidades para atuar frente às ações na promoção da saúde, deve-se considerar nesse processo de transformação da consciência cidadã o meio ambiente em que o ser humano vive, trabalha e se desenvolve porque esse exerce interação e influência em sua saúde (WEYKAMP, 2015).

Para Acosta (2016), o ser humano precisa em quanto sociedade, transformar sua visão simplista de mundo, criando oportunidades para construir coletivamente uma nova forma de vida, onde todos estejam comprometidos e cientes de seu papel como promotores de uma sociedade sustentada em uma consciência cidadã, diversificada a partir da troca de experiências e saberes, justa e sustentável.

A partir desse discurso percebe-se também que o equipamento de saúde de uma comunidade é uma parceira para promoção do desenvolvimento sustentável, é nesse espaço que se valoriza o modo como as pessoas vivem, reconhece o ambiente promotor do processo saúde-doença e reestruturam e viabilizam meios para que as pessoas exerçam maior controle sobre a própria

saúde, através do protagonismo nos processos de produção da saúde perante o meio ambiente que estão inseridas (GONÇALVES, 2011).

O desafio posto para a sociedade é pensar o presente para compreendê-lo e transformá-lo por meio da reflexão sobre o passado da humanidade e a projeção do futuro para um meio ambiente equilibrado e saudável que reflita diretamente na qualidade de vida das pessoas (SUANNO,2014).

A co-responsabilidade para promoção da saúde pode ser despertada através de estratégias educacionais que contribuem para as reflexões e ações também em prol do desenvolvimento sustentável, é uma questão que perpassa todas as áreas do conhecimento, bem como os valores, os princípios e a ética da civilização contemporânea.

### 3.2.1.3 Percepção das ações de importância para desenvolvimento sustentável no trabalho da ESF

f)

<b>IDEIA CENTRAL SINTESE – A</b>
<i>ESF promotora do desenvolvimento sustentável</i>

### **Discurso do Sujeito Coletivo A**

*O desenvolvimento sustentável orienta a ESF na promoção da saúde, pois, perpassa pela promoção, prevenção e recuperação dos sujeitos. Os profissionais ajudam a suprir a necessidades da comunidade quando possuem essa visão e podem impactar diretamente na saúde da comunidade durante o acolhimento das pessoas, na educação em saúde promovendo qualidade de vida.*

A síntese desse discurso mostra que a Estratégia Saúde da Família por ser considerada a porta de entrada para os serviços de saúde, é um equipamento estratégico para disseminar as ações do desenvolvimento sustentável. A ESF possui o conhecimento de todos os determinantes sociais que afetam a saúde do seu território, possui envolvimento com todas as famílias da sua comunidade adscrita, o seu processo de trabalho porta a porta possibilita

o desenvolvimento da educação em saúde centrado na realidade sanitária que o indivíduo está inserido, possibilitando a transformação da consciência para o bem estar-estar individual e coletivo.

A Estratégia Saúde da Família deve acolher todas as pessoas do seu território de modo universal e sem diferenciações excludentes, prioriza um modelo de atenção centrado no indivíduo e não na doença, vai além das questões limitadas ao setor saúde, como educação, segurança, saneamento. Essa característica possibilita a implementação de estratégias voltadas para a melhoria da qualidade de vida a partir da ótica do desenvolvimento sustentável, pois, o trabalho da ESF possui a visão de que a saúde é um dos fatores que está relacionado com os sistemas ambientais, económicos e sociais, pois a ausência de saúde impede o desenvolvimento económico e social da comunidade, iniciando-se um ciclo vicioso que contribui para o uso insustentável de recursos e degradação ambiental (BRASIL, 2017c; VILAÇA, 2016; TRAJBER, 2013).

O desenvolvimento sustentável possui um grande poder orientador de ações para mudanças, ele não oferece um modelo a ser seguido, mas um norte, com o intuito de alcançar a equidade através da justiça social conferindo os mesmos direitos a todos, independente da sua posição geográfica e social ou de qual espécie pertence, e a universalidade e integralidade através da educação, alimentação e bem-estar para todos e em todas as idades (WAAS et al.,2014).

Um ponto importante citado no discurso é o envolvimento dos profissionais de saúde que compõe a ESF nos processos de promoção da saúde. Além de prestar os serviços assistenciais puramente técnicos, esses profissionais exercem um papel de formadores de opinião, estando no centro do processo de conscientização da comunidade para que aconteça o desenvolvimento sustentável.

A interação dos profissionais com os usuários deve ir além das paredes do equipamento de saúde , as práticas educativas, tanto podem ser formais como informais e são possíveis de serem desenvolvidas em qualquer espaço onde dois ou mais indivíduos estiverem reunidos. Ela surge como prática social, estas atividades devem ser percebidas como uma importante estratégia capaz estimular mudanças de comportamentos e atitudes, a fim de promover hábitos saudáveis de vida com o intuito da manutenção da saúde individual e coletiva, tornando os usuários mais próximos da ESF e cada vez mais comprometidos

com a sua qualidade de vida e sua condição como cidadão transformador de atitudes, contribuindo para a formação de uma comunidade sustentável e saudável (WEYKAMP,2015).

Portanto, sustenta-se nesse discurso a ideia de que a ESF amplia as oportunidades para a busca do bem viver através da promoção da saúde, desenvolvendo a autonomia, individual e coletiva para a busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado, essas oportunidades são forças motoras desencadeadas durante o processo de mobilização para o desenvolvimento sustentável em uma comunidade.

g)

<b>IDEIA CENTRAL SÍNTESE – B</b>
<i>Raiz do processo de adoecimento</i>

### **Discurso do Sujeito Coletivo B**

*O desenvolvimento sustentável ensina que é na base da doença que deve ser tratado o processo de adoecimento. A saúde da família está se perdendo por tratar a doença e não realizar a prevenção da saúde, evitando coisas ruins no futuro.*

Nesse discurso percebe-se que os informantes fazem uma relação direta do desenvolvimento sustentável com os determinantes sociais de saúde, e consideram que as práticas assistenciais curativas, não possuem poder de resolutividade dentro do sistema de saúde, sendo necessário a articulação de ações que venham transformar as condições de vida e a consciência para a mudança de seus hábitos. Observa-se a preocupação dos informantes com as práticas biomédicas que por muito tempo se fizeram presentes e ainda estão nos serviços de saúde.

O processo de adoecimento entendido nesse discurso possui uma raiz sustentada e alimentada pelas desigualdades sociais em saúde, que são diferenças produzidas pela inserção social dos indivíduos e que estão relacionadas com a repartição do poder e da propriedade, com falta de acesso

a serviços de direito fundamental para qualidade de vida como saúde, educação e lazer. Essas diferenças produzem o processo de saúde-doença que não é solucionado com tratamentos centrados no agente etiológico da doença. Suas relações com os diferentes agentes sociais posicionados no espaço social determinam os riscos de adoecer e morrer. As condições de vida vão além das condições materiais de sobrevivência e do estilo de vida que o indivíduo adota ou é forçado a adoção (BARATA, 2012).

Mas uma vez esse discurso mostra que na percepção dos sujeitos, o desenvolvimento sustentável interage fortemente com a promoção da saúde. As práticas biomédicas são superadas quando a promoção da saúde é evidenciada dentro do contexto da assistência. A PNAB deixa claro que a Atenção Básica a Saúde deve abranger primordialmente a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, a PNPS reafirma a importância da adoção de ações públicas que superem a ideia de cura e reabilitação implantando as diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2104).

Os 17 ODS da agenda 2030 também complementa a ideia formulada nesse discurso, reforçam o conceito de determinação social em saúde ao propor ações para concretizar os direitos humanos e equilibrar as três dimensões do desenvolvimento sustentável: a econômica, a social e a ambiental através de ações intersetoriais e intrasetoriais que são imprescindíveis para ampliação da consciência cidadã e para efetivação de ações de promoção da saúde.

3.2.1.4 Ações desenvolvidas na ESF Misericórdia que contribuem para o desenvolvimento sustentável

h)

<b>IDEIA CENTRAL SINTESE – A</b>
----------------------------------

<i>O trabalho multiprofissional</i>
-------------------------------------

## Discurso do Sujeito Coletivo A

*A ESF Misericórdia tenta descobrir o motivo do adoecimento a partir de uma escuta que vai além da patologia, com uma visão mais ampla da pessoa. As atividades de educação em saúde, as consultas e visitas realizadas pelos enfermeiros, NASF, residência em saúde e os ACS contribuem para o desenvolvimento sustentável. Os ACS's deveriam ser mais bem preparados, pois, eles são a ponte com o posto de saúde. O trabalho porta-porta abre a cabeça de uma gestante para realizar o pré-natal, de uma mãe para levar seu filho para tomar uma vacina ou o de convencer uma família a usar um filtro de barro, com isso, estamos. Fazendo um trabalho para o desenvolvimento sustentável gerando qualidade de vida.*

A ideia síntese apresentada nesse discurso é que o trabalho multiprofissional desenvolvido na ESF fortalece o desenvolvimento sustentável na comunidade.

O trabalho em equipe multiprofissional consiste numa modalidade coletiva que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais, permitindo relações interpessoais, formando uma equipe de integração e agrupamento, o que favorece a ocorrência da discussão e articulação de saberes, facilitando a formulação de uma melhor organização dos serviços de saúde (MARQUES, 2007).

De acordo com a PNAB a Equipe mínima da Saúde Família deve contar com a figura do médico, enfermeiro, dentista, profissionais de nível técnico e o apoio matricial do Núcleo de Assistência em Saúde da Família - NASF, do ACS e ACE, garantindo assim, a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços à população (BRASIL, 2017c).

Assim como o reconhecimento das condições de saúde da área de abrangência da ESF, o trabalho em equipe é uma das características importantes para a reorganização do processo de trabalho enquanto possibilidade de uma abordagem mais completa de assistência a uma comunidade. Corresponsáveis por uma população adscrita, possui o grande desafio de enfrentar os diferentes fatores que interferem no processo saúde-

doença, com isso, possibilita que um profissional se reconstrua a partir da prática do outro, ambos sendo transformados para uma intervenção na realidade em que estão inseridos, essa prática favorece a integração entre os profissionais e entre o indivíduo durante todo o processo de cuidado (COSTA et al., 2014; MARQUES et al., 2007)

Para Fernandes et al., (2015), a equipe multiprofissional da ESF possui foco no núcleo familiar, promove a vigilância e a promoção da saúde por meio de ações resolutivas e contínua com ênfase em ações preventivas. COSTA et al., (2014) ao analisar os discursos de profissionais de saúde da ESF e do NASF no município de Fortaleza- Ceará, acerca da resolubilidade do cuidado em saúde na atenção primária, evidencia que o trabalho em equipe, para o profissional, é uma prática colaborativa de troca de saberes e experiências, que possibilita maior resolutividade para os problemas apresentados pela comunidade.

De acordo com Garcia et al., (2015), em seu estudo realizado com profissionais de saúde atuantes nas estratégias de saúde da família nos municípios do estado do Espírito Santo, o trabalho em equipe garante liberdade, autonomia e prazer na organização do processo de trabalho, e segundo os entrevistados o trabalho em equipe sempre ou na maioria das vezes garante a criação de vínculos, laços e a corresponsabilização e acolhimento na relação entre trabalhadores e usuários.

É a partir desse entendimento sobre a importância do trabalho multiprofissional em saúde que o desenvolvimento sustentável cria espaço para o seu ativismo comunitário. As diversas visões a partir da integração do conhecimento cultural e científico sob o processo saúde-doença e as possibilidades de ações criadas com essas relações profissionais, ao serem implementadas proporcionam uma transformação na visão de mundo dos envolvidos, fazendo com que eles despertem para o entendimento de como seus atos impactam a sua qualidade de vida, passando a enxergar tanto o processo biológico da doença como os determinantes ambientais e sociais que desencadearam a condição de saúde.

i)

<b>IDEIA CENTRAL SINTESE – B</b>
----------------------------------

<i>Novas práticas de saúde</i>
--------------------------------

## **Discurso do Sujeito Coletivo B**

*As ações de saúde bucal nas creches e com as gestantes, a realização de testes de HIV, glicemia, sífilis na gestante e as parcerias com ACE e o ACS.*

*O Jardim medicinal (horta) na UBS que resgata o pensamento sobre a valorização das práticas populares e a assistência à saúde humanizada.*

Nesse discurso percebe-se que os informantes relacionam o desenvolvimento sustentável com práticas de saúde voltadas à vigilância em saúde, promoção da saúde, práticas integrativas e complementares a partir da implantação de novas tecnologias como os testes rápidos e a ressignificação de antigas práticas, como a cultura de plantas medicinais.

Observa-se que as ações apresentadas no discurso, estão estabelecidas nas metas do ODS 3 como estratégia para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar, mostrando a interação dos ODS's com o processo de trabalho da ESF, contribuindo na superação das barreiras para o desenvolvimento sustentável.

As metas do ODS 3 formuladas para o setor saúde fazem parte da atenção à saúde para o cuidado integral da população, estando previstas na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da atenção básica. No quadro de metas podemos visualizar a importância da vigilância de indicadores para a redução da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tuberculose, hepatite, sífilis, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis, doenças não transmissíveis crônicas como o diabetes mellitus e assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, redução da mortalidade materna e infantil entre outros (BRASIL, 2017c; VILAÇA, 2016).

O discurso chama atenção para a importância dada ao jardim medicinal como uma ação da ESF que fomenta o desenvolvimento sustentável. É através da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que o SUS estimula e reconhece as práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, visa garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas

medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, a inclusão da agricultura familiar, e a produção de fitoterápicos em escala industrial (BRASIL, 2006).

O tratamento das doenças a partir de plantas medicinais faz parte da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, que contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa. Possui uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado, e foi instituída no Brasil pela portaria Nº 971/2006 MS. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2015).

De acordo com Lima et al., (2014), a Estratégia de Saúde da Família é um espaço que pode ser destinado a promover a orientação adequada da utilização de plantas medicinais, tendo em vista a sua ampla utilização pela população que é atendida em uma Unidade de Saúde da Família. Com o objetivo de verificar o conhecimento e o uso de plantas medicinais entre os usuários da área de abrangência de duas Unidades de Saúde da Família, ele inferiu que 92,3% dos 302(100%) participantes do estudo, afirmaram que faz uso de plantas medicinais como terapia alternativa, e citaram 77 plantas de uso habitual para o tratamento das mais diversas afecções.

A cidade de Vitória, no Espírito Santo possui uma experiência exitosa no tratamento das doenças a partir de plantas medicinais. Oferta medicamentos fitoterápicos padronizados em todas as Unidades Básicas de Saúde. A rede conta com 130 prescritores, 11 projetos de jardins terapêuticos e seis hortas urbanas em escolas, parques e áreas ociosas. O trabalho permite a criação de vínculos com a natureza, busca incentivar o consumo consciente e o desenvolvimento local sustentável melhorando a qualidade de vida (DAB, 2017).

Diante do exposto, o discurso coletivo evidencia que a ESF misericórdia realiza ações que favorecem a concretização da ideia do desenvolvimento sustentável no território. É a partir do resgate da cultura do uso de plantas medicinais, que se estimula a população ao autocuidado, contribuindo para a redução de tratamentos com base em drogas medicamentosas. Os serviços para a busca ativa e diagnóstico precoce de doenças transmissíveis ou não transmissíveis, que também são caracterizados como processos interventivos

para a prevenção e promoção da saúde, corroboram para a implementação das metas propostas no ODS 3 contribuindo para o fortalecimento do desenvolvimento sustentável.

### **3.3 Segunda oficina temática: As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do ODS 3**

A matriz FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) é uma ferramenta de planejamento e gestão, para a sistematização e a visualização dos pontos fortes (Forças e Oportunidades) e das fragilidades (Fraquezas e Ameaças) de um coletivo social, a matriz distingue o que é próprio ou interno (Forças e Fraquezas) sobre o qual se tem governabilidade, do que é externo (Oportunidades e Ameaças), cujas características e particularidades precisam ser conhecidas (GOMIDE,2015).

A matriz FOFA foi construída durante a oficina temática sobre o ODS 03, a partir de uma breve análise das metas propostas para o fortalecimento desse objetivo que norteia ações voltadas para a vigilância em saúde nos campos da mortalidade materna e infantil, redução de doenças transmissíveis e não transmissíveis, arboviroses, e ações para promoção do bem-estar (APÊNDICE D).

Foram elaboradas 04 (quatro) matrizes nos subgrupos e os resultados foram sintetizados em plenária para uma única matriz global, garantindo a socialização das ideias e a discussão coletiva dos fatores apresentados pelos 16 sujeitos.

Com esse instrumento de gestão estratégica foi possível identificar os fatores que contribuem ou atrapalham o desenvolvimento das metas pela a ESF Misericórdia, e a partir disso, eleger a principal fragilidade que impossibilita as ações do ODS 03 para o desenvolvimento sustentável na comunidade.

As respostas da matriz FOFA foram transcritas para a uma tabela durante a plenária da oficina sendo esquematizada na figura 04. Abaixo apresentamos com base na matriz a discussão dos fatores considerados pontos relevantes para a comunidade na busca do ODS 3.

#### a) Fatores internos: Forças – Fraquezas

Os fatores internos são considerados as forças e as fraquezas que a ESF Misericórdia apresenta como fundamental para o desenvolvimento das metas, em sua grande maioria são fatores que conferem vantagem e desvantagem e são sentidos mais densamente no território durante os processos de trabalho.

- *Quadrante de Força*

Podemos visualizar na figura 4, que na visão dos sujeitos dessa pesquisa, os profissionais da ESF Misericórdia são capacitados para prestação de serviços relacionados a saúde para a comunidade. Esse ponto forte está intrinsecamente interligado com outros fatores que emergem no quadrante, como a eficiência na gestão dos atendimentos, garantindo acesso universal a todos e conseqüentemente uma maior procura dos usuários para a utilização dos serviços ofertados na ESF, criando e fortalecendo os vínculos entre os profissionais com a comunidade através de linhas de cuidado humanizado e resolutivo.

O sistema de saúde ao adotar o conceito ampliado de saúde, projetou à ESF como o centro da atenção do cuidado, conferindo a ela o título de porta de entrada para os serviços de saúde, orientada sob o sentido da integralidade e universalidade. Esse desafio passou a exigir profissionais qualificados com uma visão holística do processo saúde-doença para entender e atender a complexidade do território, e superar a prática biomédica. Para vencer esse desafio a Educação Permanente em Saúde surge para reforçar as práticas profissionais fortemente instituídas no modelo hegemônico centrado na doença, a partir de uma aprendizagem no cotidiano, com o objetivo de transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (MACHADO et al.,2015; BRASIL, 2007).

A capacitação profissional em saúde vem ao longo do tempo mudando os processos de trabalho, instigando os profissionais a procurar novos saberes para melhoria de suas práticas de saúde, refletindo na prestação de serviços para a comunidade. A ESF requer um profissional competente, que tenha a capacidade de diagnóstico e de solução de problemas, de tomar decisões e de intervir no

processo de trabalho, de trabalhar em equipe e enfrentar situações em constantes mudanças, e atender as necessidades de saúde da população (MACHADO et al.,2015; SCHERER et al., 2016)

A competência de um profissional em saúde é resultado não apenas do seu processo formativo, mas também da interação da criatividade para atender as mais diversas necessidades da população, do saber articular atitudes que sejam satisfatórias para a mudança do estado de saúde individual e coletiva, e das condições favoráveis de trabalho possibilitando a expressão dessa competência (SCHERER et al., 2016).

Outros fatores considerados como força na matriz é o envolvimento da associação comunitária do bairro nos processos de trabalho da ESF, a presença da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da URCA e o desenvolvimento de projetos e grupos que visam a mobilização comunitária para a melhoria da saúde.

Para Garcia et al., (2015), é grande a dificuldade entre os profissionais de uma equipe de saúde para mobilizar e incentivar a população para pensarem e construírem as ações de saúde além dos muros da ESF. A Associação do bairro da área de abrangência da ESF Misericórdia é uma forte aliada para a integração entre as ações de promoção e prevenção da saúde com a participação social, conferindo autonomia e voz ativa a comunidade para a identificação de problemas e formulação de mediadas que venham a proporcionar qualidade de vida.

Outro ponto considerado forte na ESF misericórdia é a integração que o equipamento de saúde possui com o ensino-serviço. Ao ser campo de prática para uma equipe multiprofissional de residentes em saúde coletiva, a estratégia de saúde contribui para a formação profissional especializada de futuros trabalhadores do SUS, através da vivencia em vários cenários da comunidade. Como devolutiva ao sistema e a comunidade que os acolhem, os residentes desenvolvem projetos voltados para a melhoria da qualidade vida, essa interação ensino-serviço possibilita a compreensão dos determinantes sociais de saúde presentes no território.

Com base nesse quadrante, podemos afirmar que a boa relação profissional e usuário atribuída a competência na prestação dos serviços de saúde dentro da realidade das condições de trabalho, aproximação da

comunidade através da participação social organizada e a interação ensino - serviço a partir do cenário de prática da residência multiprofissional em saúde coletiva, contribuem como forças para o fortalecimento do ODS 03 dentro da comunidade. Percebe-se que os processos de trabalho em saúde estão sendo potencializados a partir de uma visão multiprofissional e comunitária sob os determinantes sociais de saúde conferindo apoio as ações de vigilância da saúde no Misericórdia.

- *Quadrante de Fraquezas*

As fraquezas expressam as fragilidades que a ESF Misericórdia possui, colocando em risco a qualidade dos processos de trabalho e a resolutividade das demandas da comunidade.

O desestímulo dos profissionais de saúde é apontado na matriz como uma fraqueza e pode ser resultante de outros fatores elencados no quadrante como a falta de recursos humanos em número suficiente que acarreta a sobrecarga de trabalho e o desgaste da saúde dos profissionais, a falta de comprometimento de alguns servidores com o processo de trabalho com foco na promoção e prevenção da saúde e não exclusivamente na clínica, e a estrutura física precária da Unidade Básica de Saúde.

Para Garcia et al., (2015), o cotidiano do trabalho em saúde constitui-se a partir de uma relação intensa de troca de saberes e cooperação entre os profissionais sem a qual o serviço não se desenvolveria. O fortalecimento dessa relação depende de estímulos como um ambiente de trabalho satisfatório que ofereça conforto para o desempenho das atividades profissionais e satisfação dos usuários, alívio da sobrecarga de trabalho com a oferta de mais equipes de saúde capacitadas, ampliando a cobertura de saúde das famílias e atendendo as diretrizes da PNAB.

A satisfação do trabalhador para o seu pleno exercício profissional é proveniente de fatores e ações que exercem influência direta na sua saúde física e mental, repercutindo em sua vida pessoal. O estado de satisfação no ambiente de trabalho varia de individuo para individuo e se modificam de acordo com as influências do meio e no decorrer do tempo, estando sujeito a influências de forças internas e externas ao espaço de trabalho. A ESF atribui aos seus

trabalhadores variadas tarefas e responsabilidades que dependem do ambiente e da organização do trabalho para a sua realização e do preparo para desempenhar suas atividades (SPERONI,2016).

Diante disso, entende-se que o desestímulo profissional aliado as condições de trabalho tornam frágil o potencial resolutivo da ESF quebrando os vínculos de afetividade com a comunidade, tendo em vista que o cuidado prestado ao usuário tem como fundamento a motivação para transformação da sua consciência crítica em relação as práticas que favorecem a promoção da saúde.

Apontou-se também como fraqueza a comunicação e interação da gestão municipal de saúde nos processos de trabalho da ESF Misericórdia. A gestão da saúde tem um papel importante na orientação para o desenvolvimento de ações e programas de saúde na área de abrangência da ESF, compete a gestão reorganizar o território, planejar e instituir junto as equipes de saúde os processos de trabalho, suprir a necessidade de insumos e equipamentos, articular pela atenção básica o acesso a referência para serviços especializados, bem como ofertar aos profissionais capacitação continuada para a ressignificação das práticas. A falha de comunicação entre o centro (gestão) e a ponta (ESF) fragiliza o papel estratégico que a ESF possui dentro da rede de atenção à saúde, enfraquecendo a atenção básica no SUS.

Foi posto na matriz como fraqueza o número elevado de usuários atendidos e a extensa área de abrangência territorial da ESF. A lógica de atuação pensada para a ESF foi a assistência de um grupo familiar dentro de um território adscrito, conferindo uma característica transformadora, pois não espera que a população procure o serviço de saúde para o diagnóstico e tratamento de doenças, ela age com base na prevenção e promoção da saúde dentro do domicílio a todo momento e não de forma pontual.

De acordo com a PNAB, deve-se garantir que a ESF tenha alta resolutividade com capacidade clínica e de cuidado, essa garantia só é possível através da territorialização e adstrição, que permite o planejamento descentralizado e intersetorial das ações para saúde, organização dos processos de trabalho e de práticas e a avaliação dos impactos dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (BRASIL, 2017c; COSTA e VASCOCELOS, 2016).

O resultado do processo de reconhecimento e delimitação do território através da territorialização é a adscrição da população que está vinculada a ESF, constituindo o território de abrangência, destinado para dinamizar a ação em saúde pública com uma visão ampla de cada unidade geográfica de forma que atenda a necessidade da população. É recomendado pela PNAB que a população adscrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família (ESF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território (BRASIL, 2017c; BULGARELLI et al., 2016).

A ESF Misericórdia possui uma grande fragilidade diante do seu território de abrangência, é uma área territorialmente extensa oriunda de um processo de ocupação e apresenta grandes problemas de vulnerabilidade social como violência, alcoolismo, comercialização e uso drogas, as famílias são predominantemente de baixa renda e com número elevado de membros por domicílios.

Segundo os profissionais da equipe, atualmente estima-se 1.116 famílias são adscritas. A migração do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para o e-SUS AB que é uma estratégia para reestruturar as informações da atenção básica em nível nacional, aliado a dificuldade que o ACS possui em manusear esse novo recurso tecnológico, a falha de comunicação da gestão municipal de saúde, atualização da territorialização e o adoecimento profissional, ocasionou uma desorganização nos processos de trabalho da equipe, dificultando o planejamento e a real visualização da necessidade de criação de uma nova equipe de saúde para a comunidade ou a efetivação de novos profissionais através de concurso público.

Esse cenário corroborou para o surgimento das áreas descobertas e microáreas com muitas famílias, que possivelmente ultrapassa 750 pessoas sob responsabilidade de um ACS como especificado na PNAB (BRASIL, 2017c). Um outro agravante é que com a revitalização da encosta do bairro seminário houve a necessidade de reassentamento de famílias em outras ruas da comunidade e isso acarretou no aumento de pessoas em algumas áreas cobertas por ACS, contribuindo ainda mais para o descontrole desse gerenciamento. Percebe-se que os profissionais possuem o desejo que essa situação seja superada, porém como já discutido, a participação e a resolutividade da gestão municipal é falha e tardia, contribuindo para o distanciamento e resistência dos profissionais.

É importante salientar que mesmo com o suporte da residência multiprofissional em saúde coletiva no processo de reterritorialização e classificação de risco familiar, essa realidade só será mudada com o despertar da gestão municipal para um novo tipo de planejamento dos processos de trabalho da equipe por estarem assentados em uma área considerada vulnerável socialmente.

Ressalta-se que para os sujeitos da pesquisa o número elevado de usuários no seu território de abrangência enfraquece o processo de trabalho da ESF, sendo eleito como a fragilidade mais significativa para o caminhar do fortalecimento do ODS 3 na comunidade.

Por último surge na matriz duas fraquezas relacionadas com a participação comunitária e o controle social. O baixo envolvimento da comunidade com as ações desenvolvidas na associação do bairro, enfraquece a tentativa de estimular o empoderamento nos sujeitos coletivos, dificultado o reconhecimento da identidade cultural que a comunidade possui.

A formação de redes sociais através de espaços coletivos como o associativismo urbano busca garantir que as pessoas da comunidade possam decidir sobre seus próprios destinos, definir estratégias para a melhoria das condições de vida e de saúde e extrair as potencialidades dos indivíduos do território para o apoio social aos mais vulneráveis. Na saúde, a participação comunitária se torna uma ferramenta importante na tomada de decisão para a implementação de ações que visem a prevenção e promoção da saúde, conferindo a comunidade voz ativa para reivindicações e melhor socialização de informações e oportunidades de aprendizado. (GONÇALVES E BÓRGUS, 2017; PINHEIRO E GUANAES, 2011; MAEYAMA et al., 2015).

Embora a ESF se sustente na participação e no controle social, formas verticais de relacionamento continuam deixando o usuário passivo na dinâmica de cuidar da sua saúde, o que tende a excluí-lo da esfera das decisões que lhe dizem respeito. O usuário fica, portanto, sem autonomia e sem voz para cumprir o que dele se espera, constituindo uma situação de desigualdade e mais um obstáculo para a oferta de um serviço de qualidade, daí nasce a importância de estimular a comunidade a cobrar seus direitos de forma organizada em espaços coletivos, fortalecendo a democratização da gestão pública em saúde e incentivando a cidadania proativa (GARCIA et al, 2015; DUBOW et al., 2017).

É nessa perspectiva que os residentes da ESF Misericórdia trabalham o eixo do controle social na comunidade por meio do grupo de mobilização para melhoria da saúde, esse espaço foi criado para estimular o debate dos problemas que cercam o território, identificando os impactos gerados na qualidade de vida das pessoas e traçando as mediadas de resolução. Porém, o grupo apresenta uma dificuldade em realizar os encontros devido à baixa participação da comunidade, fragilizando o processo de mobilização social para busca de seus direitos, exercício da cidadania e fortalecimento do desenvolvimento sustentável.

#### b) Fatores externos: Oportunidades e ameaças

As oportunidades e ameaças são fatores externos e não temos como manipulá-los diretamente. São nesses quadrantes que elencamos as oportunidades ofertadas pelo cenário que a ESF está inserida e seu conhecimento permite refletir de que forma podemos aproveitá-las. Já as ameaças viabilizam a identificação de riscos que contribuem para a falha no processo do cuidado na saúde, permitindo atuar para impedir que estas ameaças afetem os resultados internos.

- *Quadrante de oportunidades*

As oportunidades elencadas pelo grupo, na matriz, materializa o pensamento de satisfação individual e coletiva que surgiu depois da recuperação ambiental e urbana da encosta, no bairro Seminário, área de abrangência da ESF Misericórdia, que proporcionou um ambiente favorável para o desenvolvimento de ações voltadas a qualidade de vida. Desde o ano de 2016 o poder público entregou a comunidade um espaço de lazer que atrai turistas e munícipes, ofertando a possibilidade de geração de renda com o trabalho autônomo, a prática de atividade física, uma vista panorâmica de todo o município do Crato e diversas ações culturais. Além disso, a comunidade conta hoje com saneamento ambiental das vias públicas.

Antes da obra de recuperação da área, a comunidade sofria com a insalubridade ambiental ocasionada pelo processo erosivo linear do solo tipo

voçoroca, lançamento de esgoto a céu aberto, o depósito de entulho e resíduos sólidos e outros determinantes sociais que afetavam a qualidade de vida. De acordo com Jesus e Carvalho (2017), as pessoas que habitam o entorno de erosões não são apenas um número na estatística populacional, elas têm uma história, sentimentos e necessidades que as fazem se sujeitarem ao ambiente de risco do entorno das erosões, colocando-as à sorte de vários tipos de problemas que vão além do risco de acidentes, tais como: a presença de vetores que transmitem diversos agravos a saúde, a falta de consciência ambiental por possuírem a visão que o ambiente insalubre faz parte do seu cotidiano e outros.

Ao citarem a encosta do seminário como uma oportunidade para o fortalecimento do ODS 3, os sujeitos da pesquisa afirmam que a transformação do ambiente teve impacto direto na saúde da comunidade, tornando-a mais ativa na busca do bem-estar, por meio da participação nos seus momentos de folga em projetos sociais, que antes não poderiam ser desenvolvidos na encosta por ser considerado um ambiente insalubre. Jesus e Carvalho (2017) ao investigarem como uma população que habita o entorno de voçorocas na cidade de Anápolis – GO possui sua qualidade de vida afetada, dentre os resultados, quando perguntados sobre o tipo de lazer que desfrutam em momentos de folga, os moradores apontaram a participação em igrejas (61%) e 46% fizeram referência a televisão como única fonte de lazer, excluindo a possibilidade da participação comunitária em ambientes que promova a prática do exercício físico, e em projetos que criem laços sociais entre as pessoas.

Ainda de acordo com a pesquisa de Jesus e Carvalho (2017) entre os relatos de prejuízos vinculados às incisões erosivas, destaca-se o mau cheiro, apontado por 18% dos moradores. A presença de insetos também foi apontada como um prejuízo relacionado à erosão por 14% dos moradores e 6% relacionam a prevalência de criadouros de mosquitos (*Aedes Aegypti*) transmissores do vírus da dengue por meio do acúmulo de lixo nos taludes da voçoroca.

Ao relacionar os dados apresentados acima com a realidade atual da população da área da encosta do bairro seminário depois da recuperação urbana, percebemos a importância da ampliação da visão da erosão como um problema de todos os setores públicos administrativos. No caso da comunidade da misericórdia e do bairro seminário em geral, hoje a população possui não

somente a televisão ou a igreja como forma de lazer, conta com diversas opções que proporcionam a proatividade, ressignificação cultural e a qualidade de vida.

Nesse equipamento são desenvolvidos projetos sob a coordenação intersetorial da Prefeitura Municipal e conta com a parceria dos profissionais da residência multiprofissional em saúde coletiva. Um dos projetos foi citado na matriz como uma oportunidade, que é o “Crato em Movimento”, através dele são realizadas diversas atividades com a finalidade de promover o bem-estar na comunidade.

A intersetorialidade também foi apresentada na matriz como uma oportunidade para o fortalecimento do ODS 3. As parcerias que a comunidade vem firmando por meio da ESF e da associação do bairro, confere visibilidade as vulnerabilidades sociais, proporcionando a implantação de novas ações, principalmente na área da saúde e educação para o empreendedorismo.

Dentre as diversas instituições que desenvolvem atividades, como o SESC (Serviço Social do Comércio), SENAC (Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial) e CRAS, a URCA possui um papel importante no processo de transformação social da comunidade. Por meio do ensino-serviço oferece diversas ações educativas tanto dentro da ESF como fora dela. A inserção do programa de residência da universidade possibilita que os determinantes sociais de saúde que contribuem para o risco familiar sejam vistos com um olhar multiprofissional e as medidas atenuantes sejam pensadas para serem resolutivas com base em processos educativos.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a Educação Permanente em Saúde (EPS) para o ACS foi citado na matriz como uma oportunidade para o fortalecimento dos processos de trabalho em saúde.

O PMAQ - AB tem a finalidade de ampliar a capacidade de resposta da atenção básica por meio da melhoria da qualidade nos serviços de saúde local ofertados. Trata-se de um modelo de avaliação de desempenho, com vistas a subsidiar a capacidade de gestão e a análise do acesso as ações de saúde no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2015; MEDRADO et al., 2015).

É grande o desafio que o programa enfrenta para sua operacionalização, devido a precariedade dos serviços de saúde tanto gerencial como estrutural. O PMAQ AB incentiva por meio de certificação a organização do serviço para

garantir um atendimento de qualidade aos usuários e um ambiente de trabalho satisfatório aos profissionais de saúde.

No caso da ESF misericórdia o PMAQ é apontado como um incentivador no desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento dos processos de trabalho, refletindo na qualidade do atendimento e resultando em uma avaliação satisfatória da equipe. Vale destacar que a certificação é obtida através da classificação de desempenho das equipes, quando certificadas, o gestor passa a receber um incentivo financeiro que é destinado a compra de materiais e rateado entre os profissionais da equipe como forma de estimular a continuidade da organização dos processos de trabalho profissional. Porém a visão que é dada ao PMAQ pela equipe da misericórdia se dá por uma perspectiva financeira, pois o investimento de recursos para melhoria estrutural da unidade por parte da gestão é baixo, não favorecendo a organização dos processos de trabalho da ESF.

Ao evidenciar a EPS como uma oportunidade que potencializa a atuação da ESF no território através de cursos técnicos para ACS e outras capacitações, percebemos a importância que os sujeitos conferem a formação em saúde. Para Santos et al, (2015) a transformação da prática profissional favorece a reorganização dos processos de trabalho, pois o profissional de saúde necessita constantemente de qualificação.

- *Quadrante de Ameaças*

A partir da análise desse quadrante, as ameaças que podem afetar o processo de trabalho da ESF para o fortalecimento do ODS 03 na comunidade estão relacionadas a Gestão das políticas públicas.

A falta de concurso público é considerada uma ameaça para a continuidade do trabalho em saúde. A grande rotatividade de profissionais contratados enfraquece o vínculo e a criação de laços de compromisso entre profissionais e população, uma vez que a ESF é fundamentada na longitudinalidade do cuidado. Para Santos et al., (2015), a instabilidade profissional na atenção básica além de dificultar a criação de vínculos, impossibilita a implementação dos processos de educação permanente em saúde e ocasiona a descontinuidade dos projetos terapêuticos.

Felsky et al., (2016) quando discute a gestão do trabalho na ESF a partir da visão de gestores e trabalhadores, destaca em sua pesquisa que os profissionais com vínculos temporários do SUS se sentem expostos a uma vulnerabilidade política, mesmo tendo ingressado por meio de seleção pública. Os gestores revelaram a preocupação que o concurso público poderia provocar acomodação e diminuição de desempenho na realização das atividades, mostrando um pensamento que vai contra o processo democrático da gestão pública. Para o autor a modalidade de inserção no cargo público por concurso, além de preencher o princípio da isonomia da administração pública, impede que o aparelho estatal seja manipulado de maneira a favorecer os “apadrinhados” políticos.

A falha na organização dos processos de trabalho na gestão pública incide diretamente no território, uma das ameaças já citadas na matriz como fraquezas da ESF misericórdia é a territorialização, considerada uma ferramenta de gestão que possibilita o conhecimento das necessidades de saúde local, que viabiliza a criação de estratégias para mitigar os problemas apresentados na comunidade. Portanto, além de mensurar a população adscrita por uma equipe de atenção básica, a territorialização, aliada ao monitoramento de indicadores de vigilância em saúde, oportuniza ao gestor a visualização das demandas em saúde mais urgentes no território, permitindo otimizar os recursos financeiros para compra de insumos e equipamentos. Percebe-se que os sujeitos da pesquisa visualizam como uma ameaça o desconhecimento do território por parte da gestão pública, acarretando a falta de insumos e áreas descobertas.

Por fim, é referenciado na matriz como ameaça ao desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde para o fomento do ODS 03 no território, o atual cenário brasileiro de instabilidade financeira que o SUS vivencia.

Até os dias atuais, o SUS experencia um financiamento fragmentado, atrelado a adesão dos municípios a programas específicos, conferindo uma restrição de autonomia orçamentaria, e a expansão da ESF, vêm acontecendo em um contexto de insuficiência de recursos para suprir as suas necessidades (CASTRO et al., 2018). O congelamento do financiamento do SUS com a PEC nº 55/2016 tem impacto direto nas ações de vigilância em saúde e no acesso da população aos serviços. A diminuição dos recursos coloca em risco os esforços para a melhora de indicadores de saúde como a mortalidade infantil e a cobertura

vacinal, metas evidenciadas como prioritárias para a saúde e o bem-estar no ODS 03.

Figura 04 – Matriz FOFA /ESF Misericórdia

		<b>FATORES QUE AJUDAM FORÇAS</b>	<b>FATORES QUE ATRAPALHAM FRAQUEZAS</b>
Fatores internos		Profissionais capacitados Associação Gestão do serviço Comunidade participante Residência multiprofissional em saúde ESF completa Vínculos profissionais x usuários Projeto cuidando do cuidador do PRMSC Grupo de mobilização social para melhoria da saúde	Desestímulo profissional Elo fragilizado entre gestão e serviço Número elevado de usuários Extensa área adscrita Falta de profissional ferista Recurso humano deficitário Envolvimento insuficiente entre a comunidade e assoc. Falta de comunicação Desgaste dos profissionais de saúde Falta de participação da comunidade com as atividades desenvolvidas Ambiente Inadequado apresentando insalubridade Ausência de comprometimento de alguns profissionais que atuam no local Desrespeito entre os profissionais Falta mobilização social da comunidade (exercer seus direitos )
		<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMEAÇAS</b>
Fatores externos		Projeto Crato em movimento Geração de renda e emprego com a encosta Intersetorialidade e parceria com a URCA, SESC, SENAC, CRAS PMAQ Curso técnico do ACS e capacitações	Falta de concurso público Congelamento dos salários do ACS Congelamento do financiamento da saúde Área descoberta Falta de territorialização Educação permanente em saúde Falta de gestão pública eficiente Falta de insumos

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

### **3.4 Oficina temática: Construção da matriz ecossistêmica FPEEEA como modelo de determinantes e planejamento para atender as metas do ODS 3 no âmbito do território.**

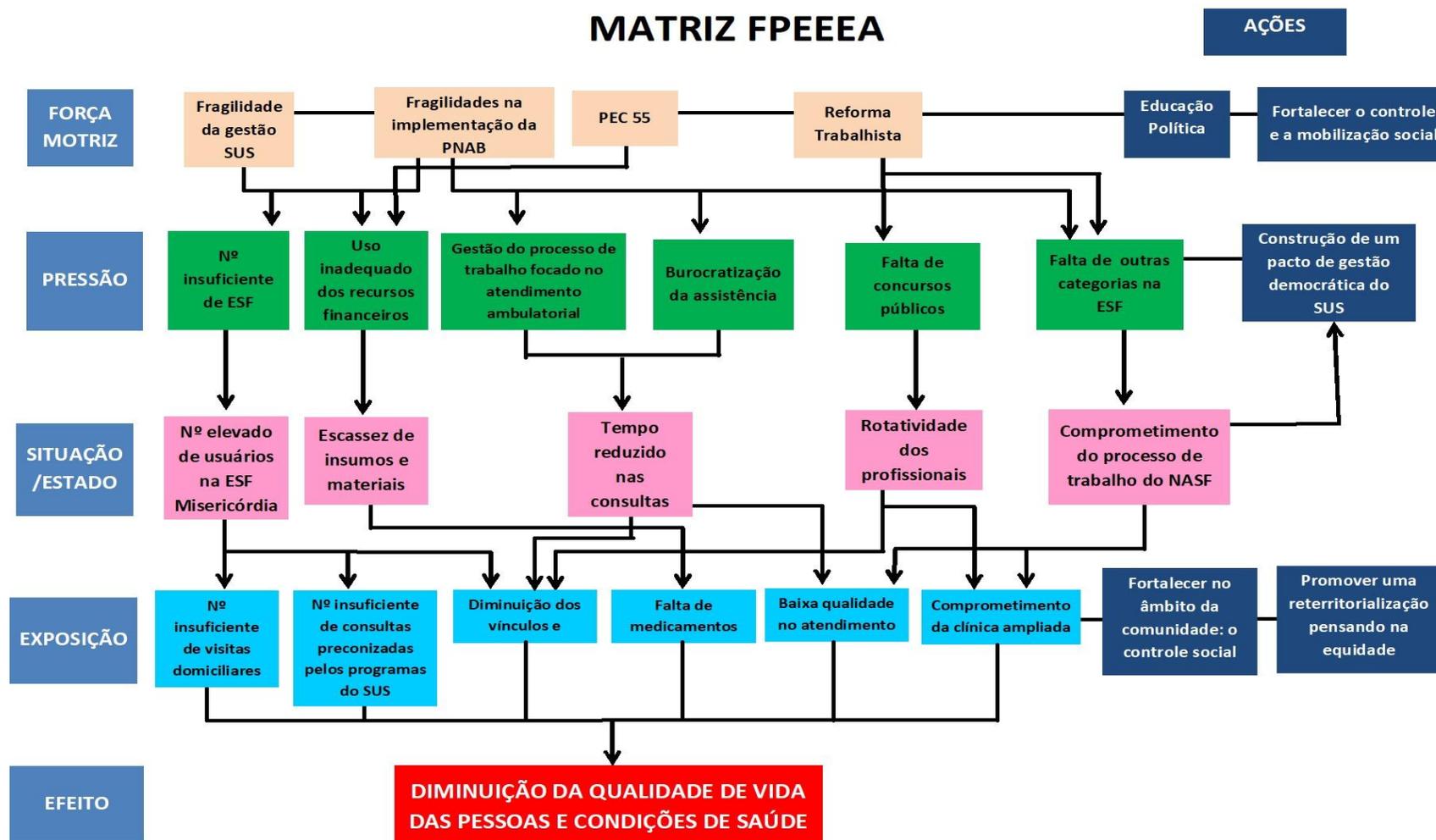
Para essa oficina utilizamos a modelagem FPSEEA (Força Motriz-Pressão-Situação/Estado-Exposição-Efeito-Ações), que permite a identificação e organização de dados existentes na construção de indicadores voltados à vigilância em saúde de populações e ambientes específicos, possibilitando compreender os determinantes em diferentes níveis e auxiliar na gestão estratégica de problemas de saúde e tomada de decisão (SCHÄFFER E MARTINS-E-MARTINS, 2018; BRASIL, 2011).

A oficina para construção da matriz FPEEEA aconteceu na sede da associação da comunidade da Misericórdia com a participação dos 16 sujeitos envolvidos na pesquisa. Na oficina de construção da matriz FOFA foi identificado como a fragilidade mais significativa o “número elevado de usuários”, sendo considerada uma problemática que dificulta o desenvolvimento de ações para o fortalecimento do ODS 3 na comunidade.

O fator “número elevado de usuários” foi escolhido para ser elencado na matriz FPEEEA no nível “**efeito**” e a partir dele disparar a discussão para a construção dos outros níveis da matriz. Porém, ao iniciar a oficina, os sujeitos da pesquisa após entenderem os aspectos conceituais de cada nível da matriz e ao analisarem a fragilidade escolhida, optaram por ajustar o “**efeito**”, pois passaram à não considerar “número elevado de usuários” como a principal causa/efeito para a ruptura dos processos de trabalho em busca do desenvolvimento sustentável no território.

Diante disso, o grupo formulou com base em todas as fraquezas da matriz FOFA, um novo determinante de causa/efeito intitulado de “**Diminuição da qualidade de vida e das condições de saúde**”, a partir desse fator, a matriz de indicadores foi construída e está exposta na figura 05. Abaixo apresentamos e discutimos a construção dos níveis da matriz.

Figura 05 - Matriz FPEEA da ESF Misericórdia



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

## A) Força Motriz

O componente de força motriz corresponde aos fatores que em escala macro influenciam os vários processos ambientais e sociais que poderão ser considerados determinantes para a saúde (BRASIL, 2011). Quatro forças motrizes foram apontadas como contribuintes para a diminuição da qualidade de vida e condições de saúde que afetam o fortalecimento do ODS 03 na comunidade.

As forças motrizes elencadas estão relacionadas com a gestão das políticas públicas que norteiam e envolvem as ações de saúde. A fragilidade da gestão do SUS em todas as esferas de governo afeta diretamente a implementação da PNAB.

A assistência em saúde é um direito fundamental para a manutenção da qualidade de vida, conquistado em um cenário de lutas, tendo como fruto a lei 8080/90, que descentraliza a gestão e a estrutura organizativa do SUS. Mesmo depois do processo de descentralização, ainda nos dias atuais, persiste a fragmentação do financiamento do SUS, as redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas são quase inexistentes, baixa eficiência na resolução da atenção básica, e a ruptura nos processos de referência e contra-referência, tornando um desafio para os gestão tanto em âmbito regional como local (BISCARDE, 2016).

A gestão do SUS é afetada segundo Paim et al., (2011), pelo financiamento que não tem sido suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público. Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado.

Para Lobato (2016), a municipalização das políticas públicas se deu de forma bastante desigual, causando além do subfinanciamento, falhas na capacidade administrativas de gestão e, ainda nos dias atuais, é predominante as vontades administrativas para o beneficiamento de grupos políticos, colocando em risco a eficiência dos serviços de saúde para a população, principalmente na atenção básica considerada o primeiro acesso para o SUS.

Para a operacionalização da PNAB no território por meio da ESF, várias questões devem ser superadas, como a falta de equipes completa em número adequado como preconizado, contribuindo para a redução de áreas

descobertas, estrutura física satisfatória que propicie o acolhimento humanizado dos pacientes, educação permanente em saúde para os profissionais, insumos e matérias disponíveis em quantidade necessária. O que se percebe atualmente, é que a resolução dessas questões tornam-se cada vez mais distantes devido as incertezas do cenário político brasileiro, a PEC 55/2016 é mencionado na matriz como uma força motriz, que na visão dos sujeitos da pesquisa, inviabiliza as ações de saúde a partir do congelamento de gastos por 20 anos com um sistema que diante dos seus princípios de universalidade e equidade só tende a crescer a cada ano, pois a maior parte dos brasileiros é seu dependente.

Para Ferreira (2017), com a limitação dos investimentos no SUS, o setor saúde possivelmente não receberá os reparos necessários, refletindo na população que depende do sistema, acarretando uma diminuição na qualidade de vida, tendo em vista que grande parte dessa população não teria condições de recorrer à rede privada de saúde. A emenda constitucional nº55/2016 fará com que o país regreda no bem-estar social.

Um outro fator apresentado na matriz foi a reforma trabalhista brasileira aprovada em 2017 pelo Congresso Nacional. Possivelmente, o surgimento dessa questão como força motriz pode prejudicar o fortalecimento do ODS 03 para melhoria da qualidade de vida e boas condições de saúde no território, a reforma é vista como uma ação governamental que rompe com os vínculos democráticos de proteção jurídica ao trabalhador em nome de interesses econômicos. Diretamente essa mudança impacta nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, pois os empregadores passam a ter uma maior flexibilidade quanto ao regime de carga horaria e formas de contratação. No caso da comunidade misericórdia, a maioria dos usuários adscritos são funcionários de uma grande fábrica de calçados, essa mudança poderá acarretar diminuição da qualidade de vida e o desenvolvimento de doenças laborais.

A gestão do SUS é Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por políticas e programas inovadores, mas que estão em perigo diante de um cenário de incertezas políticas em busca do crescimento econômico. Para Paim et al., (2011) desde a reforma sanitária o maior desafio enfrentado pelo SUS é político, tendo em vista que questões como financiamento, articulação público-privada e desigualdades persistentes não serão resolvidas unicamente na esfera técnica.

## b) Pressão

A pressão é oriunda das forças motrizes exercida sobre diferentes meios físicos e sociais, resultantes de atividade humanas dentro de diferentes setores como saúde, educação e outros, que dão origem a efeitos negativos sobre a saúde dos indivíduos e a sociedade em geral (BERNARDES, 2013; SCHÄFFER E MARTINS-E-MARTINS, 2018).

As pressões identificadas na figura 05, foram geradas através da ineficiência dos processos de gestão das políticas públicas, descritas como força motriz, estão associadas a falta de investimentos que se agrava com a PEC 55, que restringe a criação de novas equipes de ESF no território, para equilibrar o número de família atendidas e prestar assistência efetiva as populações de áreas descobertas. Como posto nas outras oficinas, a ESF misericórdia sofre com essa pressão, pois possui uma extensa área adscrita, apresentando diversos problemas sociais que dificulta o desenvolvimento de atividades voltadas para a prevenção e promoção da saúde, diante da grande demanda, acabam por não conseguir atingir toda a população com por meio da educação em saúde, desenvolvendo uma assistência centrada na doença, sem levar em consideração as condições ambientais e sociais que o indivíduo está inserido, pois a equipe não conhece de forma integral a realidade do seu território.

O grupo também entende que a falta de planejamento de gestão para a efetivação do que é preconizado na PNAB, gera processos de trabalhos focados na assistência ambulatorial e na burocratização do atendimento. De acordo com Brasil (2017c) o processo de trabalho da ESF se dá através da implementação de protocolos para o cuidado do cliente, visando um acolhimento humanizado, uma terapia acompanhada por equipe multiprofissional e a orientação em saúde para transformação crítica das suas práticas, reduzindo as vulnerabilidades e devolvendo as condições para qualidade de vida. A burocratização e a prática exclusivamente biomédica deve ser abolida do cotidiano da ESF, pois a dinâmica do território não permite uma assistência de saúde engessada.

A falta de concurso público no setor saúde e a inexistência de outras categorias profissionais para a otimização do trabalho multiprofissional, também

são considerados determinantes de pressão na matriz e, foram gerados por meio da fragilidade na implementação da PNAB e da reforma trabalhista.

Segundo Felsky et al. (2016) a falta de concurso público gera um tipo de trabalho desprotegido devido ao fato de os vínculos serem frágeis, à falta de garantia plena de direitos previdenciários e trabalhistas e por apresentar prazo determinado de vigência, quebrando os laços com os processos do cuidado em saúde.

De acordo com a pesquisa de Felsky et al. (2016) que discutiu a gestão do trabalho na ESF, a partir dos sentidos atribuídos por gestores. Os pesquisados alegaram que a falta de concurso público se dá devido o custeio das equipes, que é realizado por meio de incentivos financeiros, e não de financiamento fixo. Dessa forma, o município não poderia assumir o risco financeiro de ter os trabalhadores das equipes de saúde da família na condição de servidores estatutários. Essa lógica de pensamento vai contra o princípio da administração pública, facilitando a manipulação de contratação temporária sem critério de capacidade técnica, favorecendo a troca de favores políticos.

A inflexibilidade para demitir, contratar e remanejar, bem como as limitações ao gasto com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal, são fatores que determinam o processo de criação de cargos públicos e realização de concursos públicos, fazendo com que seja prevalente o vínculo trabalhista considerado não protegido (GIRARDI et al., 2010).

### c) Estado/Situação

De acordo com BRASIL, (2011), como resultado das pressões a situação do ambiente é frequentemente alterada. Essas pressões podem contribuir para aumentar a frequência ou a magnitude de determinadas situações ambientais que resultam em efeitos negativos sobre a saúde em diferentes escalas temporais e espaciais.

Os macrodeterminantes de Força motriz e Pressão desencadearam o Estado/situação que se refere ao funcionamento da ESF misericórdia, por meio do elevado número de usuários adscritos, decorrente do reduzido número de ESF implantado no bairro pela gestão da saúde, que por sua vez, é impactada

pelo corte nos recursos na saúde pelo governo federal, limitando a construção de novas Unidades Básicas e a instalação de equipes.

O subfinanciamento do SUS dificulta a prestação de serviços, além do baixo recurso financeiro para investimento, a falta de planejamento acarreta sérios problemas na gestão, como a escassez de insumos e matérias para o atendimento. O planejamento estratégico pensado por meio da economia de escala, a partir das demandas específicas da comunidade e nos indicadores de saúde, aliado a fiscalização e monitoramento dos gastos públicos pelo controle social pode mitigar o cenário de dificuldades vivenciado pelas equipes de saúde no território. Um dos grandes desafios do SUS é gerencial, deve-se criar meios para fazer muito com o pouco que é ofertado. O processo burocrático de compra de matérias, insumos e medicamentos, também possui uma parcela de culpa na ineficiência dos serviços do SUS, os longos processos de licitação trazem prejuízos para o abastecimento das unidades de saúde com medicamento, dificultando as terapias prescritas, pois em sua grande maioria, a população não dispõe de recursos para a aquisição de um simples analgésico.

Um dos problemas enfrentados pela ESF é a rotatividade de profissionais, principalmente de médicos e enfermeiros, também apontado na matriz como um estado/situação. A rotatividade dos profissionais dificulta a criação de vínculos entre a ESF e usuário, inviabiliza a implantação do cuidado em saúde e a criação dos protocolos de trabalhos da equipe. O NASF é um dos serviços mais impactados com as mudanças constantes de profissionais, a resolutividade do programa enfraquece os projetos terapêuticos e impossibilita a eficiência do matriciamento, tendo em vista que a ESF não conta uma equipe multiprofissional completa em sua estrutura funcional.

#### d) Exposição

A exposição estabelece as possíveis inter-relações de determinadas situações ambientais e seus efeitos sobre a saúde de alguns grupos populacionais em um contexto espacial e temporal. Portanto, um pré-requisito para a construção de indicadores de exposição é que se refiram à população ou a determinados grupos populacionais e a territórios específicos em um período considerado (BRASIL, 2011). O nível de Estado/situação da matriz da ESF

misericórdia gerou 06 (seis) fatores de exposição que contribuem para o efeito da diminuição da qualidade de vida das pessoas e das condições de saúde.

O elevado número de usuários expõe a comunidade a baixos índices de retornos de visitas domiciliares realizadas pela ESF e, insuficiente quantidade de consultas que fragiliza os processos do cuidado. Com essa exposição, a equipe não consegue manter uma rotina frequente de visitas na comunidade para a realização do cuidado integral à saúde da população e muito menos atender toda a demanda espontânea de consultas médicas e de enfermagem, tendo em vista que também recebe usuários de áreas descobertas. Como preconizado na PNAB, quando for necessário a ESF deve estabelecer uma agenda de visitas nos domicílios e nos demais espaços comunitários, dando atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (BRASIL, 2017c).

A falta de medicamentos foi apresentada como uma exposição gerada a partir de falhas na gestão da compra de insumos e materiais. Para Nascimento et al., (2017), o acesso a medicamentos essenciais é um direito fundamental do usuário do SUS, porém, a disponibilidade de medicamentos para prevenir e tratar doenças de alta prevalência, como as cardiovasculares, respiratórias crônicas e diabetes, ainda pode ser considerado um grave problema de gestão da saúde pública. Os medicamentos assumem grande importância no tratamento de morbidades que apresentam prevalências crescentes no Brasil em decorrência das condições de vida e do envelhecimento populacional. Para o autor, existe uma deficiência na cadeia logística de aquisição de medicamentos no serviço público, estando atrelada ao atraso no repasse de recursos pelas instâncias gestoras do SUS e a burocracia da saúde, tornando uma das principais justificativas para o desabastecimento local de medicamentos no âmbito municipal.

A matriz indica uma exposição em relação ao atendimento prestado ao usuário na ESF, faz referência a qualidade do atendimento que se torna insatisfatório devido situações vivenciadas com o processo de trabalho, como o tempo reduzido para as consultas, impossibilitando a criação de vínculos e afetos com o paciente, a continuidade do contrato de trabalho do profissional no serviço da atenção que fragiliza a conformação de uma equipe de referência no território comprometendo a clínica ampliada.

Para Campos et al., (2014) é na clínica ampliada e compartilhada que ocorre a escuta e se reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Quando sua prática é comprometida, acontece uma ruptura entre os processos terapêuticos em saúde com os espaços de transformação da consciência sanitária para a responsabilização e autonomia do indivíduo e à comunidade para o cuidado com a saúde.

#### e) Efeito

Os efeitos são consequências do processo enfrentado pela população devido à exposição, podendo se manifestar em diferentes níveis, variando desde a perda de bem-estar, até implicações mais severas como o óbito (SCHÄFFER E MARTINS-E-MARTINS, 2018).

A diversidade de indicadores identificados nos níveis macro, intermediário e micro da matriz de Corvalán, possibilitou entender de onde é gerado o componente de efeito atribuído a diminuição da qualidade de vida e das condições de saúde no território da ESF. Como visto anteriormente a comunidade está exposta as fragilidades dos processos de trabalho que emergem da ineficiência da gestão da saúde pública no território, criando barreiras para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, dando espaço as práticas voltadas para um cuidado centrado no modelo biomédico.

Essas fragilidades também são percebidas no território quando os sujeitos citam como fator de exposição que gera os efeitos negativos nas condições de saúde o comprometimento da clínica ampliada, tendo em vista que a saúde é resultante de determinantes sociais, ambientais e educacionais e não apenas a ausência de doença, favorecendo a qualidade de vida.

A qualidade de vida possui um caráter subjetivo, apresenta-se de forma diferente de pessoa para pessoa, pois depende do entendimento que cada uma tem sobre o assunto e do sentido que dá à sua vida. Diante disso, surge a importância da corresponsabilização da saúde, onde o sujeito procura entender que seus hábitos diários favorecem a manutenção do seu estado de saúde, e

que a qualidade de vida é dependente das relações que se tem com o meio ambiente ao qual está inserido (FERREIRA, 2015).

Pode-se ancorar também o efeito da diminuição da qualidade de vida e das condições de saúde a fragilidade dos processos de articulação das estratégias de prevenção e promoção da saúde no território. Para que essa articulação aconteça é necessário o fortalecimento entre a gestão das políticas públicas de saúde, a ESF, população e o controle social. Percebemos na matriz da ESF misericórdia, que o efeito apresentado é alimentado desde o nível de força motriz, quando visualizamos a ruptura dos processos de gestão pública para a efetivação das políticas de saúde em âmbito local.

#### f) Ação

As ações devem ser tanto baseadas em indicadores nos diferentes níveis, podendo gerar intervenções em cada um deles, como também monitoradas mediante indicadores próprios de gestão que permitam avaliar sua eficácia, eficiência e efetividade. As ações podem ser classificadas como remediadoras, ou procedimentos de controle e prevenção (SCHÄFFER E MARTINS-E-MARTINS, 2018; BRASIL., 2011).

No Quadro 3, apresenta-se a componente Ação do modelo FPSEEA, com o objetivo de propor medidas a serem desenvolvidas na busca por reverter o cenário da diminuição da qualidade de vida das pessoas e das condições de saúde. As ações foram pensadas coletivamente pelos sujeitos e estabeleceram compromissos em todos os níveis da matriz.

Ao analisar as ações propostas percebemos a presença de duas esferas importantes para o funcionamento do SUS, a gestão e o controle social. Observa-se também uma proposta inovadora que é o desenvolvimento de ações em educação política para o desenvolvimento da consciência cidadã, a partir do entendimento dos direitos e deveres doutrinários da sociedade.

Segundo Carvalho (2017) as práticas de participação cidadã têm dado uma significativa contribuição para a constituição de novas esferas públicas democráticas e para a promoção de um processo progressivo de publicização do Estado e de desestatização da sociedade. Para o autor tais práticas, desenvolvidas, sobretudo, no âmbito dos espaços de cogestão pública, buscam

a superação de uma visão da relação entre Estado e sociedade civil como polaridades absolutas em favor de uma compreensão mais dinâmica de relações de interdependência combinadas com o reconhecimento da especificidade e autonomia de cada ator. Essa nova compreensão da interação do significado de espaços públicos, democracia e gestão pública, requer uma mediação feita por uma educação popular em territórios que promovam a participação social no território.

**Quadro 3 – Ações propostas para atuar sobre o efeito da diminuição da qualidade de vida das pessoas e as condições de saúde da ESF Misericórdia aos indicadores que compõem o modelo FPEEEA.**

<b>Nível da matriz FPEEEA</b>	<b>Determinante</b>	<b>Ação</b>
<i>Força Motriz</i>	Fragilidade na gestão das políticas de saúde	Fomentar a Educação política na comunidade
		Fortalecer o controle e a mobilização social no território
<i>Pressão</i>	Subfinanciamento do SUS	Construção de um pacto de gestão democrática do SUS
	Falta de profissionais concursados	
	Elevado número de áreas descobertas	
<i>Estado/Situação</i>	Falha na implementação dos protocolos da assistência	
	Número elevado de usuários	
	Falta de insumos e materiais	
	Rotatividade de profissionais	
<i>Exposição</i>	Processos de trabalhos multiprofissional comprometido	
	Deficiência na implementação dos processos de trabalho para promoção da saúde	Promover uma reterritorialização pensando na equidade
	Falta de medicamentos básicos e de alto custo	Fortalecer no âmbito da comunidade o controle social

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2018

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa permitiu identificar a interligação entre a saúde coletiva e o desenvolvimento sustentável e sua interação com os processos de trabalho para a prevenção e promoção da saúde no âmbito do ODS 3 dentro do território adscrito da ESF Misericórdia.

Com base na literatura pesquisada entendemos que o desenvolvimento sustentável surge da necessidade de evidenciar os impactos que o modelo econômico extremamente capitalista e excludente exercia sobre os recursos naturais e na vida das pessoas. O desenvolvimento consiste em eliminar tudo o que limita as escolhas e as oportunidades das pessoas, é a remoção da pobreza, da tirania, carência de oportunidades econômicas, negligência dos serviços públicos e intolerância ao Estado repressivo, e o “sustentável” busca o bem-estar humano e o equilíbrio ecológico como forma de combater o crescimento econômico desmedido.

Compreendemos com Acosta (2016) que o desenvolvimento sustentável imprime a ideia do bem viver, pois busca a curto, médio e longo prazo alternativas de sobrevivência e de dignidade para as pessoas, por meio do entendimento da interação dos processos ecossistêmicos do mundo e da coletividade, satisfazendo as nossas necessidades no presente sem comprometer as possibilidades das gerações futuras, para que elas, assim, tenham condições de atender suas próprias necessidades.

É com essa perspectiva que a saúde coletiva interage fortemente com o conceito de desenvolvimento sustentável, pois, surge para dar uma resposta ao modelo de saúde biomédico, centrado na doença, excluindo as relações biopsicossociais do indivíduo, negligenciando os processos ecossistêmicos que interferem na qualidade de vida. Sendo assim, a saúde coletiva objetiva assistir o indivíduo em sua integralidade, identifica os determinantes sociais em saúde que exercem uma força negativa na busca do bem-estar individual e coletivo a curto, médio e longo prazo.

Portanto, podemos afirmar a existência da interface do desenvolvimento sustentável com o campo da saúde coletiva. Ambos estão à procura de meios para a transformação do nosso mundo a partir da ideia do bem viver, onde o ser

humano convive em harmonia com a natureza, apostando em uma resiliência comunitária conferindo qualidade de vida as populações.

A identificação do conhecimento sobre a interface entre o desenvolvimento sustentável e os processos de trabalho em saúde foi um dos pontos fortes deste trabalho. O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) mostra que os sujeitos da pesquisa compreendem o conceito de desenvolvimento sustentável, e entendem que as ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas na ESF misericórdia pelos profissionais e residentes em saúde coletiva é um caminho para disseminação do conceito no território.

O DSC dos participantes aponta para uma ideia de que o desenvolvimento sustentável é o caminho que favorece a preservação do planeta para as futuras gerações, remete a uma noção de equilíbrio entre as ações do homem e os recursos naturais. Fazem também uma forte referência ao impacto que a promoção da saúde exerce sobre o estilo de vida das pessoas, relacionando-o com a necessidade de mudança de comportamento e atitudes para o favorecimento da saúde individual e coletiva.

Com relação aos processos de trabalho em saúde e o desenvolvimento sustentável, o DSC revela que o grupo acredita que a ESF por ser porta de entrada para os serviços de saúde é um equipamento estratégico para a disseminação do conceito, por conhecer todos os determinantes sociais que afetam a saúde no território. Na ESF misericórdia o DSC aponta que o desenvolvimento de Práticas Integrativas e Complementares, educação em saúde, parcerias com a associação do bairro, visitas domiciliares e o acolhimento representam atividades que favorecem o desenvolvimento sustentável na comunidade.

No que se refere as fragilidades e potencialidades da ESF misericórdia para o fortalecimento do ODS 3. A matriz FOFA mostra que as potencialidades evidenciadas são a existência de profissionais capacitados, possibilitando a eficiência na gestão interna dos atendimentos por parte da equipe, garantindo o acesso universal e resolutividade aos problemas de saúde da comunidade. A integração do ensino-serviço com a ESF e a associação foi citado como uma fortaleza para os processos de trabalho em saúde.

A questão da revitalização da encosta do bairro seminário também foi considerado uma potencialidade, pois o espaço favorece o trabalho autônomo,

desenvolvimento de projetos que visam a qualidade de vida. Ressalta-se também que a educação permanente em saúde como os cursos técnicos ofertado para o ACS é um ponto forte para o aprimoramento e ressignificação das práticas profissionais.

No tocante as fragilidades vivenciadas pela ESF, ressaltamos o desestímulo profissional, deficiência de articulação da gestão municipal para implementação das políticas públicas que reflete diretamente nos processos de trabalho em saúde da equipe. E por último, destacamos o número elevado de usuários adscritos na ESF misericórdia, acarretando dificuldades de gerenciamento interno, sendo necessário a realização da reterritorialização da área e a ampliação de equipes na UBS.

Em alusão à Matriz FPSEEA, verificou-se que os determinantes de causa/efeito “Diminuição da qualidade de vida e das condições de saúde das pessoas” em escala macro foi a fragilidade da gestão das políticas públicas de saúde, que gerou pressões no financiamento do SUS e a burocratização da assistência. Essas pressões alteram a dinâmica dos processos de trabalho na ESF, expondo a comunidade a uma assistência de baixa qualidade, comprometendo o desenvolvimento da clínica ampliada.

Os indicadores elencados nos níveis da matriz FPSEEA, geram efeitos negativos na qualidade de vida, colocando em risco os esforços para o fortalecimento do ODS 03 no território, fragilizando os processos de vigilância e promoção da saúde. As ações dispostas em cada nível da matriz são propostas para o fortalecimento da gestão e do controle social.

Todos os esforços empreendidos no caminho metodológico, possibilitou responder com clareza a inquietação inicial da pesquisa: Como a Estratégia de Saúde da Família com o apoio do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva contribui para o fortalecimento do 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável no território da comunidade da Misericórdia?

A ESF misericórdia contribui com ODS 3 através das práticas de prevenção e promoção da saúde realizadas no território, em parceria com associação do bairro e outros atores sociais que mobilizam e sensibilizam a população para a importância da corresponsabilização na saúde. A equipe multiprofissional da residência em saúde coletiva também possui sua parcela de

contribuição, sendo considerada uma força motriz para a realização de projetos inovadores de educação em saúde que envolvem todo o território, tendo em vista a problemática do reduzido número de profissionais da ESF para uma extensa área adscrita fragiliza as agendas de trabalho, dificultando a presença contínua dos profissionais da ESF fora da UBS.

Ressalta-se que uma das premissas para implementação do ODS 3 são as ações intersetoriais e intrasetoriais, consideradas importantes para a efetivação da promoção da saúde, diante disso, percebemos que a ESF possui em seu cotidiano de trabalho a prática de busca ativa de parcerias, com intuito de suprir as necessidades geradas pela deficiência na articulação dos processos de trabalho da gestão pública da saúde.

Por fim, diante da problemática de territorialização experienciada pela ESF misericórdia, sugere-se a continuidade desse trabalho com a implementação de tecnologias que possibilite a atualização da territorialização, para que se possa conhecer a fundo os impactos dos determinantes sociais em saúde que venha a comprometer a busca pelo ODS 03, colocando em risco a qualidade de vida e condições de saúde das pessoas. Julga-se necessário também a realização de uma nova oficina para discutir e elaborar detalhadamente o plano operacional de ações construídos a partir dos componentes da matriz FPSEEA.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C. de; SILVA, M. J. de S. e; Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Ensaio Saúde debate** 38 (103) Oct-Dec 2014.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, HERI.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da estratégia saúde da Família na Atenção Primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1499-1509, 2016.

ALVES, J. E. D. Os 70 anos da ONU e a agenda global para o segundo quinquênio (2015-2030) do século XXI. *R. bras. Est. Pop.*, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.587-598, set./dez. 2015.

ALBERTO PELLEGRINI FILHO PAULO MARCHIORI BUSS. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

ARIES, Paul. **A Simplicidade Voluntária Contra o Mito da Abundância**. Loyola, 2010.

ACOSTA, Alberto. **O Bem viver – Uma oportunidade para imaginar outros mundos**. São Paulo: Editora Elefante e Editora Autonomia Literária, 2016.

AMARO, Rogério Roque. **Desenvolvimento — um conceito ultrapassado ou em renovação? Da teoria à prática e da prática à teoria**. In *Cadernos de Estudos Africanos* [Online], 4 | 2003, posto online no dia 25 Julho de 2014.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília :Ipea, 2014. 208 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 64 p

BRASIL. **Relatório Nacional voluntário sobre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável**. Presidência da República do Brasil. 2017. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) . Acesso em: outubro de 2018.

BRASIL a. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. Disponível

em:

[http://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) .

Acesso em: 17 de janeiro de 2019.

BRASIL b. **Guia de Apoio para o Alcance das Metas Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. Governo Federal. Brasília -DF. 2012. Disponível em: <http://www.agendacompromissosodm.planejamento.gov.br/> . Acesso em 08 de agosto de 2017.

BRASIL. **Comissão nacional sobre determinantes em saúde: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**, 2008.

BISCARDE, D. G. dos S.; SANTOS, M. P.; SILVA, L. B.; Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface Comunicação Saúde Educação**. 2014; 18(48):177-86.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BARBOSA, G.S.; DRACH, P. R.; CORBELLA, O. D. A. Conceptual Review of the Terms Sustainable Development and Sustainability. **International Journal of Social Sciences**. Vol. III (2), 2014.

BARBOSA, N. C. T.; CORDEIRO, B. C.; ABRAHÃO, A. L. M. L. X.; CARVALHO, R. S. de.; SILVA, R. O. C. da.; VIEIRA, M. F. Educação em saúde: o uso da matriz swot para análise de projetos. **Rev Enfer**. UFPE on line., Recife, 11(11):4298-304, nov., 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/25148-50449-1-SM.doc/24625> Acesso em 10 de janeiro de 2019.

BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. In: Campos, G.W.S et al., organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2. Ed. rev .aum. São Paulo: HUCITEC, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p.

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de atenção Básica. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso / Ministério da saúde. secretaria de

atenção à saúde. departamento de atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da saúde, 2015. 96 p.: il.

BRASIL a. **RESOLUÇÃO Nº 588, DE 12 DE JULHO DE 2018**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf> . Acesso em 13 de Janeiro de 2018.

BRASIL c. **PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: DF. 2017. Disponível em: [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) . Acesso em: 16 de janeiro de 2019.

BRASIL c. Percepção de especialistas em saúde sobre a agenda 2030. Centros de Estudos Estratégicos da Fiocruz/Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Nº. 01. Jul. 2018. Rio de Janeiro. Disponível em: [cee.fiocruz.br](http://cee.fiocruz.br). Acesso em: 13 de fevereiro de 2019.

BRASIL. **Comissão nacional sobre determinantes em saúde: As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**, 2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 20 de dez de 2018.

BRASIL. **Lei No. 8080/90, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 05 março. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (2016). Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PnaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_pnaps.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf) . 20 de janeiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (2011). Saúde ambiental: guia básico para construção de indicadores / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.p 87-109: il. – (**Série B. Textos Básicos de Saúde**). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_ambiental\\_guia\\_basico.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiental_guia_basico.pdf) . Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: CONASS; 2007.

BERNARDES, C. **Avaliação integrada de impacto à saúde decorrente de ações de saneamento, em comunidades de unidades de conservação de uso sustentável na Amazônia**. 2013. Tese (Doutorado em Ciência Ambiental) - Ciência Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/T.90.2014.tde-07042014-135015. Acesso em: 20 de fevereiro de 2019.

BRÜSEKE, F. J. **O problema do desenvolvimento sustentável**. In: CAVALCANTI C. (Org.). Desenvolvimento e natureza: Estudos para uma sociedade sustentável. INPSO/FUNDAJ, Instituto de Pesquisas Sociais, Fundação Joaquim Nabuco, Ministério de Educação, Governo Federal, Recife, Brasil. Outubro 1994. p. 262.

BORGES, A. E. de A.; LIMA, V. W. N.; VASCONCELOS, W. B. de C.; CRUZ, O. R. M. A necessidade de implementação do regime de colaboração entre os entes federados para o cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. *InterScientia*, João Pessoa, v.2, n.2, p.96-112, maio/ago. 2014.

BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 7(2):5-25, Agosto /2001.

BORDE, E.; HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M. F de S.; Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Revista Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 39, N. 106, P. 841-854, Jul-Set 2015. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000300841&script=sci\\_arttext#](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042015000300841&script=sci_arttext#) . Acesso em: 10 de outubro de 2018.

BISCARDE, Daniela Gomes dos Santos. **Gestão regional do SUS nas Regiões Metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder**. 299 f. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21631/1/TESE%20DANIELA%20BISCARDE.2016.pdf> . Acesso em: 17 de fevereiro do 2019.

BULGARELLI, P. T.; BEDIN, D. M.; BULGARELLI, A. F.; MARCHI, R. J de. Vivenciando a Territorialização na Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/168892/001016609.pdf?sequence=1> . Acesso em: 10 de fevereiro de 2019.

CASTRO, A. L. B. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Financiamento da atenção básica no SUS. **Texto preparatório para o abrascão 2018**. Disponível em: <http://www.palmeira.pr.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/Financiamento-do-SUS.pdf>. Acesso em 12 de fevereiro de 2019.

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

CDSS. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde, 2010.

CRATO. Prefeitura Municipal. Plano Diretor Municipal. 2005.

CORVALÁN, C.; BRIGGS, D.; KJELLSTROM, T. Development of environmental health indicators. In: BRIGGS, D.; CORVALAN, C.; NURMINEN, M. Linkage methods for environment and health analysis. General guidelines. analysis. General guidelines Genebra: UNEP, **USEPA**, WHO, 1996. pp.19-53.

CHACON, S. S. **O Sertanejo e o caminho das águas**: políticas públicas, modernidade e sustentabilidade no semi-árido. Fortaleza: BNB, 2007.

CARVALHO, A. P de. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. **Gv Executivo**, V. 14. N. 2 JUL/DEZ 2015.

COSTA, M. A. Como avaliar o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável? Desafios e possibilidades para a agenda global de avaliação. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**. v.3, n.1, Junho/2018, pp. 100-123.

CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA ,B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde Saúde. **Revista Soc. São Paulo**, v.26, n.3, p.676-689, 2017.

CAMPOS, G.W.S.; FIGUEIREDO, M.D.; PEREIRA JÚNIOR, N. CASTRO, C.P. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Revista Interface comunicação saúde e educação**. 2014; 18 Supl 1:983-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18s1/1807-5762-icse-18-1-0983> . Acesso em: 05 de Janeiro de 2019.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Revista Saúde Debate I**. Rio de Janeiro, v. 38, N. 103, P. 733-743, Out-Dez 2014.

COSTA, T. C.; VASCONCELOS, T. B de. Processo de territorialização da residência multiprofissional na cidade de Quixadá/CE: relato de experiência. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 15, n. 1, p. 73-81, jan./abr. 2016

CAVENAGHI, S. Data revolution: is Latin America prepared and ready to engage? In: ANNUAL MEETING POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 2015. San Diego. Program of the 2015 Annual Meeting of the Population Association of America. San Diego: PAA, 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 30 de nov. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução 510**, de 07 de abril de dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, 2016c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 30 de nov. 2017.

DAB. **Departamento de Atenção Básica**. Crato/Ce. Novembro de 2018. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php). Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

Departamento de Atenção Básica. Brasil (2017). Ministério da saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=&cod=2372>. Acesso em: 01 de fevereiro de 2019.

DUBOW, C.; BORBA, T.T de C.; SANTOS, R.C.; GARCIA, E. L. KRUG, S. B. F. Participação Social na Implementação das Políticas Públicas de Saúde: uma revisão crítico reflexiva. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.8, n.2, mai-ago, p.103-111, 2017.

FLORÊNCIO LIMA, D.; LINDBINSKI PEREIRA, D.; FRANCOLY FRANCISCON, F.; DOS REIS, C.; DA SILVA LIMA, V.; Pacífica Conhecimento e uso de plantas medicinais por usuários de duas unidades básicas de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, vol. 15, núm. 3, mayo-junio, 2014, pp. 383-390 Universidade Federal do Ceará Fortaleza, Brasil.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P de.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. dos A.; Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6):1869-1878, 2015.

FIGUEIREDO, R.A de.; ALCÂNTARA, L. C. S.; MORAIS, J. P. G de.; SAIS, A.C.; OLIVEIRA, R.E. Resiliência em sistemas socioecológicos, paisagem rural e agricultura. **Revista Ciência, Tecnologia e Ambiente**. Vol. 5, No. 1, 49-57. 2017.

FRANCO, M.A.S. Pesquisa-Ação: a Produção Partilhada de Conhecimento. **Revista UNOPAR Científica Ciências Humanas e Educação**, v. 11, n. 1, 2014.

FELICIANO, Antonio Marcos. Inclusão digital rural: capilaridade para ações de governo eletrônico. **Revista Democracia Digital e Governo Eletrônico**, v. 2, n. 3, 2010.

FILHO, J.C.A. O; JUNIOR, M, A.M. Igreja e movimentos sociais: o papel das CEB'S e a luta pela moradia na cidade do Crato – Ceará. **Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**. Recife, V. 03, N. 02, 2014.

FIGUEIREDO, M.Z.A.; CHIARI, B.M.; GOULART, B.N.G de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comun**, São Paulo, 25(1): 129-136, abril, 2013.

FEIL, A. A.; SCHREIBER, D. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: desvendando as sobreposições e alcances de seus significados. **Cad. EBAPE.BR**, v. 14, nº 3, Artigo 7, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2017.

FERREIRA, F. V.; RÉGO da ROCHA, G. O.; BRAGANÇA, M. M.L.; SILVA dos SANTOS, M.; AVIZ de MIRANDA, S. Educação em Saúde e Cidadania: Revisão Integrativa. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 12, núm. 2, 2014, pag. 263-278 Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Rio de Janeiro, Brasil.

FREIRE, P. **Conscientização**. Editora Cortez. São Paulo.2018. Disponível em [https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=aldjDwAAQBAJ&oi=fnd&pPT5&dq=conscientização+paulo+freire&ots=oSfSZDU3O&sig=QiaufLRbPYrGKwj4LM\\_xXnRCEcl#v=onepage&q=conscientização%20paulo%20freire&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=aldjDwAAQBAJ&oi=fnd&pPT5&dq=conscientização+paulo+freire&ots=oSfSZDU3O&sig=QiaufLRbPYrGKwj4LM_xXnRCEcl#v=onepage&q=conscientização%20paulo%20freire&f=false). Acesso em 10 de Janeiro de 2019.

FELSKY, C. N.; LIMA, R. de C. D.; GARCIA, A. C. P.; FRANÇA, T.; ANDRADE, M. A. C. Gestão do trabalho na saúde: com a palavra, atores da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 18(1): 102-110, jan-mar, 2016. Disponível em: [http://www.obsnetims.org.br/uploaded/1\\_6\\_2017\\_0\\_atores\\_Estrategia\\_Saude\\_Familia.pdf](http://www.obsnetims.org.br/uploaded/1_6_2017_0_atores_Estrategia_Saude_Familia.pdf). Acesso em 14 de fevereiro de 2019.

FERREIRA, C. AUGUSTO DE PAULA. A PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL Nº55/2016 E OS POSSÍVEIS IMPACTOS PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA. *In*: Congresso Brasileiro de Direito Empresarial e Cidadania, Percurso. **Anais**. VII CONBRADEC. vol.01, nº.20, Curitiba, 2017. pp. 68. Disponível: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/percurso/article/viewFile/2435/1458>. Acesso em: 03 Marco de 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed.São Paulo –SP: Atlas, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006, 206p.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C.L.; WAN DER MAAS, L.; FARAH, J.; FREIRE, J.A. O Trabalho Precário em Saúde: Tendências e Perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio 2010. Disponível em: [http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos\\_pdf/F17\\_O\\_T\\_RABALHO\\_PRECARIO\\_EM\\_SAUDE\\_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVA\\_S.pdf](http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/dialogos2/Biblioteca/Artigos_pdf/F17_O_T_RABALHO_PRECARIO_EM_SAUDE_TENDENCIAS%20E%20PERSPECTIVA_S.pdf) . Acesso: 03 de fevereiro de 2019.

GOMIDE, M.; SCHÜTZ. G.E.; CARVALHO, M. A. R. de.; CÂMARA, V. de M. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. **Cad. Saúde Colet.**, 2015, Rio de Janeiro, 23 (3): 222-230.

GUIMARÃES, R. P.; FONTOURA, Y. S. dos R. da. RIO+20 OU RIO-20? CRÔNICA DE UM FRACASSO ANUNCIADO. **Revista Ambiente & Sociedade**. São Paulo v. XV, n. 3. p. 19-39 . set.-dez. 2012.

GARCIA, A.C. P.; LIMA, R de C. D.; FREITAS, P de S. S.; FACHETTI, T.; ANDRADE, M. A. C. O trabalho em equipe na estratégia saúde da família. **Revista Epidemiologia Controle de Infecção**. Ano V - Volume 5 - Número 1 - 2015 - Jan/Mar.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-A, M.; Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Revista Saúde Soc**. São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R.; RESENDE, V.A.; HORTA, N. de C. promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **Revista Enfermagem**. Cent. O. Min. 2011 jan/mar; 1(1):94-102

GONÇALVES, C. C. M.; BÓGUS, C. M. PARTICIPAÇÃO SOCIAL, PLANEJAMENTO URBANO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CAMPO GRANDE (MS). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 15, núm. 2, Maio-Agosto, 2017, p. 00. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406756957016> . Acesso em: 11 de fevereiro de 2019.

IBGE. Censo 2010. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/> . Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades** .Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/juazeiro-do-norte/panorama> . Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

IPECE. **Perfil Municipal do Crato 2017.** Instituto de Pesquisa e estratégia Econômica do Ceará. 2018. Disponível em: [https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Crato\\_2017.pdf](https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Crato_2017.pdf) . Acesso em 02 de Fevereiro de 2019.

IANNI, A.M.Z. O campo temático das ciências sociais em saúde no brasil. **Tempo social.** 2015,27(1):13-32.

JESUS, A. S de.; CARVALHO, J. C de. Processos erosivos em área urbana e as implicações na qualidade de vida. **Boletim Goiano de Geografia.** (Online). Goiânia, v. 37, n. 1, p. 1-17, jan./abr. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/bgg/article/view/46239> . Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

KASTRUP, E.; RASGA, M.; DUROVNI, B.; BRAGA, A. Percepção de especialistas em saúde sobre a agenda 2030. Ministério da saúde. Fiocruz. 2018. Disponível em: [cee.fiocruz.br](http://cee.fiocruz.br). Acesso em: outubro de 2018.

KATES. R. W.; PARRIS, T. M.; LEISEROWITZ, A. Environment: Science and Policy for Sustainable Development. Volume 47, Number 3, pages 8–21. 2005. Disponível em: <http://www.heldref.org/env.php> . Acesso em 10 de junho de 2018.

KVETON, V.; LOUDA, J.; SLAVIK, J.; PELUCHA, M. Contribution of Local Agenda 21 to Practical Implementation of Sustainable Development: The Case of the Czech Republic. **European Planning Studies.** 22:3, 515-536. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09654313.2012.753994>. Acesso em 10 de setembro de 2018.

LOBATO, L. V. C.; MARTICH, E.; PEREIRA, I. D. F. Prefeitos eleitos, descentralização na saúde e os compromissos com o SUS. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 40, N. 108, P. 74-85, JAN-MAR 2016. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00074.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00074.pdf) . Acesso em 02 de fevereiro de 2019.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos).** 2 ed., Caxias do Sul. RS: Educs, 2005.

LAWINKY, M. L de J. **Diálogo entre os conceitos de abordagem ecossistêmica à saúde no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Centro de Desenvolvimento Sustentável. Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

MARTINE, G.; ALVES, J. E. D. Economia, sociedade e meio ambiente no século 21: tripé ou trilema da sustentabilidade?. **Revista bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, 2015.

MENDONÇA, M. P. de. Políticas Públicas – Desafios do Milênio. **Revista Percorso Acadêmico**. Belo Horizonte, v. 5, n. 10, p. 326-328, jul./dez. 2015.

MARQUES, J. B.; APRÍGIO, D de P.; MELLO, H. L. S de; SILVA, J. D.; PINTO, L. N.; MACHADO, D de C. D.; BASTOS, V. H DO V.; Contribuições da equipe multiprofissional de saúde no programa saúde da família (PSF): uma atualização da literatura. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.31, nº.2, jul./dez., 2007. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

MACHADO, J de F. F. P.; CARLI, A. D. de; KODJAOGLANIAN, V. L.; SANTOS, M. L de M dos; Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Revista Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 102-113, Jan-Mar 2015.

MAEYAMA, M. A.; JASPER, C. H.; NILSON, L. G.; DOLNY, L. L.; CUTOLO, L. R.A. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.2, n.2, 2015.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 1033-1043, out-dez 2015.

NASCIMENTO, R.C.R.M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JUNIOR, A.A.; GOMES, I.C.; COSTA, E.A.; LEITE, S.N, et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**. 2017;51 Supl 2:10s.

NILO, A.; FERNANDES, C. Garantir Desenvolvimento Sustentável. O desafio das nações até 2030. **Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) Brasil**. Análise n. 10. 2015. Disponível em: <http://www.fes.org.br/> . Acesso em: outubro de 2018.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: Uma História recente de um passado remoto. In: Campos, G.W.S et al., organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2. Ed. rev .aum. São Paulo: HUCITEC, 2013.

OTERO, P. B. G.; NEIMAN, Z. Avanços e desafios da educação ambiental brasileira entre a rio92 e a rio+20. **Revista Brasileira de Educação Ambiental**, São Paulo, V. 10, Nº 1: 20-41, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **17 Objetivos para transformar nosso mundo**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/> . Acesso em 10 de março de 2018.

OSMO, A.; LILIA SCHRAIBER, B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf) . Acesso em: 03 de Fevereiro de 2019.

OLIVEIRA, M. L. C.; FARIA, S. C. de. Indicadores de saúde ambiental na formulação e avaliação de políticas de desenvolvimento sustentável. **Revista Brasileira de Ciências Ambientais** – n. 11, Dez. 2008.

PORTO, M. F. de S. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 22(10):3149-3159, 2017.

PORTO, M. F. de S.; ROCHA, D.F da; FINAMORE, R. Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10):4071-4080, 2014.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. The Lancet, [online] 9 May, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf) . Acesso em 1 de fevereiro de 2019.

PAIN, J.S.; ALMEIDA FILHO, N de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. 158 p.

PAIM J. S. Primary Health Care: a recipe for all seasons?. **Saúde debate**. vol.36 no.94 Rio de Janeiro July/Sept. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042012000300004&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010311042012000300004&script=sci_artt_ext) . Acesso em: 16 de dezembro de 2018

PRMSC. **Programa de residência multiprofissional em saúde coletiva**. Universidade Regional do Cariri- Urca, 2017.

PROEMA. Relatório de Impacto Ambiental – RIMA. **Relatório de impacto sobre o meio ambiente – recuperação ambiental e urbanização do bairro Seminário**. Disponível em: <https://www.semace.ce.gov.br/2012/06/14/recuperacao-ambiental-e-urbanizacao-do-bairro-seminario/>. Acesso em: 05 de janeiro de 2019.

PESSOA, V.M. Abordagem do território na constituição da integralidade em saúde ambiental e do trabalhador na atenção primária à saúde em Quixerê-Ceará. 2010. **Dissertação**. Mestrado em saúde pública. Universidade Federal do Ceará. 2010.

PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2012**. PNUD, março de 2012.

PHILIPPI JR., A. SOBRAL, M. do C., FERNANDES, V. C. A. C.S. Desenvolvimento sustentável, interdisciplinaridade e Ciências Ambientais. **RBPG**, Brasília, v. 10, n. 21, p. 509 - 533, outubro de 2013.

PINHEIRO, R. L.; GUANAES, C.O conceito de rede social em saúde: pensando possibilidades para a prática na estratégia saúde da família. **Revista Nova Perspectiva Sistêmica**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 9-25, ago. 2011.

ROCHA, R. M. G. S. Educação ambiental na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos dos usuários. 2016. **Dissertação** de Mestrado. Curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem. 2016.

RIGOTTO, R.M, AUGUSTO, L.G.S. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 4:S475-S501, 2007.

ROSO, A., ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, 3(1), 83-95, 2014

SANTOS, A. M dos; NÓBREGA, I. K. S da. ASSIS, M. M. A.; JESUS, S. R de. KOCHERGIN, C. N.; BISPO JÚNIOR, J. P. ALVES, J. de S.; SANTANA, K. C.

Desafios á gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Revista APS**. 2015 jan/mar; 18(1): 39 - 49.

SCHERER, M.D.A.; OLIVEIRA, C.I.; CARVALHO, W.M.E.S.; COSTA, M.P. Specialization courses on Health Family: what can training change in the work? **Interface (Botucatu)**. 2016; 20(58):691702.

SPERONI, K.; FRUET, I.M. DALMOLIN, G. LIM, A. S.B. Percepções dos agentes comunitários de saúde: contribuições para a gestão em saúde. **Rev Cuid**. 2016; 7(2): 1325-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.338> . Acesso em 10 de fevereiro de 2019.

SINGER, P. Desenvolvimento capitalista e desenvolvimento solidário. **Revista Estudos Avançados**. 18 (51), 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v18n51/a01v1851.pdf> . Acesso em: 12 de agosto de 2017.

SINGER, Paul. **Introdução à Economia Solidária**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Cia. das Letras, 2010

SOBRAL, A. Modelos de organização e análise dos indicadores. In: BRASIL. Saúde ambiental guia básico para construção de indicadores. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_ambiental\\_guia\\_basico.pdf%3E%20%20Acesso%20em:%207](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiental_guia_basico.pdf%3E%20%20Acesso%20em:%207) . Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

SOARES, B.F.; CHACON, S. S.; QUEIROZ, I. da S.; SOUZA, F.L. M. Território e espaço urbano: uma análise sobre o processo de formação/expansão do bairro seminário em crato – ce. **Revista de Geografia** (Recife) V. 34, No. 3, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistageografia/article/view/229286> . Acesso em: 07 de janeiro de 2019.

SARTORI. S.; LATRÔNICO, F.; CAMPOS, L. M.S. Sustentabilidade e Desenvolvimento Sustentável: Uma Taxonomia no Campo da Literatura. **Ambiente & Sociedade**. São Paulo v. XVII, n. 1. p. 1-22 . jan.-mar. 2014.

SETTI, A. F.F. **Efetividade de estratégias territorializadas de desenvolvimento sustentável e saúde: Constituição e aplicação de uma matriz avaliativa**. Tese. Doutorado em saúde pública. Universidade de São Paulo, 2015.

STREZOV, V.; EVANS, A.; EVANS, T.J. Assessment of the Economic, Social and Environmental Dimensions of the Indicators for Sustainable Development.

Sustainable Development. 2016. Disponível em: <https://researchers.mq.edu.au/en/publications/assessment-of-the-economic-social-and-environmental-dimensions-of> . Acesso em 10 de agosto de 2018.

SILVA, C. H. R. T. Rio+20: avaliação preliminar de resultados e perspectivas da conferência das nações unidas sobre desenvolvimento sustentável. **Núcleos de estudo e pesquisa**. Senado Federal. 2012

SACHS, I. **Em busca de novas estratégias de desenvolvimento**. In: SACHS, I. Rumo à ecossocialeconomia. São Paulo: Cortez, p.247-284, 2007.

SACHS, I. **Caminhos para o Desenvolvimento Sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

SACHS, I. **Estratégias de transição para o século XXI: desenvolvimento e meio ambiente**. São Paulo: Nobel, 1993.

SILVA, M. J. de S. **O Conceito de saúde na saúde coletiva: Contribuição a partir da crítica social e histórica à tomada do corpo e seu adoecimento na medicina da modernidade**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. 2017.

SCHRAIBER, L. B. **Saúde coletiva: um campo vivo**. In: PAIM, J. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 9-19.

SUANNO, M. V. R.; MELO, K. A.; VIANA, C.; PESSONI, L. M. D. L.; REIS, M. B. D. F.; SANTOS, L. P. Cidades sustentáveis e Escolas sustentáveis: projeto coletivo inter/transdisciplinar. **Revista Desafios**. 1(1), 188-209.2015. Disponível em: <https://doi.org/10.20873/uft.2359-3652.2014v1n1p188> VILAÇA, 2016. Acesso em: 10 fevereiro de 2018.

SCHÄFFER, A. L.; MARTINS E MARTINS, D. E. Utilização do Modelo FPSEEA aplicado a indicadores de saúde ambiental nos estados brasileiros. **Revista Brasileira de Gestão Ambiental e Sustentabilidade**. (2018): 5(9): 361-372.

Disponível em: <http://revista.ecogestaobrasil.net/v5n9/v05n09a24a.html> .

Acesso em: 18 de fevereiro de 2019.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2005.

TRAJMAN, A.; SARACENI, V.; DUROVNI, B. Os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a tuberculose no Brasil: desafios e potencialidades. **Cad. Saúde Pública**. V.34(6).2008.

TRAJBER, R.; SATO, M.; Somos aprendizes de escolas sustentáveis. **Revista margens interdisciplinar** .v.7 n. 9. 2013.

UNITED NATIONS (UN). 1992. Agenda 21. UN **Conference on Environment and Development**. 3-14 Jun. 1992, Rio de Janeiro, Brasil.

UNITED NATIONS NEW YORK. Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015.

UNIC, Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil. (UNIC Rio), Última edição em 13 de outubro de 2015. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org> . Acesso em 25 de setembro de 2018.

VAZ VIDAL, S.; Motta, L. C de S.; GOMES, A. P.; BATISTA, R. S. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias **Revista Bioética**, vol. 22, núm. 2, 2014, pp. 347-357. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-80422014000200017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000200017&lng=pt&tlng=pt) . Acesso em: 10 de Janeiro de 2019.

VEIGA, José Eli da. **Desenvolvimento sustentável –desafio do século XXI**. Rio de Janeiro, Garamond, 2005.

VEIGA, J. E da. **Para entender o desenvolvimento sustentável**. São Paulo: Editora 34, 2015 (1<sup>o</sup> edição).232p.

VEIGA, J.; ZATZ, L. **Desenvolvimento Sustentável, que bicho é esse?** Campinas: Autores Associados, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L. B. O que é saúde Coletiva? In: Paim, J.S. Almeida Filho, N, Organizadores. **Saúde coletiva: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med book, 2014.p. 3-12.

WAAS. T.; HUGÉ, J.; BLOCK THOMAS.; WRIGHT, T.; CAPISTROS, F.B. VERBRUGGEN, AVIEL. Sustainability Assessment and Indicators: Tools in a Decision-Making Strategy for Sustainable Development. **Sustainability**. 2014, 6, 5512-5534. Disponível em: [www.mdpi.com/journal/sustainability](http://www.mdpi.com/journal/sustainability) . Acesso em 25 de maio de 2017.

WOOD, R.; STADLER, K.; BULAVSKAYA, T.; LUTTER, S.; GILJUM, S.; KONING, A DE; KUENEN, J.; SCHÜTZ,HELMUT.; FERNÁNDEZ, J. A.; USUBIAGA, A.; SIMAS, M.; IVANOVA, OLGA.; WEINZETTEL ,JAN.; SCHMIDT, J. H.; MERCIAI, S.; TUKKER, A. Global Sustainability Accounting—Developing exiobase for Multi-Regional Footprint Analysis. **Sustainability** 2015, 7, 138-163. Disponível em: [www.mdpi.com/journal/sustainability](http://www.mdpi.com/journal/sustainability) . Acesso em: 25 de julho de 2018.

WEYKAMP, J. M.; CECAGNO, D.; HERMEL, P. P.; TOLFO, F. D.; SIQUEIRA H. C. H de. Motivação: Ferramenta de Trabalho do Enfermeiro na Prática da Educação em Saúde na Atenção Básica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Volume 19, Número, 1, Páginas 5-10. 2015.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. What can be done about inequalities in health. **Public Health**. 1991.

WCED - World Commission on Environment and Development. Our Common Future. Oxford: **Oxford University Press**, 1987. Disponível em: [https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/152/WCED\\_v17\\_doc149.pdf?sequence=1](https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/152/WCED_v17_doc149.pdf?sequence=1) .

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Prezado (a) Sr(a),**

Sou aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento Regional Sustentável na Universidade Federal do Cariri -UFCA e orientando da Prof. Dr<sup>a</sup> Francisca Laudeci Martins Souza da Universidade Regional do Cariri – URCA e co-orientador o Prof. Dr. Francisco Elizauo de Brito Junior, como requisito para obter o título de Mestre, estou desenvolvendo uma pesquisa junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família do misericórdia, residentes do ano 1 em saúde coletiva (URCA) lotados nessa ESF e líderes comunitários da área do Misericórdia no bairro seminário no município do Crato - CE, com o objetivo **Identificar a interface dos processos de trabalho em vigilância a saúde com o desenvolvimento sustentável no âmbito da atenção básica para o fortalecimento do ODS 3 no território.**

Diante disso, convido você a participar da pesquisa que acontecerá em três fases, caracterizadas de oficinas temáticas sobre o desenvolvimento sustentável e sua relação com as práticas de trabalho de vigilância em saúde, desenvolvidas na ESF Misericórdia na perspectiva do Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 03 (ODS 03). Durante a pesquisa você irá participar de um momento (1<sup>o</sup> oficina) expositivo sobre os conceitos de desenvolvimento sustentável e discutirá em grupo perguntas sobre a temática, a sua fala será gravada, pois os dados coletados serão analisados sob a perspectiva qualitativa. Nos outros dois momentos (oficina 2 e 3) você irá eleger em grupo as fragilidades da ESF para que se atinja as metas do ODS 03 e em seguida traçar um plano de ação para reverter a fragilidade identificada.

Participando dessa pesquisa você estará exposto (a) a riscos como; Interferência na rotina profissional e pessoal; Constrangimento de não saber responder as perguntas durante a discussão em grupo; Divergências de opiniões sobre a temática ao expor o pensamento; Não possuir habilidade de falar em público durante o ato do discurso grupal; Cansaço ou aborrecimento em participar dos momentos das oficinas; Desconforto ou alterações do comportamento durante as gravações; Quebra de sigilo e identificação do participante.

Frente a esses riscos adotaremos as seguintes medidas para saná-los: Os dias e horários para a realização das oficinas serão marcados em conjunto com os participantes levando em consideração as suas dinâmicas de vida e disponibilidade; Deixar claro para os participantes que não é obrigatório responder as perguntas caso não se sintam confortáveis e seguros; Os mediadores dos grupos de discussão serão previamente treinados para a solucionar conflitos que venham a surgir durante o diálogo grupal, garantindo a ordem das falas e o direito de todos se expressarem espontaneamente; Os participantes ficarão livres para formarem os grupos para discussão de acordo com suas afinidades; Informar e garantir que todos os participantes poderão desistir de serem informantes da pesquisa em qualquer uma de suas fases e sem precisar apresentar justificativa.

Ainda para minimizar os riscos garantiremos que: As oficinas acontecerão em um ambiente confortável e que atenda às necessidades dos participantes, sempre estando atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto; As perguntas norteadoras serão repetidas quantas vezes forem necessárias para o entendimento dos participantes sendo elaboradas de forma clara, didática e objetiva evitando constrangimentos; As apresentações das oficinas serão didáticas, dinâmicas, com linguagem clara, objetiva e em um curto período de tempo, evitando aborrecimento e impaciência quanto ao tema; Garantir junto a secretaria de saúde e a coordenação da residência multiprofissional em saúde coletiva a liberação dos profissionais de suas atividades no turno destinado a participação da oficina contando como carga horária de trabalho; As falas serão gravadas sem identificação dos nomes dos participantes e somente o pesquisador terá acesso as falas gravadas, favorecendo o sigilo; A pesquisa será suspensa caso se perceba algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa que não foi prevista nesse termo de consentimento.

Como benefícios essa pesquisa ofertará novos conhecimentos acerca da temática do desenvolvimento sustentável e sua relação com a saúde através da discussão em grupo nas oficinas, proporcionará maior interação entre profissionais, residentes em saúde coletiva da ESF misericórdia com representantes da comunidade fortalecendo os vínculos e possibilitará, o reconhecimento da importância em quanto sujeito (pessoa) na busca por um mundo melhor para as futuras gerações.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguradas absoluto sigilo, sobre sua participação, sendo feito todos os esforços para preservar o anonimato. Todos os relatos e gravações serão utilizados apenas para fins científicos e ficarão sob responsabilidade do pesquisador por 5 anos, de acordo com a Resolução 466/12 do CNS. Cabe ressaltar que a sua participação é estritamente voluntária e sinta-se absolutamente a vontade em deixar de participar da pesquisa a

qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa, no caso de desistência, não haverá riscos de prejuízos.

Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação na pesquisa. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido.

Você receberá cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. **Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFCA para tirar dúvidas ou fazer uma denúncia pelo telefone (88) 33125006, e-mail:cep@ufca.edu.br ou pessoalmente na Rua Divino Salvador, 284, Centro, Barbalha -Ceará.**

O pesquisador responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Atenciosamente,

Diones Gomes da Silva

**Mestrando em Desenvolvimento Regional Sustentável  
Universidade Federal do Cariri**

**Dados do pesquisador**

Diones Gomes da Silva

Mestrando em Desenvolvimento Regional Sustentável - UFCA

Contato: 88996650424

Rua José Antônio dos Santos, 110, Lagoa Seca, Juazeiro do Norte

Dhiones.gomes@hotmail.com

**Endereço da Instituição**

Universidade Federal do Cariri- UFCA

Endereço: s/n, R. Icaro de Sousa Moreira - Barro Branco, CE

Telefone: (88) 3221-9502

**DECLARAÇÃO DE ACEITE DO PARTICIPANTE**

Eu, \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li este documento e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Crato, Ce \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

---

**ASSINATURA DO PARTICIPANTE**



## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Diante dos esclarecimentos lidos no **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** eu, \_\_\_\_\_  
 aceito participar da pesquisa intitulada **A INTERFACE DA SAÚDE COLETIVA E O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE COMO CAMPO DE PRÁTICAS PARA O FORTALECIMENTO DO ODS 3**

Aceito participar das oficinas, bem como autorizo a gravação da discussão do roteiro a ser realizada e a utilização das informações para fins científicos.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE:

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

#### **Pesquisador**

Diones Gomes da Silva

Mestrando em Desenvolvimento Regional Sustentável

Universidade Federal do Cariri

Contato: 88996650424

Rua José Antônio dos Santos, 110, Lagoa Seca, Juazeiro do Norte

Dhiones.gomes@hotmail.com

#### **Endereço da Instituição de ensino**

Universidade Federal do Cariri- UFCA

Endereço: s/n, R. Icaro de Sousa Moreira - Barro Branco, CE

Telefone: (88) 3221-9502

#### **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFCA (Dúvidas ou Denúncias)**

Telefone: (88) 33125006

E-mail: cep@ufca.edu.br

Endereço: Rua Divino Salvador, 284, Centro, Barbalha -Ceará.

## APÊNDICE C



**Roteiro da oficina Temática 1**  
**A interface entre o desenvolvimento sustentável e os**  
**processos de trabalho em saúde**

**DATA:** \_\_\_\_\_

**Questões Norteadoras**

1. O que você pensa /relaciona quando escuta a expressão desenvolvimento sustentável?
2. Como você compreende a relação da saúde com o desenvolvimento sustentável?
3. Qual importância tem o desenvolvimento sustentável para o trabalho da ESF?
4. Na sua percepção quais são as ações desenvolvidas na ESF Misericórdia que contribuem para o desenvolvimento sustentável?

## APÊNDICE D



## INSTRUMENTO DA OFICINA TEMÁTICA 2 - As fragilidades e potencialidades nos processos de trabalho em saúde na perspectiva do 3 ODS

### Quadro resumo das metas estratégicas para o ODS 3

1. Reduzir a taxa de mortalidade materna;
2. Desenvolver ações para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos;
3. Reduzir a taxa de mortalidade materna;
4. Desenvolver ações para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos;
5. Reduzir o número de gestantes com HIV, sífilis em gestantes e sífilis congênita;
6. Implementar estratégias para redução do número de caso de DST/AIDS;
7. Estratégias redução da incidência de tuberculose, doenças tropicais negligenciadas (Leishmaniose, esquistossomose, chagas, hanseníase, dengue, Chikungunya, Zika vírus, helmintíases, tracoma) e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis;
8. Desenvolver ações para reduzir a mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis (câncer, diabetes, obesidade, hipertensão e outras) via prevenção e tratamento;
9. Implantar ações para promover a saúde mental e o bem-estar;
10. Criar estratégias para prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
11. Oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva;
12. Implementar ações para o controle do Tabaco;
13. Criar estratégias para o acesso a Imunização;

**ANEXOS**

## ANEXO A

**Declaração de anuência da instituição Co-participante.****PREFEITURA DO  
CRATO**ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DO CRATO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO  
CO-PARTICIPANTE**

Eu, Milenna Alencar Brasil, Secretária Adjunta de Saúde do Município do Crato, CPF nº 759.001.303-04 e RG nº 95029126572 SSP- CE declaro ter lido o projeto de pesquisa intitulado **“A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E SUA INTERFACE COM O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO COMO CAMPO DE PRÁTICA.”** de responsabilidade da pesquisadora **Profª. Drª Francisca Laudeci Martins Souza**, e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação da Universidade Federal do Cariri - UFCA, autorizaremos a realização deste projeto de dissertação nesta Secretaria de Saúde, CNPJ: 07.587.975/0001-7, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Crato – CE, 09 de outubro de 2018.

 **Secretaria de Saúde do  
Município de Crato - CE**

---

**Milenna Alencar Brasil**  
Secretária Adjunta Municipal de Saúde

## ANEXO B

## Anuência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional do Cariri



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM SAÚDE COLETIVA



### TERMO DE ANUÊNCIA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde coletiva da Universidade Regional do Cariri concede deferido o pedido encaminhado via ofício nº 05/2018.09.05 e autorizo realização da pesquisa sob responsabilidade do pesquisador Diones Gomes da Silva, acadêmico do programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional Sustentável da Universidade Federal do Cariri intitulada de A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E SUA INTERFACE COM O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO COMO CAMPO DE PRÁTICA e a participação dos residentes matriculados no ano 1 e lotados na Estratégia Saúde da Família do Misericórdia.

Crato, CE, 01, de outubro de 2018

**Prof.ª. Dr.ª. Álissan Karine Lima Martins**  
Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde  
Coletiva - URCA

## Modelo do formulário de Instrumento de Análise do Discurso 2

### PERGUNTA Nº 01

O que você pensa /relaciona quando escuta a expressão  
desenvolvimento sustentável?

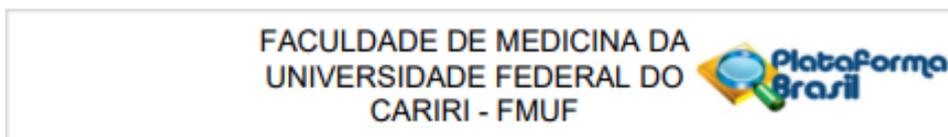
Síntese IC- A: PRESERVAR O PLANETA PARA AS GERAÇÕES FUTURAS		
EXPRESSÕES-CHAVES	IDEIAS CENTRAIS	DSC
<b>P 18.</b> <i>Suprir a necessidade da geração atual sem comprometer as gerações futuras.</i>	Suprir a necessidade da geração atual sem comprometer a geração futura <b>(A)</b>	É o equilíbrio entre as ações do homem e a preservação da natureza. Quando você trabalha os recursos do ambiente no dia a dia de uma forma que não torne limitado. É o que a gente faz que não agride a natureza, suprimindo nossas necessidades, pensando na continuidade do meio ambiente para preservar o nosso planeta e para que as futuras gerações tenham condições de usufruir. Para nossa atual sobrevivência devemos lutar por um planeta melhor fazendo algo em benefício ao próximo, pensando no futuro.
<b>C 01.</b> <i>É equilíbrio entre as ações do homem e a preservação da natureza, garantindo um futuro melhor.</i>	Equilíbrio das ações do homem e a preservação da natureza para um futuro melhor. <b>(A)</b>	
<b>IPÊ ROSA.</b> <i>É quando você trabalha os recursos que nós temos no ambiente no dia a dia de uma forma que ele não seja limitado.</i>	Transformar o meio ambiente de uma forma que não o torne limitado <b>(A)</b>	
<b>IPÊ AZUL.</b> <i>Tudo aquilo que a gente faz e não agride a natureza e as gerações futuras tenham condições de usufruir também.</i>	Preservação da natureza para gerações futuras <b>(A)</b>	
<b>IPÊ AMARELO.</b> <i>Preservar para o futuro.</i>	Ações de preservação para o futuro. <b>(A)</b>	
<b>IPÊ LILÁS.</b> <i>[...] suprir as nossas necessidades pensando na continuidade do meio ambiente para que as futuras gerações [...] é pensar no futuro para preservar ao máximo o nosso planeta.</i>	(2º ideia) – suprir as nossas necessidades pensando na continuidade do meio ambiente para futuras gerações. <b>(A)</b>  (3º ideia)– Pensar no futuro para preservar o planeta <b>(A)</b>	
<b>P 12.</b> <i>[...]salvar o planeta</i>	Salvação do planeta <b>(A)</b>	

<b>P 15.</b> [...] <i>nossa capacidade de lutar por planeta melhor [...].</i>	Luta por um planeta melhor <b>(A)</b>	
<b>IPÊ LARANJA.</b> <i>É suprir as nossas necessidades e ajudar que as próximas gerações possam suprir as delas.</i>	Atender as necessidades atuais pensando nas próximas gerações. <b>(A)</b>	
<b>ROSA VERMELHA.</b> [...] <i>aquilo que se faz em benefício ao próximo.</i>	Fazer algo em benefício ao próximo <b>(A)</b>	
<b>ROSA BRANCA.</b> [...] <i>forma de sobrevivência atualmente[...]</i>	É para nossa atual sobrevivência <b>(A)</b>	
<b>ROSA AZUL.</b> [...] <i>melhoria do meio ambiente[...]</i>	É uma forma de melhorar o meio ambiente <b>(A)</b>	
<b>ROSA AMARELA.</b> [...] <i>é que você faz hoje pensando no futuro[...]</i>	É o que se faz hoje pensando no futuro. <b>(A)</b>	

\*A tabulação dos IAD 2 poderá ser disponibilizada na íntegra em meio digital pelo e-mail: Dhiones.gomes@hotmail.com

## ANEXO D

## Parecer consubstanciado do CEP



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA E SUA INTERFACE COM O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL: O TERRITÓRIO COMO CAMPO DE

**Pesquisador:** DIONES GOMES DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 96765418.2.0000.5698

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI-UFCA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.050.567

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa pretende sensibilizar o programa de residência multiprofissional em saúde coletiva e a comunidade em geral para o desenvolvimento de práticas de saúde pautada nas dimensões do desenvolvimento sustentável. E tem como disparador conhecer a vivência dos residentes no território de prática com olhar direcionado para o desenvolvimento sustentável e afunilado pelo 3º Objetivo do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que traz metas para saúde e o bem-estar para 2030, proposto pela Organização das Nações Unidas. O estudo acontecerá no Município do Crato-CE na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Misericórdia do Bairro Seminário, participarão da pesquisa os residentes 1 (R1) do programa de residência Multiprofissional em Saúde coletiva – URCA, membros da equipe da ESF e lideranças de bairro.

**Objetivo da Pesquisa:**

## OBJETIVOS

## Objetivo geral

Analisar a interface da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva no âmbito do Desenvolvimento Sustentável na ressignificação dos processos de Trabalho em Vigilância a Saúde

## Objetivo Específico

FACULDADE DE MEDICINA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CARIRI - FMUF



Continuação do Parecer: 3.050.567

Básicas do Projeto	ETO_1206670.pdf	17:06:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinal.pdf	12/10/2018 17:05:29	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/10/2018 17:00:55	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	12/10/2018 16:50:16	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	residencia.jpg	12/10/2018 16:34:53	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	saude.jpg	12/10/2018 16:34:31	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	diones.jpg	12/10/2018 16:32:49	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	26/08/2018 13:12:32	DIONES GOMES DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BARBALHA, 01 de Dezembro de 2018

Assinado por:  
Estelita Lima Cândido  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Divino Salvador, 284  
Bairro: CENTRO CEP: 63.180-000  
UF: CE Município: BARBALHA  
Telefone: (88)3312-5006 E-mail: cep@ufca.edu.br