



SEGUNDA EDIÇÃO
**FORMAÇÃO EM ESTRATÉGIAS
DE EMPODERAMENTO
DE ADOLESCENTES
E JOVENS EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE
SOCIAL - JAVU**

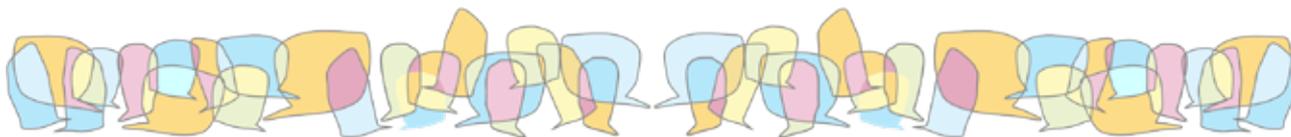
RACKYNELLY ALVES SARMENTO SOARES
ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA
MARIA FATIMA DE SOUSA
JITONE LEÔNIDAS SOARES
ANA VALÉRIA MACHADO MENDONÇA
(ORGANIZADORES)

2020



MINISTÉRIO DA
SAÚDE





Formação em estratégias de empoderamento de adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social – JAVU

2ª Edição

Ficha Técnica

Esta obra é licenciada nos termos Creative Commons, sendo todos os direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, desde que citada a fonte.

© 2020

Universidade de Brasília - UnB
NESP – Núcleo de Saúde Pública

Coordenação do Curso Técnico-Pedagógica
Coordenadora UTICS e Coordenadora do NESP/UnB
Prof.^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

UEPSF (Unidade de Estudos de Saúde da Família)

Coordenadora técnica do curso
Prof.^a Dra. Rackynelly Alves Sarmento Soares

Docentes e conteudistas

Módulo 1

Prof Me Doutorando Jitone Leônidas Soares

Módulo 2

Prof^a Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Módulo 3

Prof^a Dra. Silvia Renata Lordello

Módulo 4

Prof^a Ma. Elizabeth Alves de Jesus Prado

Módulo 5

Prof^a Dra. Dais Gonçalves Rocha e Gabriela Fogaça

Módulo 6

Prof^a Dra. Juliane Andrade e

Prof^a Dra. Andréa Leite Ribeiro

Módulo 7

Prof^a Dra. Sheila Giardini Murta

Módulo 8

Prof^a Dra. Marlúcia Ferreira do Carmo e

Prof^o Lucas Alves Bezerra

Módulo 9

Prof^o Dr. Edu Turte Cavadinha

Módulo 10

Prof^a Maíra Gussi de Oliveira, Prof^a Dra. Maria Aparecida Gussi e Prof^a Dra. Maria da Glória Lima

Topografia Social

Prof^a Dra. Rudgy Pinto de Figueiredo e

Prof^a Dra. Vilma de Lurdes Barbosa e Melo

Equipe técnica e produção de EaD

Rafael Valentim

Prof. Me. João Paulo Fernandes da Silva

Prof.^a Dra. Rackynelly Alves Sarmento Soares

Coordenador de Produção de Educação a Distância

Prof. Me. Doutorando Jitone Leônidas Soares

Coordenador Pedagógico

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva

Revisor de Textos

Prof. Flávio Rossi de Oliveira Reis

Designer Instrucional

Prof.^a Dra. Rosana Amaro

Designer Gráfico

Daniel Alves Tavares

Web Designer

Gabriel Cavalcanti D'Albuquerque Magalhães

Ilustrador de EaD

Cristiano Silva Gomes

Editor 2/3 D

Cristiano Alves de Oliveira





SEGUNDA EDIÇÃO
**FORMAÇÃO EM ESTRATÉGIAS
DE EMPODERAMENTO
DE ADOLESCENTES
E JOVENS EM SITUAÇÃO
DE VULNERABILIDADE
SOCIAL - JAVU**

RACKYNELLY ALVES SARMENTO SOARES
ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA
MARIA FATIMA DE SOUSA
JITONE LEÔNIDAS SOARES
ANA VALÉRIA MACHADO MENDONÇA
(ORGANIZADORES)

2020

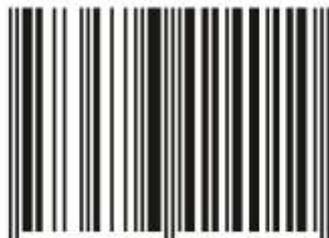


MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ISBN: 978-65-86424-01-0

CSL



9 786586 424010

MÓDULO I
AMBIENTAÇÃO
EM EAD

6

MÓDULO II
EDUCAÇÃO
EM SAÚDE

46

MÓDULO III
JOVENS E
ADOLESCENTES
CONCEITOS
E DEFINIÇÕES

81

MÓDULO IV
POLÍTICAS
PÚBLICAS DE SAÚDE

117

MÓDULO V
REDES
DE PROTEÇÃO

158

MÓDULO VI
VULNERABILIDADE DE
CRIANÇAS E
ADOLESCENTES NO
CONTEXTO ESCOLAR

199

MÓDULO VII
PREVENÇÃO À
VIOLÊNCIA NO
NAMORO ENTRE
JOVENS

233

MÓDULO VIII
DIREITOS SEXUAIS
E REPRODUTIVOS
DE ADOLESCENTES
E JOVENS

269

MÓDULO IX
GÊNERO
NA ESCOLA

300

MÓDULO X
PREVENÇÃO AO USO
DE ÁLCOOL E OUTRAS

332

SOBRE OS
AUTORES

367

PREFÁCIO

Este livro foi desenvolvido, especialmente, para o projeto de extensão “Curso de formação em estratégias de empoderamento de adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social”, da Universidade de Brasília, coordenado por pesquisadores do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/CEAM/UnB).

Carinhosamente chamado de Curso JAVU, por entendermos que a violência acontece em ciclos, e entre grupos populacionais específicos, situação que nos remete a expressão francesa *déjà vu* e também por fazer referência aos Jovens e Adolescentes em situação de Vulnerabilidade. O que queremos? Que esse ciclo não mais exista e é nessa direção que caminhamos.

O Curso JAVU foi desenhado para professores de escolas públicas do Brasil. Tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento de uma cultura inclusiva, emancipatória, não discriminatória, de respeito à diversidade e de cultura de paz no contexto escolar, de modo a promover a saúde de adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social.

Para percorrer essa caminhada, organizamos este livro em dez capítulos, ordenados conforme a sequência didática do Curso JAVU em seu Ambiente Virtual de Aprendizagem. Os princípios básicos da promoção da saúde dos adolescentes e jovens são aqui expressos utilizando uma linguagem simples, leve e fluida, adequada a Educação a Distância.

Em todos os capítulos podemos encontrar sugestões de atividades práticas a serem desenvolvidas na escola, todas alinhadas com os conceitos da Promoção da saúde e objetivando fortalecer as redes de proteção pertinentes aos jovens e adolescentes. A ideia é potencializar a escola como um espaço promotor de saúde.

Finalmente, demonstramos nossa gratidão aos professores do Brasil que participaram/participam do nosso curso, os quais possibilitaram a capilarização de ações promotoras de saúde no âmbito escolar, contribuindo para a prevenção das situações de risco dos adolescentes e jovens, sobretudo, entre aqueles inseridos em situação de vulnerabilidade.

Os organizadores

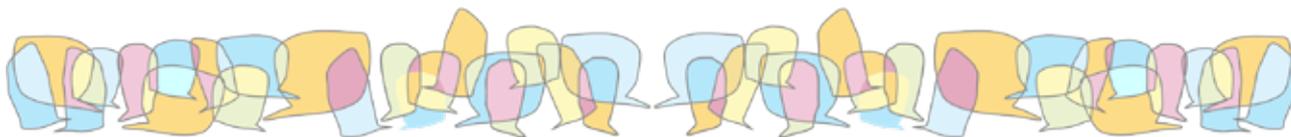


MÓDULO IV

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

ELIZABETH ALVES DE JESUS PRADO

2020



Módulo IV

Políticas Públicas de Saúde

Ficha Técnica

Esta obra é licenciada nos termos Creative Commons, sendo todos os direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização desta obra, em parte ou em sua totalidade, desde que citada a fonte.

© 2020

Universidade de Brasília - UnB
NESP – Núcleo de Saúde Pública

Coordenação do Curso Técnico-Pedagógica

Coordenadora UTICS e Coordenadora do NESP/UnB
Prof.^a Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

UEPSF (Unidade de Estudos de Saúde da Família)

Coordenadora técnica do curso

Prof.^a Dra. Rackynelly Alves Sarmento Soares

Docentes e conteudistas

Módulo 1

Prof Me Doutorando Jitone Leônidas Soares

Módulo 2

Prof.^a Dra. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira

Módulo 3

Prof.^a Dra. Silvia Renata Lordello

Módulo 4

Prof.^a Ma. Elizabeth Alves de Jesus Prado

Módulo 5

Prof.^a Dra. Dais Gonçalves Rocha e Gabriela Fogaça

Módulo 6

Prof.^a Dra. Juliane Andrade e

Prof.^a Dra. Andréa Leite Ribeiro

Módulo 7

Prof.^a Dra. Sheila Giardini Murta

Módulo 8

Prof.^a Dra. Marlúcia Ferreira do Carmo e

Prof.^o Lucas Alves Bezerra

Módulo 9

Prof.^o Dr. Edu Turte Cavadinha

Módulo 10

Prof.^a Maíra Gussi de Oliveira, Prof.^a Dra. Maria Aparecida Gussi e Prof.^a Dra. Maria da Glória Lima

Topografia Social

Prof.^a Dra. Rudgy Pinto de Figueiredo e

Prof.^a Dra. Vilma de Lurdes Barbosa e Melo

Equipe técnica e produção de EaD

Rafael Valentim

Prof. Me. João Paulo Fernandes da Silva

Prof.^a Dra. Rackynelly Alves Sarmento Soares

Coordenador de Produção de Educação a Distância

Prof. Me. Doutorando Jitone Leônidas Soares

Coordenador Pedagógico

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva

Revisor de Textos

Prof. Flávio Rossi de Oliveira Reis

Designer Instrucional

Prof.^a Dra. Rosana Amaro

Designer Gráfico

Daniel Alves Tavares

Web Designer

Gabriel Cavalcanti D'Albuquerque Magalhães

Ilustrador de EaD

Cristiano Silva Gomes

Editor 2/3 D

Cristiano Alves de Oliveira





MÓDULO IV

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

ELIZABETH ALVES DE JESUS PRADO

CARGA HORÁRIA: 20 HORAS

2020

SOBRE O AUTOR
ELIZABETH ALVES DE
JESUS PRADO

7

1. APRESENTAÇÃO DO
MÓDULO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS
EM SAÚDE

8

2. OBJETIVO
GERAL

9

3. AULA
POLÍTICAS PÚBLICAS
EM SAÚDE:
CONCEITOS BÁSICOS

10

4. AULA
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE:
VAMOS FALAR UM POUCO
DO SUS?

16

5. AULA
DETERMINANTES SOCIAIS EM
SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM
SAÚDE COMO PROMOTORAS DE
JUSTIÇA SOCIAL

22

6. AULA
POLÍTICAS DE EQUIDADE:
O ENFRENTAMENTO ÀS
VULNERABILIDADES
E A PROMOÇÃO
DA CIDADANIA

28

CONSIDERAÇÕES
FINAIS

36

ATIVIDADES
ALTERNATIVAS

37

ATIVIDADE
NO FÓRUM

38

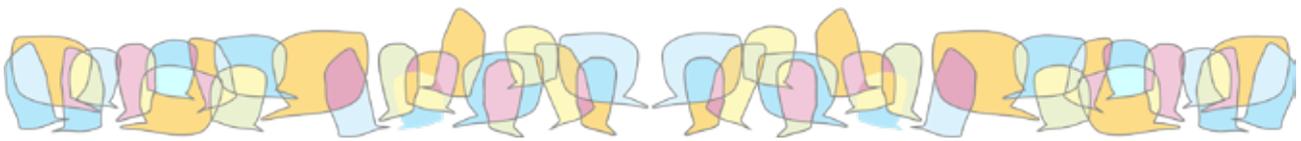
ATIVIDADE
PRÁTICA

38

REFERÊNCIAS

39





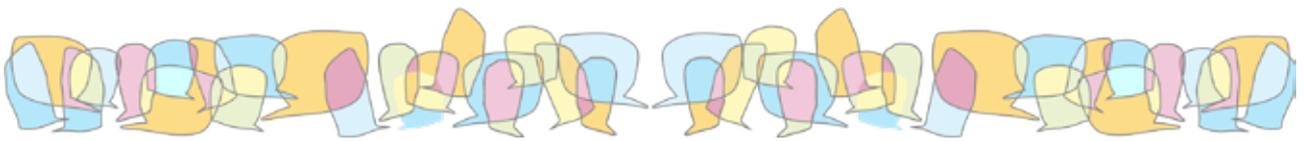
SOBRE A AUTORA

ELIZABETH ALVES DE JESUS PRADO

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (PPGSC/UnB), Mestre em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UnB, especialista em Políticas Públicas de Saúde Informadas por Evidências pelo Hospital Sírio-Libanês (USP/FSP); sanitaria pela Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB). Professora colaboradora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (DSC/FS/UnB) e Pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/CEAM/UnB).
E-mail: elizabethalvesjesus@gmail.com.

123





I. APRESENTAÇÃO DO MÓDULO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Prezad(a) o Professor(a), seja bem-vindo (a) ao **Módulo IV - Políticas Públicas de Saúde**.

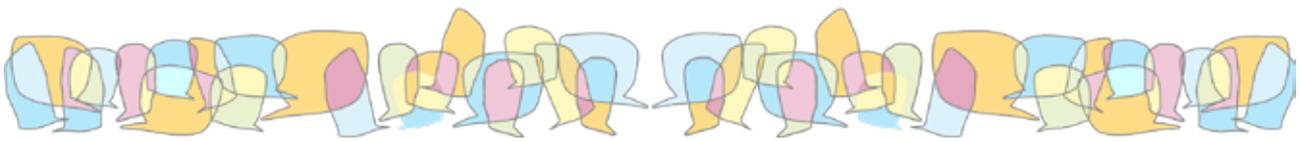
Este módulo tem por finalidade apresentar os principais conceitos inerentes ao estudo da política, enquanto ação social, e contribuir com o reconhecimento do papel do professor como ator político e social na promoção da saúde e enfrentamento das situações de vulnerabilidade vividas pelos jovens em seu cotidiano.

O ambiente escolar pode ser, hoje, um ambiente de proteção social para os estudantes, mas para que isso ocorra, é imprescindível que você e seus colegas consigam se reconhecer enquanto atores políticos capazes de fomentar transformações sociais. Em algum momento, você já deve ter se questionado sobre como mudar uma realidade: “mas como eu vou mudar isso, se é algo da vida do estudante?” E por outras vezes ter se sentido impossibilitado de agir. Neste mó-

dulo, nosso intuito é subsidiá-lo(a) para atuação frente a esses enfrentamentos ora individuais, ora coletivos.

Este módulo está dividido em quatro capítulos. No **primeiro capítulo**, você deverá compreender o conceito de política, política social e política social de saúde, bem como conceitos inerentes à formulação e implementação de uma política, tais como cidadania, democracia, Estado, problemas sociais e poder. O **segundo capítulo** destina-se ao conhecimento da política de saúde, sua história e conceito contemporâneo de saúde. Já, o **terceiro capítulo** é voltado à compreensão do conceito dos determinantes sociais em saúde (DSS) e das iniquidades em saúde. Além disso, será apresentada a definição de vulnerabilidade social e sua interface com a saúde. Por fim, no **último capítulo**, serão apresentadas as principais políticas de equidade em saúde para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.





2. OBJETIVO GERAL

Compreender o papel das políticas públicas como estratégia de minimização das vulnerabilidades juvenis enfrentadas no ambiente escolar.

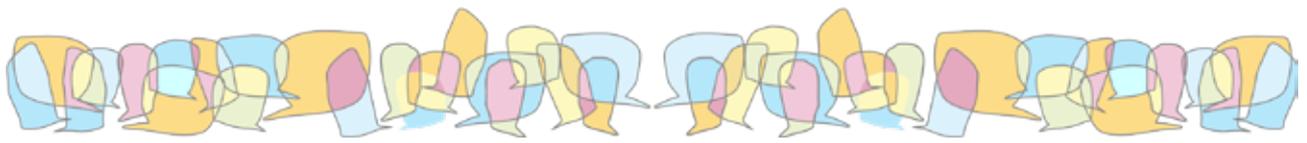


125

- Compreender os conceitos básicos inerentes ao estudo de política, como cidadania, Estado, Democracia, dentre outros;
- Conhecer o histórico da construção da política de saúde e a busca do direito à saúde no Brasil;
- Reconhecer a importância da atuação do professor na construção da concepção de cidadania dos estudantes, compreendendo o papel da educação e da escola como ambiente político e transformador de realidades;
- Compreender o que são determinantes sociais em saúde e iniquidades sociais e suas influências no ambiente escolar; e
- Conhecer as políticas públicas de saúde que são aplicadas ou aplicáveis na comunidade escolar em que o cursando atua.

CARGA HORÁRIA: 20 H/A



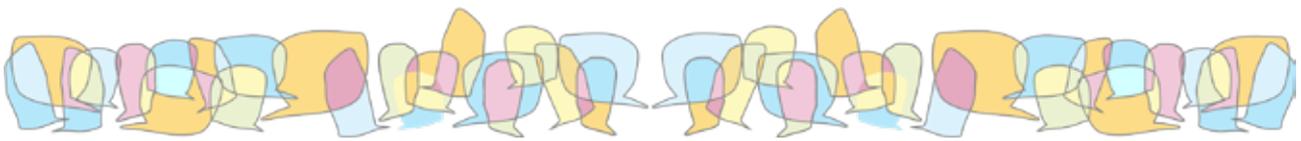


3. AULA

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: CONCEITOS BÁSICOS

126





Professor(a), o que você pensa ao ouvir a palavra política? E política de saúde? Quando notou o módulo de Políticas Públicas em Saúde no conteúdo programático do curso, o que pensou?



Provavelmente, algumas dessas palavras vieram à sua mente: corrupção, eleição, voto, lei, burocracia, Presidente da República, Senado Federal ou possíveis sentimentos como “eu não sou político”, “eu não gosto de política”.

Esses sentimentos e pensamentos são bem comuns quando nos referimos à política. Todavia, ela não é resumida ao voto ou à escolha de representantes, mas à efetiva participação na vida pública e comunidade social (sociedade). A seguir, nos dedicaremos à discussão do conceito de política.

O termo política tem sua origem na Grécia Antiga, ligado ao termo polis, como eram denominadas as cidades-estados à época (PINTO, VIEIRA-DA-SILVA e BAPTISTA, 2014). Destacam-se, neste período, os primeiros agrupamentos de cidadãos (politikos) unidos em prol de uma administração pública e vivência social organizada. Esta organização começou

a substituir o protagonismo dos interesses de âmbito individual por assuntos de interesse coletivo, possibilitando aos cidadãos integrantes das polis refletirem sobre sua convivência em sociedade, sobre os conflitos existentes e a resolução dos mesmos, conformando um cenário a que posteriormente denominaríamos de arena política. Entendia-se, portanto, que as polis fossem espaços de excelência da vida civilizada e potenciais espaços de construção de uma ordem social justa e livre (NOGUEIRA, 2018b).

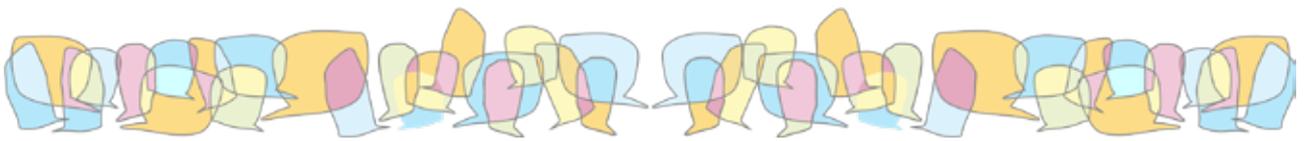
Assim, a organização em sociedade pressupõe a existência de um diálogo acerca dos diversos assuntos de interesse coletivo que, conflituosos ou não, têm influência na forma como determinado grupo irá se comportar. As ações que envolvem estes assuntos consistem em ações políticas. Portanto, política refere-se a tudo aquilo que é de interesse público ou coletivo.

Todavia, ao pensarmos em interesses públicos e coletivos, não podemos ignorar que estes nem sempre são consensos numa sociedade. Sendo a política voltada a tudo que é de interesse individual e coletivo, não se isenta, portanto, da palavra ‘conflito’.

O interesse coletivo é resultante da relação de poder exercida sobre os conflitos, imbricando a palavra ‘poder’ também ao conceito de política. Assim, política tem a ver com poder e interesses. Política (politics) se refere, então, ao conflito de interesses e de valores entre os membros de uma sociedade (SOUZA, 2006).

Aristóteles associava a política à virtude, ou seja, para o filósofo o conceito de política atrelava-se à virtude. Para ele, o termo política estava associado à cidade (polis), formada por um grupo de cidadãos que possuem educação e dis-





posição para a resolução de conflitos que tenham como finalidade disseminar justiça, liberdade e igualdade. Essa concepção de política tem a necessidade de uma centralidade na educação dos cidadãos, pois pressupõe que haja um “esforço permanente para fazer com que todos aprendam a valorizar o diálogo e o alcance de consensos como meio de resolver conflitos, organizar e viver a vida” (NOGUEIRA, 2018b).

Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998b) acrescentam ao conceito moderno de política que esta consiste no conjunto de atividades – processo de formação, distribuição e exercício do poder – que possuem como referência o Estado.

Portanto, política não diz respeito à eleição em si – sendo esta apenas uma de suas expressões – e sim nas nossas ações para conviver em sociedade, o que faz de todo ser humano que vive em sociedade um ser político. A política necessita do esforço de que grupos e indivíduos saiam de si mesmos e ponham-se na perspectiva dos demais.

128

MAS, ENTÃO, EU SOU UM SER POLÍTICO? SIM. E, COTIDIANAMENTE, DESEMPENHA SEU PAPEL ENQUANTO ATOR POLÍTICO.

Vamos pensar isso agora em nossas práticas cotidianas? Sabe o conselho de classe que participa? Quais são as discussões levantadas? Em sua maioria são discussões em prol do coletivo de estudantes e/ou professores, em que se discutem interesses de um bem coletivo, aí está você sendo político.

“O pior analfabeto é o analfabeto político. Ele não ouve, não fala, nem participa dos acontecimentos políticos. Ele não sabe que o custo de vida, o preço do feijão, do pei-

*xe, da farinha, do aluguel, do sapato e do remédio **DEPENDEM** das decisões políticas. O analfabeto político é tão ‘burro’ que se orgulha e estufa o peito dizendo que odeia política. Não sabe que, da sua ignorância política, nasce o menor abandonado, e o pior de todos os bandidos, que é o político corrupto e explorador do povo”. Bertolt Brecht*

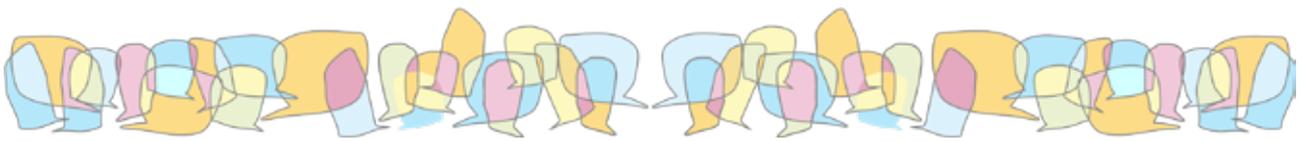
O pequeno trecho acima é para nossa reflexão. Não somos seres apolíticos, mas seres políticos não reconhecemos de nosso papel e potencial enquanto professores. A não participação é uma forma de participação, ou seja, a omissão de uma opinião ou mesmo um “não vou me envolver” é também uma decisão política e tem consequências para o cenário em que estão sendo realizadas as decisões.

Imagine que, na escola em que você trabalha, professor, os pais dos estudantes discordem do conteúdo ministrado na disciplina de ensino religioso. Como reagir frente essa situação? O que você e seus colegas fariam? Isso seria um assunto político? Por quê? Se você pensou que é um assunto político, acertou, pois consiste em uma movimentação de resolução pacífica de um problema que é de interesse comum a toda aquela comunidade acadêmica.

Agora que já compreendeu o significado do termo política, gostaria de apresentar outro conceito inerente a ela: o conceito de poder. Segundo Nogueira (2018b) a política é sempre balizada pelo poder, seja por seu exercício, sua conquista a oposição a ele ou sua derrubada.

O termo poder (do latim *potere*) significa posse dos meios que levam à produção dos efeitos desejados. Para Weber (1994), o poder existe quando um ator que, independentemente de quaisquer obstáculos existentes, faz com que a sua vontade (seja ela ação ou não) prevaleça.





Seu objetivo-fim pode ser revolucionar ou conservar, trazendo mudanças ou reafirmação em um determinado cenário (NOGUEIRA, 2018b). Dentre os tipos de poderes, aqui vamos nos dedicar ao estudo do poder pela ótica da ciência política, que separa os poderes em econômico, ideológico e político.



Nesse sentido, o poder econômico está ligado ao uso de certos bens para indu-

zir os que não possuem bens a adotar determinado comportamento (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO 1998b). Por exemplo, realizar pagamentos a alguém em prol do desempenho de um trabalho.

Quanto ao uso de ideias, valores e doutrinas para influenciar a conduta, induzindo os modos de pensar e agir de um indivíduo, grupo ou sociedade, denominamos poder ideológico. Podemos exemplificar este tipo de poder nas ideologias pregadas pelas religiões (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO 1998).

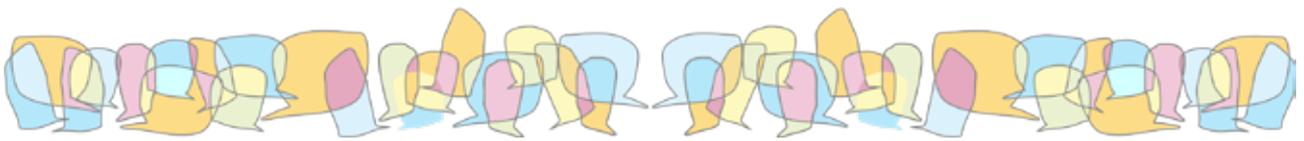
Já o poder político está voltado à utilização dos meios de coerção social, isto é, do uso coerção física legítima – desde o uso da força física à restrições, vínculos e punições legais – no alcance do fim desejado (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO 1998; NOGUEIRA, 2018a). Este poder é considerado o poder supremo e é de posse exclusiva do Estado. O Estado Moderno consiste em um aparato organizacional e de procedimentos legais que possui autoridade para exercer, de forma legitimada, o poder coercitivo dentro de um determinado território (WEBER, 1994; NOGUEIRA, 2018a).

A concepção de Estado moderno surge por volta do século XVIII, após a transição do sistema feudal para o capitalista, passando de um padrão de autoridade tradicional – troca entre desiguais: senhor feudal e servo – para um padrão individualista (FLEURY e OUVREY, 2014).

PENSE NO SEGUINTE CENÁRIO: NA ERA FEUDAL, EMBORA EM RELAÇÃO DE DESIGUALDADE E EXPLORAÇÃO, EXISTIA ENTRE NOBRES E CAMPONESES UMA INTEGRAÇÃO SOCIAL, EM QUE ERA ESTABELECIDO UMA RESPONSABILIDADE DE PROTEÇÃO E AJUDA EM CONTRAPARTIDA À LEALDADE E OBEDIÊNCIA.

A transição para o modelo capitalista e os ideais da revolução burguesa trouxe novos vínculos entre as classes e uma conseqüente necessidade de transformação no modo de se relacionar. Neste mesmo cenário, considere agora a filosofia de igualdade difundida neste período. Se todos eram iguais a partir de então, não havia mais a noção de solidariedade nem de responsabilização dos mais ricos para com os mais pobres. Qualquer auxílio passou a ser considerado como sendo piedade, o que gerou um contexto social de extrema pobreza àqueles outrora denominados servos (FLEURY e OUVREY, 2014).





A pobreza emergiu, então, como um problema social exigindo intervenção imediata na miséria e nas relações de trabalho modernas a fim de evitar um colapso social. Assim, surge o Estado moderno, formado por normas e um grupo de indivíduos organizados e unidos em prol do bem comum. Junto a esta concepção, surge a necessidade de se estabelecer a proteção dos indivíduos e um “mínimo” de igualdade entre os membros de uma sociedade, nasce então o conceito de cidadania moderno, lembrando que, na Grécia antiga, cidadão era o sujeito que participava da polis (FERREIRA e FERNANDES, 2018).

Aqui, não nos dedicaremos ao esgotamento de conceitos, mas àqueles que melhor se aproximam dos objetivos e propostas deste módulo, isso se aplica aos demais conceitos aqui estudados.

A luta pela liberdade advindas da revolução industrial e francesa (sec. XVIII) marca a emergência do conceito moderno de cidadania (FERREIRA e FERNANDES, 2018). A cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, e fora definida por Marshall (1967) como um status de igualdade mínima concedida a todos os integrantes de uma comunidade política (Estado). O autor cita três elementos como constitutivos desse status de igualdade, a saber:

130



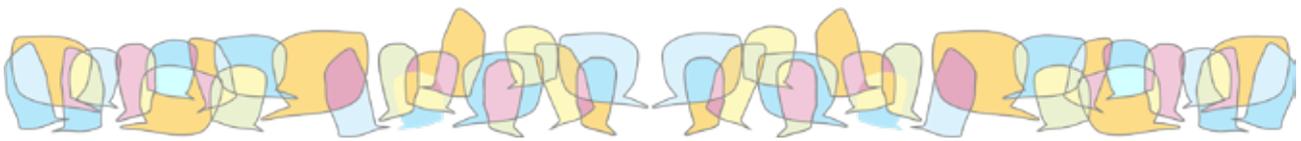
Elemento Civil

Elemento Político

Elemento Social

- a) o **elemento civil**, voltado aos direitos de liberdade individual: liberdade de ir e vir, se expressar, pensar, etc. As instituições estatais, que representam esse elemento, são aquelas associadas com os direitos civis e tribunais de justiça;
- b) o **elemento político**, que se volta à possibilidade de participação no exercício do poder político – votar, manifestar-se politicamente, etc. Têm-se como instituições o parlamento e os conselhos do governo local;
- c) o **elemento social** diz respeito ao direito de inserção social e ao mínimo bem-estar econômico e estabelecido na sociedade a que pertence o cidadão, as instituições correspondentes são o sistema educacional e o serviço social.





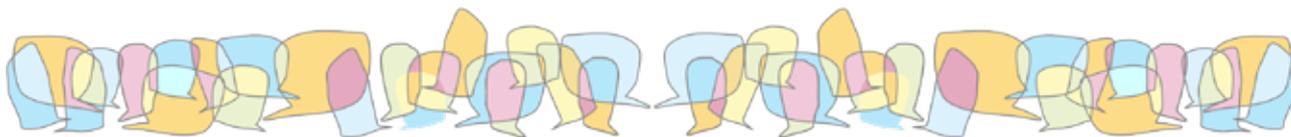
Esses elementos possuem uma relação causal entre si, em que os direitos políticos são produtos do exercer direitos civis e os direitos sociais são reflexos da participação política (FLEURY e OUVÉRY, 2014). A cidadania em seu exercício prevê a democracia como uma de suas expressões, sendo esta um conjunto de regras que estabelecem quem está autorizado a tomar decisões e com quais procedimentos (BOBBIO, 1992a).

Estado e cidadania são conceitos que se retroalimentam, um não existindo sem o outro. Conforme Norberto Bobbio (1992a), cada um dos elementos de cidadania diz respeito a uma concepção de liberdade: o civil revela a liberdade em relação ao Estado, o político no Estado e o social por meio do Estado (FERREIRA e FERNANDES, 2018). Não devemos, todavia, confundir o conceito de Estado com o de governo, visto que o Estado está além do governo. Enquanto o Estado diz respeito à totalidade do espaço público e suas instituições, o governo refere-se ao âmbito executivo nesse espaço público (LESSA, 2018). Essa distinção se faz necessária a nossa discussão neste módulo, pois, aqui, serão problematizadas as vulnerabilidades sociais a que os jovens e adolescentes são expostos, que exigem não apenas ações pontuais de um governo, mas um pensar e agir do Estado de modo equitativo.

Pensando nessa função do Estado, professor, devemos compreender que a atribuição do Estado contemporâneo é promover o bem-estar da sociedade (estado de bem-estar social ou Welfare States). O Estado possui como ferramenta estratégica e imprescindível a esta promoção às políticas públicas e sociais. Entende-se por políticas públicas o conjunto de procedimentos e ações voltadas à promoção do interesse público atuando sobre as realidades econômicas, sociais e ambientais (BOBBIO, MATTEUCCI e PASQUINO 1998b).

Por fim, no que diz respeito à política social, compreende-se como sendo as ações e procedimentos realizados pelo Estado para a promoção do bem-estar e proteção social (FLEURY e OUVÉRY, 2014). Esses conceitos são convergentes, em especial quando se referem a políticas que têm como finalidade a intervenção sobre as iniquidades sociais para a diminuição da vulnerabilidade social. A seguir, vamos nos dedicar ao conhecimento das principais políticas públicas sociais implementadas atualmente para o alcance da equidade, partindo da política de saúde e chegando a políticas de equidade.





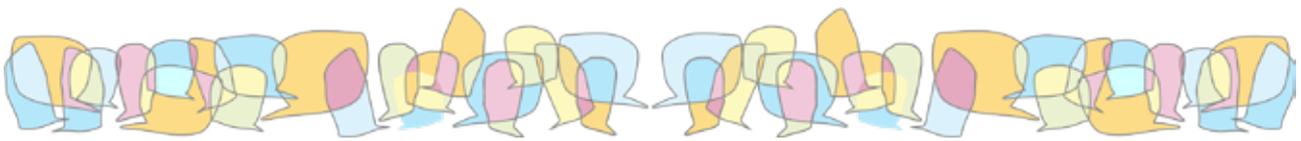
4. AULA

VAMOS FALAR UM POUCO DO SUS?

Política seria, então, o conjunto de procedimentos que expressam as relações de poder (formação, distribuição ou exercício) entre os membros de uma sociedade e que se destinam a resolução pacífica de conflitos em torno dos bens públicos?

132





A saúde pública no Brasil é resultante de um conjunto de conflitos políticos e ideológicos e sua compreensão deve considerar todo o histórico brasileiro. Para melhor entender a situação atual da saúde no Brasil, é importante conhecer como as demandas de saúde eram atendidas. Nem sempre a saúde foi um direito social, ao contrário, durante anos, ela esteve ligada à condição econômica da população. Em outras palavras, o acesso à saúde era para quem podia pagar.

Inicialmente, vamos descobrir como eram atendidas as demandas de saúde da população antes do Sistema Único de Saúde. De forma resumida, até a década de 1980, o Brasil passou por longos períodos ditatoriais, nos quais a saúde não era prioridade no país. Naquela época, as políticas públicas de saúde se resumiam à manutenção da higiene sanitária e do bem-estar dos trabalhadores. Desse modo, o conceito de saúde, até então, era compreendido como a ausência de doenças, o que passou a ser questionado fortemente durante a criação do Sistema Único de Saúde.



Saiba mais

CONFIRA O DOCUMENTÁRIO A SEGUIR

133

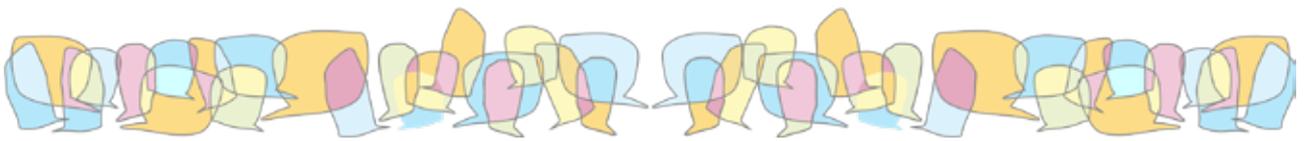


Na luta pelo fim da ditadura, o setor saúde tornou-se protagonista do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB). As pautas reivindicavam melhorias na atenção à saúde e a efetivação desta como um direito social. O cenário de conquista de direitos básicos e proteção dos cidadãos, fez com que ressurgisse a discussão sobre cidadania, direitos sociais e democracia (já discutidos anteriormente, ver Cap. 1.).

<https://www.youtube.com/watch?v=YmUsYSpi-GQ>

Documentário: Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde retrata como a política de Saúde foi sendo construída até originar o SUS.





Após o fim da ditadura militar, o movimento sanitário brasileiro consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986. Pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os segmentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1988 (SOUSA, 2014).



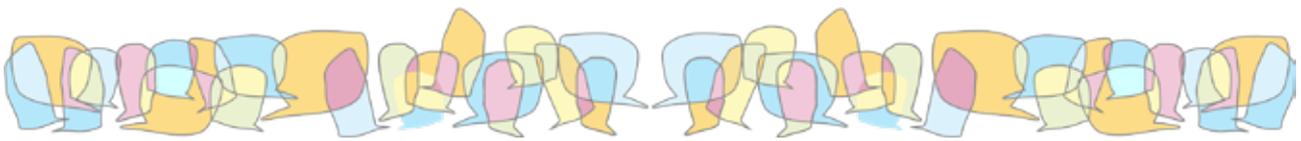
**ASSISTA AO VÍDEO 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE
E CONSOLIDE SEUS CONHECIMENTOS.**

134

1986 – Com intensa participação social, a realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde** consagrou a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal e dever do Estado; princípio este que seria plenamente incorporado à Constituição de 1988. Ver vídeo Democracia é saúde.

1988 – Foi aprovada a “**Constituição Cidadã**” ou **Constituição Federal de 1988**, que estabelece a saúde como “**Direito de todos e dever do Estado**” e apresenta como pontos básicos, na Seção II: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico-sanitária integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada”. A Constituição estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deve ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios. As ações governamentais devem ser submetidas a órgãos colegiados oficiais e os Conselhos de Saúde ter representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).





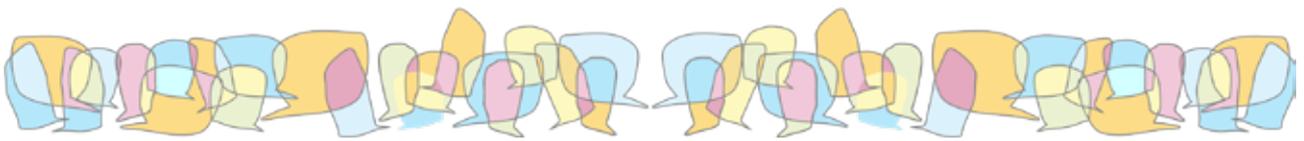
Portanto, na Constituição Federal (CF/88) foram definidos os **princípios do SUS**, cujos destaques são os artigos de 196 a 200, a saber: universalidade no acesso; integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, ampliando a saúde como um

direito de todos e dever do Estado, garantindo políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1998b).

PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS (Art. 7º, LEI Nº 8.080, de 19 setembro de 1991)

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;**
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.





A partir desse processo, a concepção do conceito de saúde também sofreu forte influência das compreensões e pressões dos movimentos sociais e passou a ser entendida não mais como a simples ausência de doenças, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, de acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS.



Saiba mais

CONFIRA O VÍDEO [DEMOCRACIA E SAÚDE](#)
E APROFUNDE SEUS CONHECIMENTOS.

136

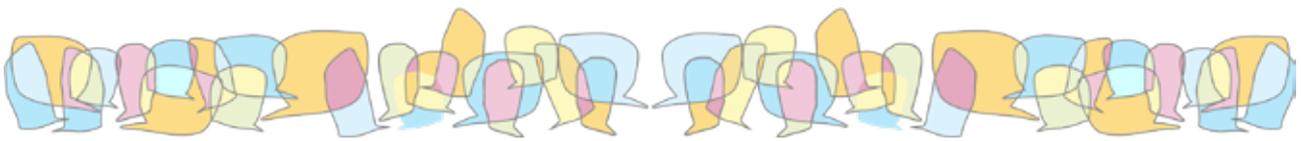
1990 – Com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 – que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” – foi criado o **Sistema Único de Saúde (SUS)**. A lei orgânica do SUS detalha objetivos e atribuições; princípios e diretrizes; organização, direção e gestão; competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e, gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais – CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (BRASIL, 1990).

Os sistemas de atenção à saúde consistem em respostas para as necessidades das populações de acordo com a situação de saúde vivenciada. Por isso, deve existir uma harmonia entre as necessidades de saúde da população, os marcos conceituais da concepção de saúde e a forma como o sistema de atenção à saúde se organiza (BRASIL, 2015a).

Em síntese, podemos compreender a saúde como resultante de um processo democrático de reivindicação dos cidadãos por direitos sociais, neste caso, o direito à saúde. De acordo com a Organi-

zação Mundial da Saúde (OMS), a saúde passou a ser compreendida “**não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social**”. Após a redemocratização do país, tanto a saúde quanto a educação foram estabelecidas como direitos sociais básicos, configurando o Estado brasileiro como um estado de bem estar-social, baseado no modelo de seguridade social. Este modelo prevê um princípio de justiça social, em que o Estado é responsável por assegurar a seu povo um mínimo vital socialmente estabelecido (FLEURY e OUVÉRY, 2014).





A Constituição Federal de 1988 estabelece que:

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados (EC nº 26/2000, EC nº 64/2010 e EC nº 90/2015).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015).

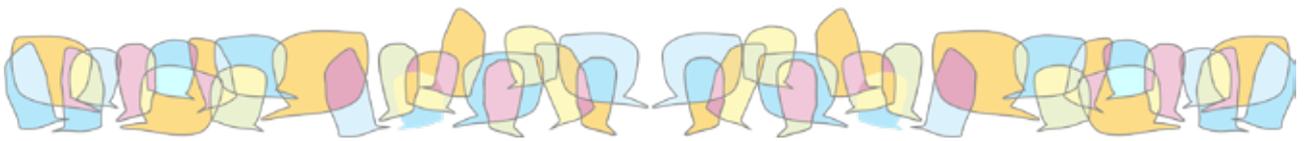
137

Todo cidadão brasileiro tem direito de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 8.080, de 1990, e a utilização dos seus serviços deve ser garantida, por meio de políticas e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990c).

Precisamos, então, ter em mente dois pilares na construção do SUS: o novo conceito de saúde e a atenção à saúde integral como sendo dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros, pois toda a organização do SUS foi estru-

turada para: garantir a todos os cidadãos o direito à saúde integral e de qualidade. Falar em atenção à saúde integral remete-nos a dois conceitos chave para entendermos o SUS: o de saúde (já discutido neste módulo) e o de integralidade, objeto de nosso próximo capítulo.



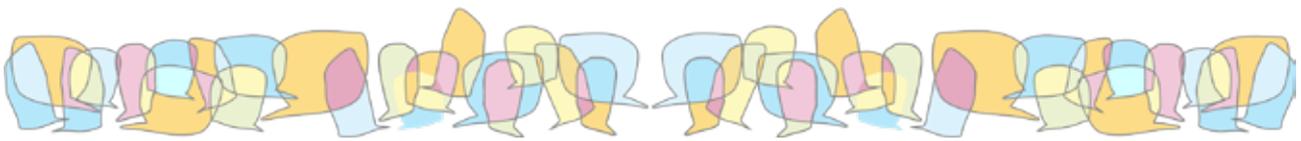


5. AULA

DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE COMO PROMOTORAS DE JUSTIÇA SOCIAL

138





Neste capítulo conheceremos melhor o conceito de integralidade, enquanto princípio norteador do sistema de saúde brasileiro, e a influência dos determinantes sociais em saúde no alcance dos princípios constitucionais.

O termo integralidade está voltado para o olhar do indivíduo como um sujeito completo, como um 'todo' e não de forma fragmentada, compreendendo o usuário como um ser inteiro, inserido em um contexto social e que apresenta necessidades em saúde e não apenas uma demanda de saúde (BRASIL, 2015a).

Além dos serviços de atenção à saúde, oferecidos para recuperação da saúde, o SUS oferece serviços de prevenção de agravos e doenças e de promoção à saúde das pessoas. É aí que está o pilar essencial para a nova estrutura do sistema de saúde brasileiro: não apenas ofertar serviços assistenciais à saúde, como consultas médicas para tratar uma gripe ou atendimento de urgência; mas, também, serviços de manutenção do estado de bem-estar, como, por exemplo, integração da saúde na educação, com o Programa Saúde Escola (PSE), atenção específica a jovens privados de liberdade, ações voltadas à prevenção do suicídio em jovens, dentre outros.

Assim, o sistema de saúde brasileiro está organizado por níveis de atenção à saúde que são regionalizados, com sistemas de apoio e sistemas logísticos, formando uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). As RAS consistem em "conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si e que se concentram em uma única missão e objetivos comuns". São interligadas e todos os níveis de atenção atuam de forma cooperativa e interdependente, coordenados pela atenção primária – APS – e tem como finalidade a atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2011; BRASIL, 2015a).

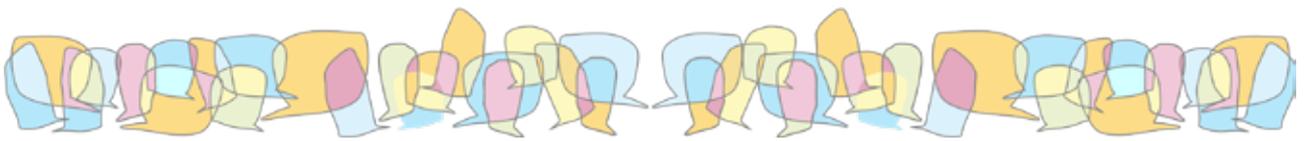
BOX 1: Conhecendo a Atenção Primária em Saúde ou Atenção Básica:

A trajetória de construção da Atenção Primária foi gradativa e podemos destacar alguns marcos históricos durante esse processo. Em 1977, na Assembleia Mundial da Saúde, a saúde foi pensada como uma meta social e foram definidas estratégias a fim de que todos pudessem obter um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva, meta esta que ficou conhecida como "Saúde para Todos no Ano 2000" (STARFIELD, 2002).

Outro destaque foi a Conferência de Alma-Ata (1978), cujo produto fora uma declaração, conhecida como Declaração de Alma-ATA, que refletiu um pacto assinado por 134 países. Resultante desta declaração, podemos definir Atenção Primária à Saúde como sendo:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (STARFIELD, 2002, p. 30).





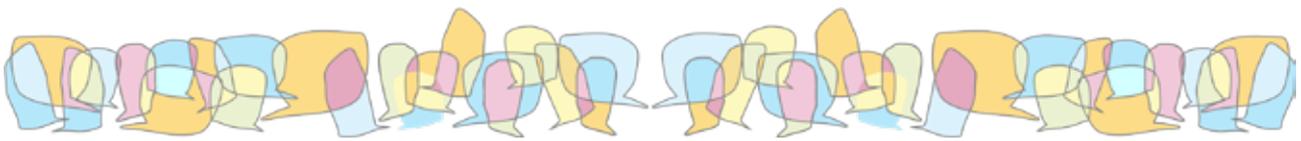
A Organização Mundial da Saúde lançou a Carta Lubliana (STARFIELD, 2002, p. 19) que aponta os princípios basilares para a Atenção Primária, propondo que os serviços de saúde deveriam ser:

- a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- b) direcionados para a proteção e promoção da saúde;
- c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e,
- f) direcionados para a Atenção Primária.

140

A APS trata-se de uma alternativa de transformação da lógica das práticas de saúde, baseada no conceito de família e intervenções nos domicílios. Na APS a compreensão do processo de adoecimento e cura (processo saúde/doença) é olhada de forma integral e multicausal, sendo determinado por fatores individuais, familiares, sociais e ambientais. Esse olhar amplia o compromisso com a saúde e a corresponsabilidade entre instituições, profissionais e gestores da saúde, famílias e indivíduos, uma vez que todos passam a enxergar-se como determinantes do processo saúde-doença e, conseqüentemente, do cuidado de sua saúde.





Dessa forma, foram definidos os quatro atributos da APS (SOUSA, 2007; STARFIELD, 2002):

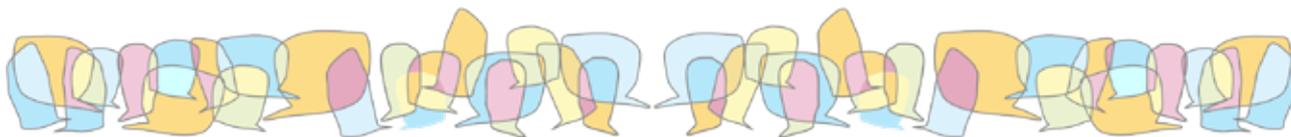
- a) Atenção ao primeiro contato, que se volta à APS como o primeiro nível de atenção que o indivíduo deve buscar. Isso implica a acessibilidade do serviço pela população, sendo que os sujeitos a que estes serviços estão disponíveis devem reconhecer os serviços disponíveis para atendê-los e utilizá-los. Tais serviços devem possuir boa localização geográfica, além de carga horária favorável e tolerância para consultas não agendadas.
- b) Longitudinalidade, que presume uma atenção à saúde que acompanha o indivíduo de forma regular e em longo prazo, estabelecendo vínculo entre os serviços e os sujeitos;
- c) Integralidade, que diz respeito a uma atenção à saúde que possua arranjos que possibilite ao indivíduo receber todos os tipos de serviços de saúde – mesmo estes não sendo ofertados no âmbito da atenção primária – por meio de ações intersetoriais, proporcionando aos usuários a garantia dos serviços dos quais necessitam;
- d) Coordenação do cuidado, ou seja, a APS deve ser a referência para os usuários no sistema de saúde, sendo a integradora de todos os serviços ao qual o indivíduo necessite de assistência (STARFIELD, 2002, p. 62);

141

No Brasil, a APS trilha caminhos marcados por obstáculos políticos, econômicos e está conformada em Equipes de Saúde da Família, sendo integrada por um médico, um enfermeiro, um técnico e dois agentes comunitários de saúde, responsáveis pelo cuidado das famílias de um determinado território de abrangência (BRASIL, 2011d; PRADO, 2016).

Por fim, esta concepção, por meio do vínculo com a comunidade, permite aos profissionais e gestores conhecerem melhor o processo saúde/doença, e permite não apenas aperfeiçoar a atenção à saúde, mas, também, entender a saúde como problema complexo (SOUSA, 2007; PRADO, 2016).





Aqui, professor(a), não vamos nos dedicar à explicação do funcionamento das RAS, tendo um módulo específico para estas discussões (Módulo V- Redes de Proteção). O que é imprescindível à nossa discussão é que o alcance da integralidade exige o funcionamento em rede, com ações intersetoriais e de cooperação para a proteção e promoção da saúde dos indivíduos, ações estas que *devem* ser asseguradas e viabilizadas por meio de políticas sociais.

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS expressa, entre seus princípios, o direito de todo cidadão a um tratamento adequado e efetivo para seu problema; atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos (BACKES, 2009).

O dos direitos referidos, bem como da integralidade em saúde, pressupõe a intervenção sobre os determinantes sociais que expõem os indivíduos a situações de vulnerabilidade, entendendo-as como uma situação ou um estado de risco em que se encontram indivíduos, famílias ou coletividades, na medida em que seu estado de bem-estar esteja ameaçado (DI GIOVANNI, 2018).

Em seu estudo, Carvalho e Buss (2014) retomam as discussões de Breill e Granda (1986), que situam que o processo de saúde-doença dos indivíduos é resultante de um conjunto de determinações que operam na sociedade concreta e que produzem em diferentes grupos sociais, riscos (vulnerabilidades) ou potencialidades que influem e se manifestam em padrões de saúde ou doença.

142

A existência desses riscos está intimamente ligada ao surgimento e à necessidade de elaboração de políticas públicas como formas de intervenção para minimizá-los.

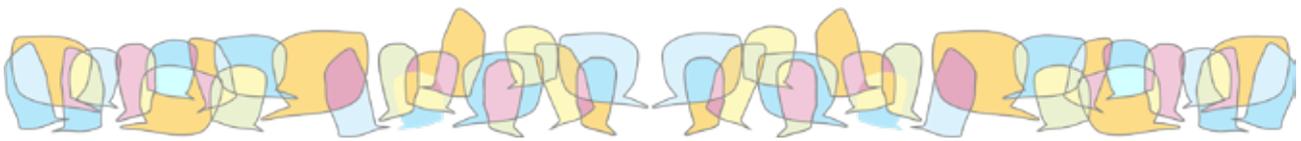
Já os determinantes sociais em saúde, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e PELEGRINNI, 2007). Este conceito assume que a forma como as pessoas vivem, trabalham e se relacionam têm influência direta em sua saúde. Assim, avalia-se quanto e de que forma os riscos advindos das iniquidades em saúde, ou seja, das desigualdades em saúde que são injustas e evitáveis (BUSS e PELEGRINNI, 2007) dependem da ação humana, para que sejam mapeadas possíveis ações para as políticas públicas (GIOVANNI, 2018).

Figura 1: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte 1: Dahlgren e Whitehead, 1991.





Como podemos verificar na figura acima, os DSS possuem várias determinações, indo do âmbito individual ao coletivo, respectivamente. Estas características estão interligadas ao surgimento de iniquidades em saúde. Buss e Pelegrinni (2007) apontam em seu estudo os diversos mecanismos pelos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde:

A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Os enfoques “ecossociais” e os chamados “enfoques multiníveis” buscam integrar as abordagens individuais e grupais, sociais e biológicas numa perspectiva dinâmica, histórica e ecológica (BUSS e PELEGRINNI, 2007, p. 05).

Pode-se afirmar que as condições de saúde dependem de quatro conjuntos de fatores: o patrimônio biológico – aspectos físicos e mentais de base biológica; o estilo de vida adotado; as condições sociais, econômicas e ambientais nas quais o indivíduo vive; e o resultados das intervenções médico-sanitárias sobre os problemas de saúde (CARVALHO e BUSS, 2014).

143

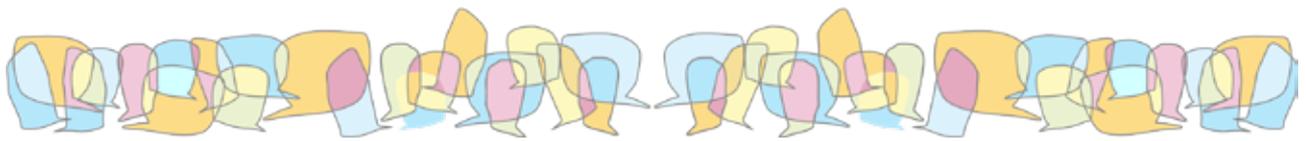
Dessa maneira, professor, o pensar em intervenções deve ser além de criar políticas públicas para atuar sobre as iniquidades em saúde. É imprescindível à diminuição das vulnerabilidades, também, fomentar uma consciência política nos cidadãos, para que não sejam receptores passivos ou considerem as políticas como caridade, mas seu direito de cidadania.

Pensando em sua prática professor, como você acha que pode contribuir enquanto ator político e social neste quadro? A atuação de um professor é de suma importância neste contexto. O fomento ao pensamento crítico-reflexivo por meio de uma educação dialógica (FREIRE, 1987), se faz verbo imperativo

na promoção da equidade enquanto justiça social. Logo, uma política pública de saúde só existe se houver esta atuação, tanto no que diz respeito ao empoderamento do jovem, seu reconhecimento enquanto cidadão, quanto na intervenção direta sobre as iniquidades.

Portanto, já que discutimos a importância das políticas públicas como estratégias de superação ou minimização da vulnerabilidade social ocasionada pelos determinantes de saúde, no próximo capítulo serão apresentadas principais iniciativas no âmbito das políticas públicas sociais que foram implementadas para enfrentamento e diminuição da vulnerabilidade social juvenil.



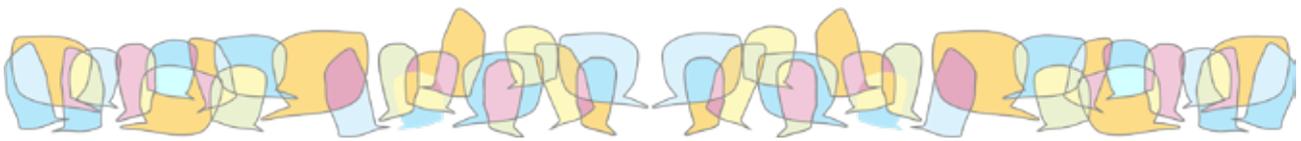


6. AULA

POLÍTICAS DE EQUIDADE: O ENFRENTAMENTO ÀS VULNERABILIDADES E A PROMOÇÃO DA CIDADANIA

144





Professor(a), o objetivo deste último capítulo é apresentar, entre as principais vulnerabilidades apresentadas em âmbito escolar, as políticas públicas e sociais elaboradas para seu enfrentamento e dar pistas de alguns conceitos chave para que eles possam atuar enquanto cidadãos e atores políticos no empoderamento dos educandos.

De início, a primeira observação que deverá realizar é o contexto social em que atua, observando em seus alunos determinantes como renda, cor, gênero, orientação sexual, etnia. Utilize a Figura 01 como norteadora de sua observação. Em seguida, procure descobrir se em sua escola há adesão ao Programa Saúde Escola – PSE. Essas análises iniciais são imprescindíveis à sua atuação enquanto ator político promotor de cidadania.

Destaca-se aqui a Política Nacional de Promoção à Saúde Integral como ponto de partida no que diz respeito às iniciativas políticas de enfrentamento das iniquidades em saúde. Isto porque a promoção da saúde, entre seus cinco campos de ação, preconiza a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de

ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais (CARVALHO e BUSS, 2014). Dos quatro campos citados, podemos destacar o protagonismo da comunidade escolar no alcance desses objetivos, por meio de ações políticas pautadas no diálogo e na reflexão crítica.

A PNPS tem como objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010, p.17). A Política Nacional de Promoção da Saúde considera:

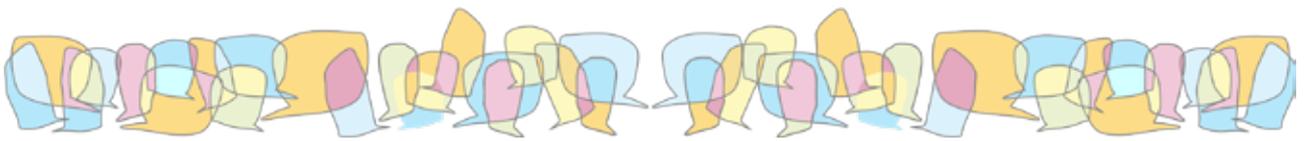
145

A promoção da saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. (BRASIL, 2010, p.10).

A PNPS estabelece, em seu Art. 3º, os seguintes valores:

- I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias;
- II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades;
- III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade;





- IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde;
- V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;
- VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos;
- VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e
- VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.

146

Esses princípios são assegurados em outras políticas de forma complementar à PNPS, a saber:

Política de Saúde Mental

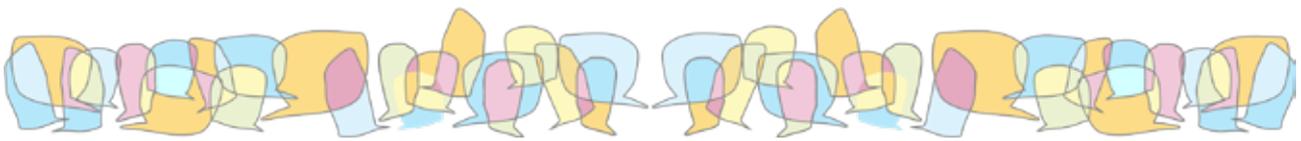
Esta política consiste em uma iniciativa do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde. Ela compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuida-

dos específicos em saúde mental (BRASIL, 2017e). Quanto a seu escopo de atuação, a política tem por finalidade a atenção a pessoas com necessidades relacionadas a transtornos mentais como depressão, ansiedade, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar, transtorno obsessivo-compulsivo etc, e pessoas com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas. Atua, ainda, em frentes de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2017e).



<http://portalmns.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>





Acesse: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>

147

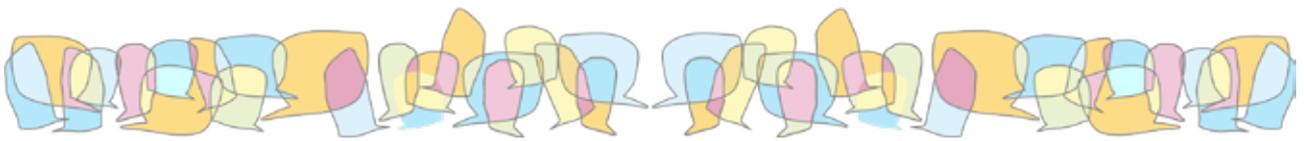
O adoecimento mental, muitas vezes negligenciado, acomete a população em todas as faixas etárias, sendo que cerca de 20% das crianças e adolescentes apresentam um ou mais distúrbios mentais diagnosticáveis (BRASIL, 2017e). O olhar da comunidade escolar e família, direcionado a estes jovens, tem influência direta em seu processo saúde-doença. Os jovens e as famílias podem ser atendidos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos [Centros de Valorização à vida](#).



Saiba mais

Neste link: <http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas> você poderá acessar todo o escopo desta política.





Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

A política foi instituída pela portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência está voltada para:



Atenção

Inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

A proposta é fomentar o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social (BRASIL, 2002).

A política define Pessoas com deficiência como:

...aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

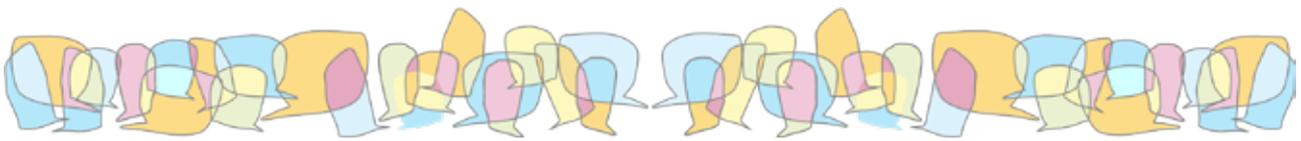
148



Saiba mais

Link de acesso ao texto integral da política: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html





Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

O reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde, é foco desta política, estabelecida pela portaria 992/2009. Além disso, tem como finalidade promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2009f).



Saiba mais

Cabe ainda destacar que esta Política:

apresenta como princípio organizativo a transversalidade, caracterizada pela complementaridade, confluência e reforço recíproco de diferentes políticas de saúde. Assim, contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, considerando a sua participação no processo de construção das respostas para as suas necessidades, bem como apresenta fundamentos nos quais estão incluídas as várias fases do ciclo de vida, as demandas de gênero e as questões relativas à orientação sexual, à vida com patologia e ao porte de deficiência temporária ou permanente (BRASIL, 2009).

Link de acesso ao texto integral da política:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

149

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais



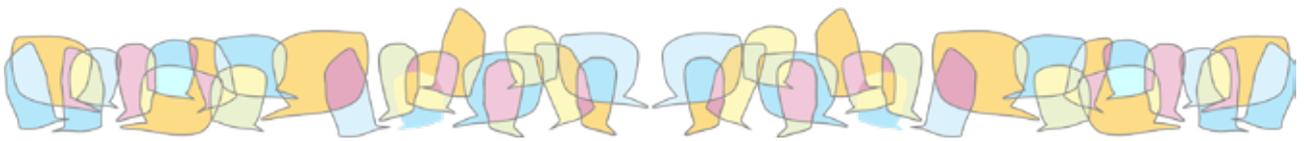
Atenção

Instituída pela portaria nº 2836/2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) no âmbito do SUS, tem como objetivo geral promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2011h).

Por meio de ações educativas, a proposta dessa política é atuar sobre as iniquidades ocasionadas pela identidade de gênero e orientação sexual mediante ações de educação em saúde.

Link de leitura completa: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html





Nossa intenção neste capítulo não é explicar, detalhadamente, o escopo de atuação de cada uma das políticas públicas, mas sim dar pistas a você, professor, do objetivo de cada uma delas enquanto política de atuação sobre as iniquidades e redução de vulnerabilidades para que, de forma dialógica, possa refletir como elas interferem em seu cotidiano escolar e qual sua possibilidade de atuação frente aos jovens que se encontram vulneráveis.



Vamos aprofundar nossos conhecimentos?

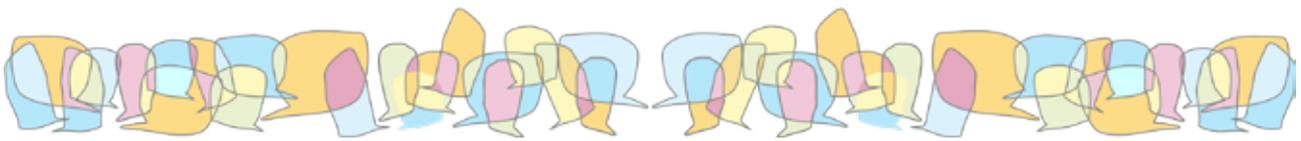
Outras políticas de saúde podem ser consultadas no link: <http://bvsm.s.saude.gov.br/component/content/article/114-politicas-sistemas-e-diretrizes-do-sistema-unico-de-saude/311-politicas-nacionais>.

Além destas políticas, destaca-se o Programa Saúde Escola como eixo transversal para discussão das políticas acima mencionadas e da PNPS. O programa foi instituído pelo Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007i). São objetivos do PSE:

150

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.





O programa prevê o desenvolvimento de ações articuladas entre as unidades de saúde e a rede pública básica, compreendendo as seguintes iniciativas:

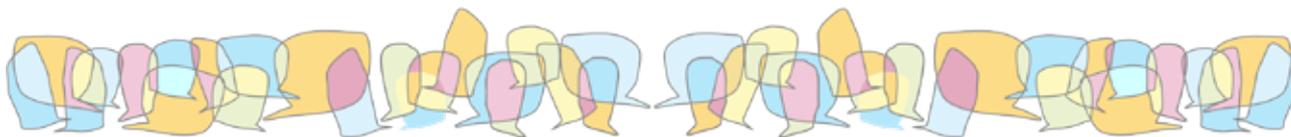
Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
- XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas

Por isso, professor(a), tendo em vista o exposto, considera-se que você pode e, em certa medida deve, por intermédio de práticas de ensino dialógicas e interligadas à saúde, fomentar a discussão e o debate intraescolar acerca das políticas públicas existentes, bem como debater com os jovens, famílias e a comunidade

em geral acerca da temática das iniquidades em saúde, uma vez que, somente por meio do diálogo e do fomento às redes de proteção social, que seremos capazes de transformar as realidades locais e empoderar os jovens no enfrentamento das desigualdades bem como inseri-las na pauta política nacional.





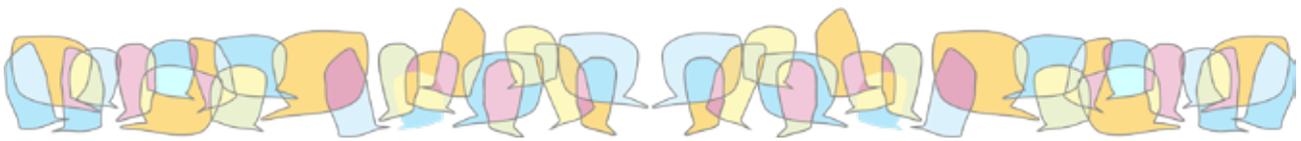
CONSIDERAÇÕES

FINAIS

Neste módulo foram discutidos os conceitos básicos necessários ao educador em suas práticas cotidianas nas escolas. Subsidiaram o professor quanto às principais iniciativas no âmbito da saúde voltadas à promoção da justiça social e enfrentamento às vulnerabilidades sociais em saúde.

As políticas públicas têm como objetivo principal a resolução de problemas e necessidades de interesse público e coletivo e somente por meio da promoção de políticas públicas eficazes, intervindo sobre as vulnerabilidades sociais é que conseguiremos alcançar uma real condição de cidadania. Cabe ao Estado fomentar estas políticas de forma a promover o bem-estar da sociedade.





ATIVIDADES ALTERNATIVAS

1. Quanto à compreensão dos Conceitos Básicos da Ciência Política, julgue:

- a) Tudo que o indivíduo faz numa sociedade pode ser considerado uma atividade política.
- b) O termo “política” têm sua origem na Grécia Antiga, derivado do termo politikos, como eram denominadas as cidades-estado à época. Essa associação deve-se à forma de organização da época, em prol de uma administração pública e vivência social organizada.
- c) No que diz respeito à política, pode-se afirmar que a organização em sociedade pressupõe a existência de um diálogo acerca dos diversos assuntos de interesse coletivo, conflituosos ou não, têm influência na forma como determinado grupo irá se comportar.
- d) Política pode ser definida como a resolução pacífica de interesses comuns, podendo eles ser públicos ou privados, individuais e/ou coletivos.
- e) A atividade política está relacionada à educação.
- f) Um cidadão pode considerar-se não participante da política, ou não político, desde que não desempenhe funções de serviço público governamental.

2. Podemos compreender poder como a posse dos meios que levam à produção dos efeitos desejados. Ele pode ser dividido em três tipos, o poder econômico, o poder político e o poder ideológico. A este respeito, julgue as afirmativas:

- a) O exercício do poder, seja ele ideológico, econômico ou político, tem como finalidade revolucionar o cenário na qual está sendo exercido.
- b) O poder político está voltado à utilização dos meios de coerção social, isto é, do uso coerção física legítima – desde o uso da força física à restrições, vínculos e punições legais – no alcance do fim desejado.
- c) Nenhum poder se sobrepõe ao outro, não existindo assim um poder considerado supremo, e sim o poder mais influente para determinado grupo.
- d) O poder político é exercido pelo Estado.
- e) O Estado possui como função exercer poder para promover o bem-estar da sociedade.

153

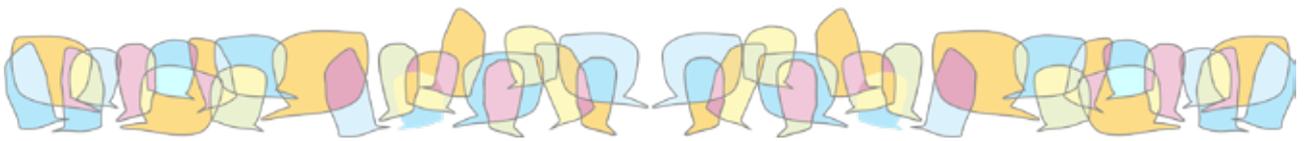
3. Assinale a opção incorreta:

- a. A cidadania pressupõe um status de igualdade mínima concedida a todos os integrantes de uma comunidade política (Estado).
- b. Entende-se por políticas públicas o conjunto de procedimentos e ações voltadas à promoção do interesse público e privado atuando sobre as realidades econômicas, sociais e ambientais
- c. Por política social, compreende-se como sendo as ações e procedimentos realizados pelo Estado para a promoção do bem-estar e proteção social.
- d. A concepção de Estado moderno surge por volta do século XVIII, após a transição do sistema feudal para o capitalista. Estado e cidadania são conceitos que se retroalimentam, um não existindo sem o outro.

4. Julgue os itens a seguir em verdadeiros ou falsos.

- I. Nem sempre a saúde foi um direito social, ao contrário, durante anos, ela esteve ligada à condição econômica da população. Em outras palavras, o acesso à saúde era para quem podia pagar.
- II. Nem sempre a saúde foi um direito social, pois, durante anos o acesso à saúde era para quem podia pagar.
- III. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um dos marcos da Reforma Sanitária Brasileira. Ela contou com mais de cinco mil participantes que discutiram sobre o conceito ampliado de saúde como ausência de doenças.





- IV. () Todo e qualquer cidadão brasileiro pode utilizar os serviços do Sistema Único de Saúde.
- V. () O termo integralidade está voltado para o olhar ao indivíduo como um sujeito completo, como um 'todo' e de forma fragmentada, compreendendo o usuário como um ser inteiro, inserido em um contexto social e que apresenta necessidades em saúde e, não apenas uma demanda de saúde.
- VI. () A Atenção Primária em Saúde trata-se de uma alternativa de transformação da lógica das práticas de saúde, baseada no conceito de família e intervenções nos domicílios, e possui quatro atributos, a saber: atenção ao primeiro contato, coordenação do cuidado, transversalidade e longitudinalidade.
- VII. () Os determinantes sociais em saúde, de acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população;
- VIII. () Consideramos as iniquidades em saúde como sendo as desigualdades em saúde que são injustas e inevitáveis e que, portanto, são passíveis de intervenção e melhorias por meio de políticas públicas.
- IX. () A Política Nacional de Promoção à Saúde tem como finalidade a promoção da qualidade de vida e redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes.
- X. () As políticas públicas em saúde estão voltadas à resolução dos problemas de saúde da população e precisam da intersetorialidade para que funcionem corretamente. Destaca-se o papel da autoconscientização do cidadão como ator político para que estas políticas sejam elaboradas ou implementadas corretamente.

ATIVIDADE

154

NO FÓRUM

Prezado professor, identifique em seu cotidiano escolar os determinantes sociais e as iniquidades em saúde que mais acometem os estudantes em sua região e traga para nossa discussão. Em seguida, reflita se há alguma política pública voltada à minimização dos problemas ocasionados por essas iniquidades.

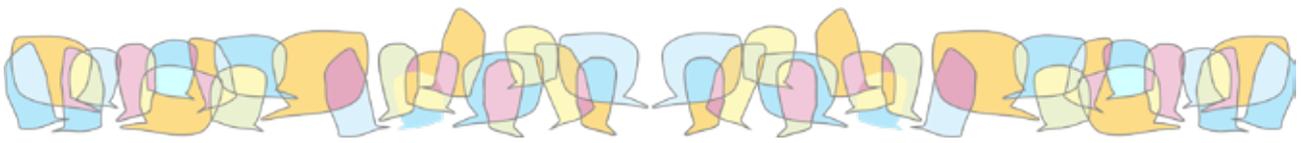
ATIVIDADE

PRÁTICA

Após realização das discussões no fórum e da troca de experiências realizadas vamos seguir para nossa atividade prática.

A primeira observação que deverá realizar refere-se ao contexto social em que atua. Identifique quais as políticas existentes na sua escola de atuação, observando suas áreas de atuação e identificando quais os problemas a que ela se dedica intervir. Utilize a Figura 01 como norteadora de sua observação.

Em seguida, desenvolva um planejamento breve acerca de como você poderá aplicá-las em suas práticas cotidianas em sala de aula como forma de promoção da cidadania dos jovens em situação de vulnerabilidade. Envie seu arquivo em nossa plataforma.



REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 903-910, 2009.

BOBBIO, N. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992. a

_____; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. 11 ed. vol. 1. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. b

_____. *Liberalismo e Democracia*. São Paulo: Brasiliense, 1990. c

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2015. a

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*; 1988. b

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990. c

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. 2012. 1.reimpr. d

_____. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 05 de dezembro de 2007. e

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral a População Negra Uma Política do SUS. 3. Ed. Brasília, DF, 2017. f

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, 2010. g

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.836, de 01 de Dezembro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília: 1. ed., 1. reimpr. 2013.h

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014. j

BREILH, J.; GRANDA, E. *Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. 1986.

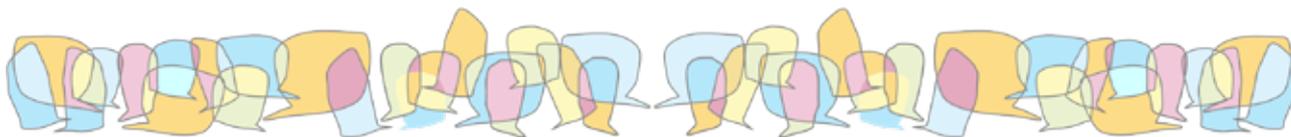
BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. *A saúde e seus determinantes sociais*. Physis: revista de saúde coletiva, v. 17, p. 77-93, 2007.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. et al. 2. Ed. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.121-142.

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil*. O longo caminho. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

DI GIOVANNI, G ; VALENTINI, L. Vulnerabilidade. In: _____. NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.1024-1026.





FERREIRA, G. N.; FERNANDES, M. F. L. Cidadão/ Cidadania. In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.135-141.

FLEURY, S.; OUVENERY. Política de Saúde: Uma política Social. In: GIOVANELLA, L. et al. 2. Ed. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.25-57.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. 17ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v. 4, n. 6, 1987.

LESSA, R. Governo. In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.419-422.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, Classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

NOGUEIRA, M. A. Poder. In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.676-683. a.

_____. Pólis. In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.703-706. b.

PELLEGRINI, A. F.; BUSS, P. M. Promoção da Saúde e seus Fundamentos: Determinantes Sociais de Saúde, Ação Intersetorial e Políticas Públicas Saudáveis. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar (Orgs). *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.305-321.

156

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: Problematização, Construção da Agenda, Institucionalização, Formulação, Implementação e Avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs). *Saúde Coletiva Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p.69-82.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, M. F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: ____; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Saberes, 2014. p.40-77.

SOUSA, MF. *Programa de Saúde da Família: estratégia de superação das desigualdades na saúde?* Análise do acesso aos serviços básicos de saúde. Tese de Doutorado, defendida em maio de 2007. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Brasília 2007.

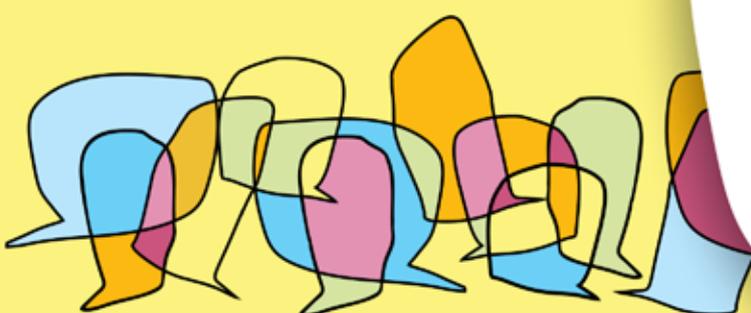
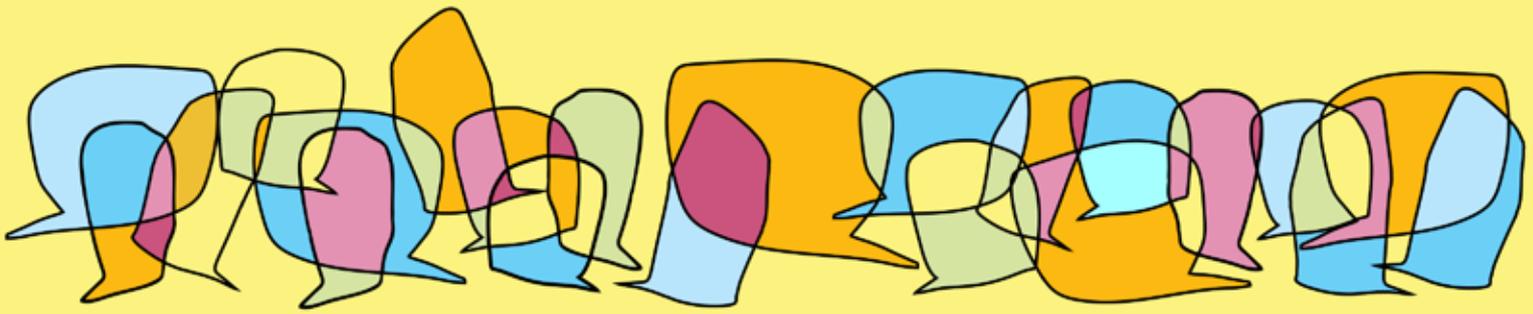
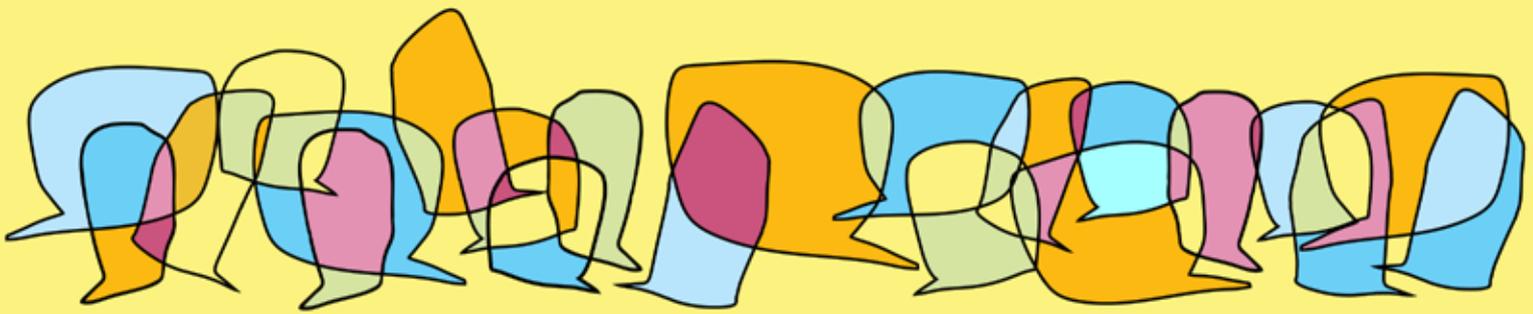
SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STANISCI, S. A. Conselho Tutelar. In: DI GIOVANNI, G; NOGUEIRA, M. A (Orgs). 3.ed. *Dicionário de Políticas Públicas*. São Paulo: Unesp, 2018. p.173-175.

WEBER, Max. *Economia e Sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1994.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 2004.





 **NESP**
NÚCLEO DE ESTUDOS
EM SAÚDE PÚBLICA
— CEAM/UnB —

  **UnB**  **SUS**

 **MINISTÉRIO DA
SAÚDE**  **PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL

SOBRE OS AUTORES

RACKYNELLY ALVES SARMENTO SOARES

Docente do IFPB. Doutora em Modelos de Decisão e Saúde (UFPB), Mestre em Modelos de Decisão e Saúde (2012). Possui graduação em Tecnologia em Geoprocessamento pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (2008). Atua como pesquisadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (UnB) na avaliação de políticas de iniquidades e na análise de situação de saúde. Membro da equipe editorial da *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. Atualmente, colabora na Universidade Federal da Paraíba, no Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva como docente. Integrante do grupo de pesquisa do Observatório da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Tem interesse em modelos de decisão como árvores de classificação, em sistemas de informações em saúde, em Sistemas de Informações Geográficas, em Bancos de Dados Geográficos, em geoprocessamento aplicado à saúde, em big data. Desenvolve estudos epidemiológicos. Membro do grupo de pesquisa “Ensino: teorias e práticas na educação básica”, sediado no IFPB - Campus Sousa.

ANDRÉ RIBEIRO DA SILVA

Doutor e Mestre em Ciências da Saúde, Especialista em Atividade Física para Grupo Especial e Gestão Pública, Graduado em Educação Física e Pedagogia. Professor de curso de especialização na Universidade de Brasília, Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e Instituto Tratos, graduação em multidisciplinar na Universidade de Brasília e graduação em Educação Física, Enfermagem e Psicologia na Faculdade Linear. É pesquisador na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade de Brasília. Consultor Ad hoc da Fundação de Apoio a Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF) e da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec). Consultor Ad hoc de periódicos científicos nacionais e internacionais. É membro do Conselho Editorial da Editora Atena. É membro de Comissão de Publicação da Revista do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. É membro do Colégio Europeu de Ciências do Esporte. Tem experiência como coordenador e revisor pedagógico de cursos e disciplinas na modalidade a distância, pela Universidade de Brasília, Centro de Educação a Distância, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos. Tem experiência na área de TICs, Educação, Educação Física e Saúde Coletiva.

MARIA FATIMA DE SOUSA

Doutora Honoris Causa pela Universidade Federal da Paraíba, com pós doutorado pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), mestre em Ciências Sociais pela UFPB, especialista em Saúde Coletiva e graduada em Enfermagem pela UFPB. Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB, de onde foi diretora da Faculdade de Ciências da Saúde (2014-2018). Implantou e foi a primeira coordenadora do Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e ex-coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), da UnB, e lá implantou a Unidade de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF). Ex-vice-presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Foi gerente nacional do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e assessora no Programa Saúde da Família (PSF), junto ao Ministério da Saúde (1994-2001). Atuou como consultora nas Secretarias Municipais de Saúde e do Verde e Meio Ambiente, ambas em São Paulo. Tem experiência no campo da Saúde Coletiva, com ênfase em políticas públicas de saúde, modelos de atenção à saúde e gestão de sistemas locais de saúde.

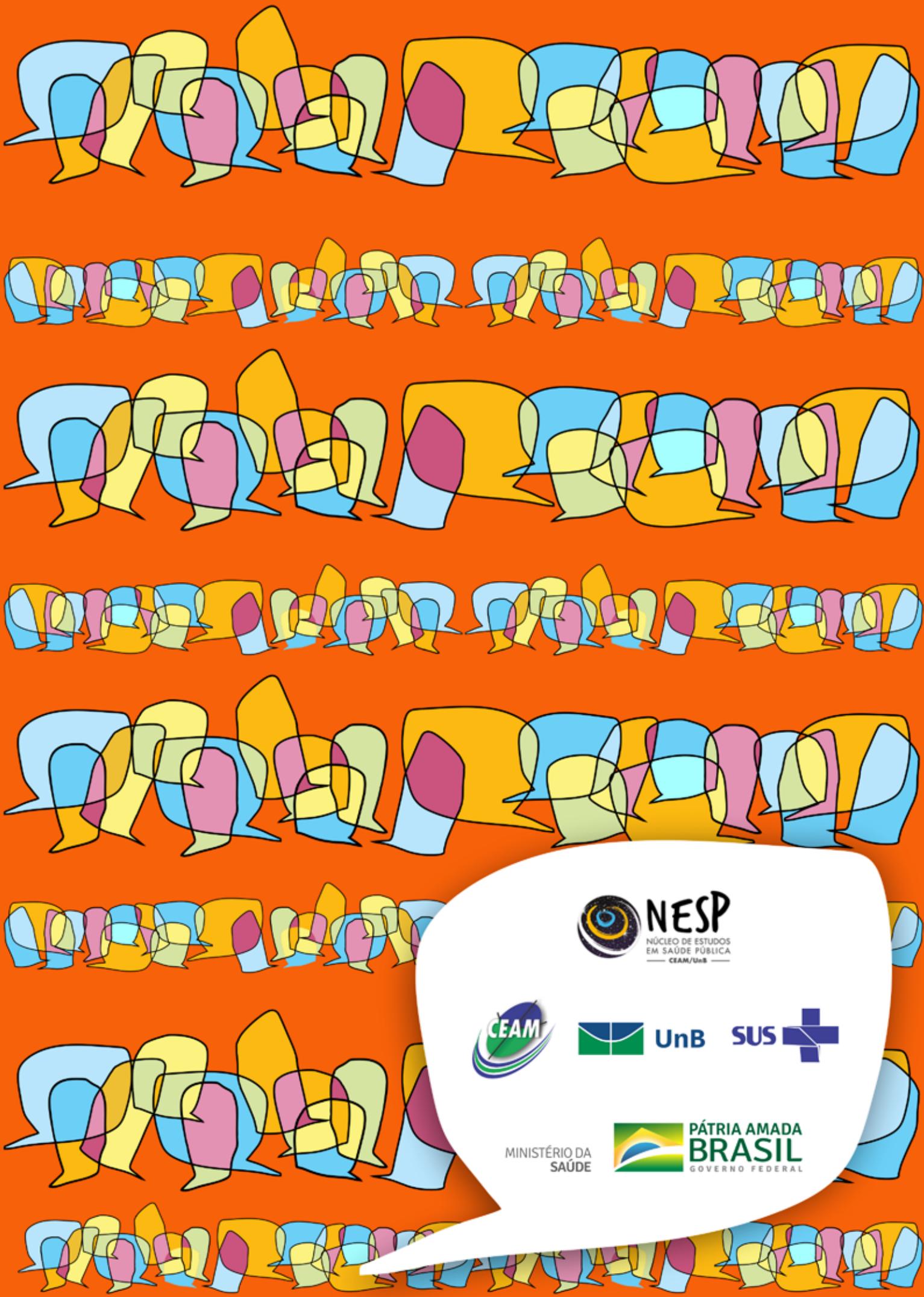
JITONE LEÔNIDAS SOARES

Doutorando em Ciências da Saúde (UnB), Mestre (UnB) e Licenciado em Educação Física pela Universidade de Brasília (UnB); Especialista em Planejamento, Implementação e Gestão de Educação a Distância (UFF); Especialista em Inovação em Mídias Interativas (UFG) e Especialista em Gestão Pública (UFG). Especialista em Educação Aberta e Digital pela Universidade Aberta de Portugal (UAberta) e Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Professor orientador e Membro do Comitê Gestor do curso de Especialização em Saúde da Família do programa de Pós Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. Atuou como Professor substituto dos cursos de Licenciatura e Bacharelado em Educação Física da Universidade de Brasília (FEF-UnB). Experiência docente enquanto professor do curso de Licenciatura, Bacharelado em Educação Física e no Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Licenciatura em Educação Física modalidade a distância em faculdade particular do Distrito Federal. É Professor do Magistério Superior Voluntário no Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM / Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde. Tem experiência em Educação a Distância no terceiro setor, público e privado. Participou da implementação e gestão dos cursos pioneiros em Educação Física a distância da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília (FEF-EaD-UnB). Atuou como gerente e coordenador de produção de cursos online no Centro de Educação a Distância da Universidade de Brasília CEAD-UnB, Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília / Universidade Aberta do SUS e Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde - (FIOTEC). Tem 12 anos de experiência em planejamento, implementação e gestão de projetos de EaD na graduação, pós graduação e extensão na UnB, UniR e UniFAP. Participou da idealização dos cursos online do programa de voluntariado do Governo Federal para a copa do mundo da FIFA Brasil 2014 para o Ministério do Esporte. Atuou em projetos para o Ministério da Educação - Programa Pró Licenciatura,

UAB - Universidade Aberta do Brasil, Conselhos Escolares e INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, Ministério da Justiça, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Coordenadoria de Capacitação e Educação - PROCAP-UnB, Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA entre outras instituições. Criou a Escola Virtual da Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal (EV-ANFIP). Tem interesse por: Educação a Distância, Inteligência Artificial, Chatbot, Bigdata, Educação Física, Exercícios Físicos, Lazer e Qualidade de Vida, AVC - Acidente Vascular Cerebral - E-mail: jitone@unb.br

ANA VALÉRIA MACHADO MENDONÇA

Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília (UnB). Pós doutora em Comunicação em Saúde, pelo Centre de Recherche sur la Communication et la Santé (ComSanté), da Université du Québec à Montréal (UQAM). Possui doutorado em Ciência da Informação pela UnB, mestrado em Comunicação e Cultura pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, especialização em Administração da Comunicação Empresarial e graduação em Jornalismo e Relações Públicas. Atualmente é coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Pública da UnB (NESP/CEAM/UnB). Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas em Informação em Comunicação em Saúde Coletiva (CNPq-Brasil). Coordenou o Centro de Tecnologias Educacionais Interativas em Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde (CENTEIAS/FS). Foi consultora em projetos de inclusão digital para o Ministério das Comunicações. Tem experiência nas áreas das Ciências da Informação e da Comunicação com ênfase em Comunicação da Informação, atuando principalmente nos seguintes temas: informação e comunicação em saúde, tecnologias da informação e comunicação em saúde, inclusão digital, alfabetização em informação e em comunicação, redes e mídias sociais e ensino a distância.



MINISTÉRIO DA SAÚDE

