



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciasaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva

Brasil

Vasconcelos de Sousa, Izautina; César Praça Brasil, Christina; Magalhães da Silva,
Raimunda; Paixão e Vasconcelos, Dayse; Abreu Silva, Kellyanne; Nogueira Bezerra,
Ilana; Finan, Timoty J.

Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em
situação de vulnerabilidade social

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 12, diciembre, 2017, pp. 3945-3954

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053795011>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social

Participatory diagnosis to identify health problems in a socially vulnerable community

Izautina Vasconcelos de Sousa ¹

Christina César Praça Brasil ¹

Raimunda Magalhães da Silva ¹

Dayse Paixão e Vasconcelos ¹

Kellyanne Abreu Silva ²

Ilana Nogueira Bezerra ²

Timoty J. Finan ³

Abstract The Health Promotion paradigm led to the acknowledgment of health due to factors linked to the social, political and economic contexts. In Brazil, health inequities are one of the most striking features of the health situation, challenging the effectiveness of intersectoral policies. This study aimed to understand the perception of socially vulnerable community dwellers of the problems that interfere with the health conditions and the coping strategies used. The methodology consisted of a participatory research based on the participatory diagnosis conducted with 31 key informants from the community studied in Fortaleza, Ceará, Brazil. As a result, participants evidenced that the community has health issues due to weak intersectoral actions (infrastructure, public safety, basic sanitation, garbage collection, among others) and that they seek to address them through social mobilization actions and institutional support. Thus, Participatory Diagnosis is thought to increase social involvement with health promotion and problem solving and contributes to ensuring the right to the city to all its residents.

Key words Health inequities, Social vulnerability, Health promotion, Community participation

Resumo O paradigma da Promoção da Saúde inaugurou o reconhecimento da saúde como resultante de fatores interligados ao contexto social, político e econômico. No Brasil, as iniquidades são consideradas uns dos traços mais marcantes da situação de saúde, desafiando a efetividade de políticas intersetoriais. O presente estudo objetivou conhecer a percepção dos moradores de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social sobre os problemas que interferem nas condições de saúde e as estratégias de enfrentamento utilizadas. Foi utilizada como metodologia a pesquisa participante, guiada pelo Diagnóstico Participativo, contando com 31 informantes-chave da comunidade em estudo localizada em Fortaleza, Ceará. Como resultado, os participantes evidenciaram que a comunidade apresenta problemas no campo da saúde decorrentes da fragilidade de ações intersetoriais (infraestrutura, segurança pública, saneamento básico, recolhimento de lixo e outros) e que buscam enfrentamentos a partir de ações de mobilização social e apoio de instituições. Diante do exposto, verifica-se que o Diagnóstico Participativo pode vir a ampliar o envolvimento social com a promoção da saúde e o enfrentamento de problemas, além de contribuir para a garantia do direito à cidade a todos os seus moradores.

Palavras-chave Iniquidade na saúde, Vulnerabilidade social, Promoção da saúde, Participação da comunidade

¹ Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares 1321,
Edson Queiroz. 60811-
905 Fortaleza CE Brasil.
izasousa222@gmail.com

² Universidade Estadual do
Ceará. Fortaleza CE Brasil.

³ University of Arizona.
Tucson AZ EUA.

Introdução

Quando o assunto é Promoção da Saúde, surge o desafio de compreendê-la a partir da subjetividade de seu significado. Para isso, dar voz e oportunidades de expressão aos moradores de territórios das cidades contemporâneas facilita o entendimento da teia sociológica, onde se inserem indivíduos e comunidades. Promover a saúde suscita elaborar estratégias que garantam, minimamente, a justiça social, a qual apresenta uma relação estreita com o princípio da equidade.

Dentre estas estratégias, destaca-se o Diagnóstico Participativo (DP) – um método de escuta para a aquisição e a construção coletiva de dados sobre determinadas realidades¹. De acordo com Castro e Abramovay², o DP envolve os atores sociais residentes na comunidade, sendo utilizado para fazer levantamento da realidade local, incluindo a identificação dos principais problemas nas áreas da saúde, social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional.

Na relação entre DP e redução das iniquidades em saúde buscam-se práticas de empoderamento das condições sociais e de saúde, possibilitando a distribuição de direitos e deveres entre Estado e sociedade. Entende-se a participação social como pré-requisito institucional e político para conceituar a saúde, além de ser uma condição imprescindível para a viabilidade e a efetividade das políticas públicas³.

Em 1986, a definição de Promoção da Saúde surge como um “processo de capacitar a comunidade para atuar na melhoria de sua vida e de sua saúde por meio da participação efetiva”⁴, devendo ser considerada como resultado de ações intersetoriais que garantam boas condições de vida às pessoas⁵.

A partir de então, reconheceu-se a saúde como resultante de fatores interligados com o contexto social, político e econômico, suscitando o elo entre promoção de saúde e equidade. Nesse contexto, pensou-se em um conjunto de valores que contribuam com a melhoria da qualidade de vida e de saúde dos indivíduos e da coletividade⁶, em que se destacam: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, solidariedade, democracia, cidadania, participação e ação conjunta, justiça social e equidade.

A equidade apresenta a ideia de não discriminar, na tentativa de reduzir as disparidades evitáveis entre grupos de diferentes níveis socioeconómicos.

Essa ideia, no campo da saúde, volta-se para a redução das desigualdades nos serviços de saúde⁷, que por sua vez, se associa à realização de ações que garantam direitos sociais. Equidade é, ainda, o resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar desigualdades nas condições de vida⁸.

O Movimento das Cidades Saudáveis é uma estratégia de promoção da saúde e tem como objetivos a melhoria da qualidade de vida das pessoas e o desenvolvimento comunitário local^{9,10}. A importância do planejamento e da implementação de planos locais para ações promotoras de saúde com foco em territórios saudáveis perpassa pelas políticas intersetoriais e pela concepção ampliada de saúde. Porém, o incremento de políticas públicas com enfoque loco-territorial ainda é considerado um desafio no Brasil, o que tem fragilizado o combate às iniquidades em saúde¹¹.

As iniquidades em saúde são consideradas uns dos traços mais marcantes da situação de saúde no Brasil, emergindo nas discussões da comunidade científica a necessidade de incluir a igualdade no acesso à saúde no centro da política nacional, na tentativa de minimizar a ocorrência de desigualdades entre grupos¹². No contexto brasileiro, muitos estudos têm evidenciado as disparidades sociais entre grupos populacionais nas diversas dimensões, em que mulheres, negros e moradores de rua ou da periferia constituem a maior parte dessa representatividade^{13,14}.

A presente pesquisa contextualiza uma comunidade em situação de vulnerabilidade social¹⁵, em Fortaleza, Ceará, a qual se assemelha a outros grupos vulneráveis no Brasil, o que reforça a necessidade de um olhar ampliado para as desigualdades sociais, no intuito de compreender como essas comunidades mobilizam-se diante das situações de exclusão e iniquidades. Nesse cenário, acredita-se que o DP^{2,16} oportuniza uma articulação comunitária, bem como promove uma maior validade na identificação dos problemas enfrentados por essa população.

Este estudo justifica-se pela necessidade de identificar problemas impactantes na saúde dessa população, favorecendo o direito à expressão dos moradores e o planejamento de ações intersetoriais para a melhoria das condições apontadas. Acredita-se que este trabalho contribui para o aprimoramento da metodologia participativa do DP, podendo vir a ser utilizada em outros cenários urbanos. Assim, questiona-se: quais problemas identificados pelos moradores da comunida-

de em estudo impactam nas condições de saúde? Quais estratégias são utilizadas para enfrentar os problemas identificados e produzir saúde?

Dessa forma, objetivou-se conhecer a percepção dos moradores sobre os problemas existentes e que interferem na saúde de uma comunidade em situação de vulnerabilidade social e as estratégias utilizadas na busca de resolubilidade dos problemas.

Métodos

Este artigo está inserido no projeto “Participação e mapeamento comunitário para promoção de qualidade de vida e inclusão social de moradores do Dendê”, que teve como base o Diagnóstico Participativo¹⁷.

Realizou-se uma pesquisa participante com a construção de parcerias comunitárias, buscando garantir a sustentabilidade e a efetividade de futuras intervenções^{2,18,19}. Os participantes do estudo foram moradores da Comunidade do Dendê situada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza, Ceará. Esta capital conta com aproximadamente 2.551.805 habitantes, sendo considerada a 5^a cidade do mundo com maior índice de desigualdade social. Neste cenário, está albergada a Comunidade em estudo, a qual contempla um marcante cenário de contrastes e desigualdades¹⁹.

Os dados do Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico²⁰ mostram que o bairro Edson Queiroz possui aproximadamente 22.110 habitantes. A média de moradores por domicílio é de aproximadamente 3,76 pessoas. Conforme o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010, dos 119 bairros de Fortaleza, este bairro ocupa a 57^a posição, com 0,350 de IDH, apresentando classificação muito baixa.

As primeiras famílias que habitaram a Comunidade em estudo foram removidas de outras favelas de Fortaleza²¹. Um grupo de religiosas realizou catequese e luta pelos direitos da comunidade; surgindo, nos anos 80, a Associação dos Moradores, quando a população local formou lideranças em busca de melhores condições de vida.

Participaram do estudo 31(trinta e um) informantes-chave (IC) moradores da comunidade há mais de cinco anos, com idades de 18 a 80 anos, sendo 24 mulheres e 7 homens, que apresentavam condições para responder a pesquisa e concordaram em participar das três fases do estudo.

São denominadas IC pessoas com envolvimento ativo na comunidade ou indivíduos que

tenham informações amplas e profundas sobre o sistema ou o assunto de interesse do pesquisador²². A identificação dos IC deu-se por meio de nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com os quais discutiu-se a viabilidade das técnicas de coleta de dados e estratégias de acesso aos moradores. Para proteger as identidades dos participantes, adotaram-se as letras “IC” (informante-chave) seguidas dos números de 1 a 31.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2016, utilizando ferramentas participativas: entrevista (primeira fase), caminhada de rua (segunda fase) e grupos focais (terceira fase). Realizou-se a entrevista nos domicílios dos IC norteada pela questão: Na sua opinião, quais problemas da comunidade levam a uma condição precária de saúde?

Ressalta-se que os IC foram visitados individualmente pelos pesquisadores, os quais gravaram as entrevistas e aplicaram um questionário com dados socioeconômicos para a caracterização dos participantes.

Ao finalizar a entrevista, cada IC realizou uma caminhada de rua, com duração média de 40 minutos, na companhia do pesquisador, partindo de seu domicílio e percorrendo a rua em que mora e adjacências, apontando os problemas da comunidade que interferem nas condições de saúde, os quais foram fotografados e registrados por escrito em formulário específico pelos pesquisadores.

Participaram das entrevistas e da caminhada de rua 31 IC. Para os grupos focais (GF), os IC foram convidados a participar, porém somente 14 aceitaram. Realizaram-se dois GF nas dependências de uma Universidade próxima à comunidade, os quais foram filmados e contaram, cada um, com sete IC. Para isso, utilizou-se um roteiro com questões norteadoras sobre os problemas da comunidade que interferem nas condições de saúde, propiciando uma discussão aprofundada sobre o tema proposto²³.

Os dados foram transcritos na íntegra e lidos em profundidade pelos pesquisadores; os quais foram analisados seguindo as etapas previstas pelo método da Análise de Conteúdo na Modalidade Temática: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação)²⁴.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, e foram seguidos os princípios éticos da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)²⁵.

Resultados e Discussões

Os resultados são provenientes da entrevista, da caminhada de rua e dos dois grupos focais, sendo as falas apontadas representativas de todos os participantes. Ressalta-se que, por meio do DP a comunidade local expressou os principais problemas vivenciados, cuja análise resultou em duas temáticas: 1) Fragilidade intersetorial no manejo dos problemas comunitários; e 2) Estratégias de enfrentamento dos problemas.

Fragilidade intersetorial no manejo dos problemas comunitários

Os problemas de saúde apontados pelos IC remetem a fragilidades nas ações intersetoriais que impactam na saúde, estando inseridos nos eixos da segurança, iluminação pública, ocupação e saneamento básico. Emergiram nas falas a insegurança decorrente da violência associada ao poder das milícias na comunidade e ao uso de drogas; a falta de atividades culturais e desportivas voltadas às crianças e aos jovens; além do precário saneamento básico, iluminação pública inefficiente e recolhimento de lixo insuficiente.

A insegurança é considerada como uma “doença”, sendo refletida nos relatos sobre a vivência diária do medo. O depoimento abaixo mostra a relação da precariedade da segurança com a saúde, o que deve ser considerado como um desafio para territórios vulnerabilizados:

A condição de saúde é precária... Eu falo da insegurança... Eu acho que a grande doença da nossa população, do nosso bairro, vem desde as crianças que não têm muita ocupação. Não tendo ocupação, elas vão para a rua fazer o que não devem. (IC28)

Lima et al.²⁶ apontam que o artigo 23 da Constituição Federal aborda a segurança pública, dispondo as atribuições das instituições encarregadas de provê-la (entes federados). Contudo, ainda há uma ausência na regulamentação das funções e relacionamento das polícias federais e estaduais. Isto produz no Brasil um quadro de dificuldades na solução de problemas de segurança e violência, visto que faltam projetos de governança e alinhamento das políticas de segurança pública que garantam a democracia e os direitos humanos.

Disseram que veio uma determinação [dos chefes do tráfico] que não pode mais roubar no bairro e que tinha gente que estava roubando, mas não é aqui do bairro... Eles botaram no poste um papel dizendo que quem roubar no bairro eles vão matar. Aí, eu estava dizendo, daqui a uns tempos a

gente não vai mais nem obedecer à polícia, pois vai ter que obedecer aos marginais. (IC14)

A fala de IC14 expressa uma preocupação legítima que se alinha ao estudo de Santos²⁷, o qual mostra a totalidade das mortes decorrentes de violência nos territórios e destaca o expressivo quantitativo de homicídios de jovens negros moradores de regiões de favelas e periferias da cidade, bem como do campo e da floresta. Os homicídios nos territórios em situação de vulnerabilidade são, direta ou indiretamente, relacionados a estratégias e ações de políticas de Segurança Pública, em especial, as de combate ao tráfico de drogas.

Os IC compreendem que há uma invisibilidade do poder público diante desse sério problema na Comunidade:

Não tem cabines policiais, poucos policiais para a população extensa, para o bairro extenso, populoso, causando episódios de assaltos, roubos, furtos e isso traz riscos à saúde da população. O cidadão, após um assalto, um roubo, desenvolve um certo transtorno mental tipo depressão... isso leva ao agravio à saúde da população, causando prejuízos para o município e para o estado. (IC8)

Diversos estudos mostram que a violência nas cidades tem aumentado e repercute na vida da população, disseminando o medo e a insegurança. A Organização Internacional do Trabalho²⁸ relaciona o desemprego e a reduzida empregabilidade dos jovens ao aumento da violência, da prostituição, do consumo de drogas; o que predispõe à vulnerabilidade social.

Outro problema refere-se ao uso de drogas pelos jovens, sendo repetidamente considerado pelos participantes como um aspecto que gera graves impactos nas condições de saúde no bairro e que se associa à falta de emprego, diversão, prática de esportes, o que também se explicita na fala de IC28.

Para evitar o uso da droga, faz-se necessário atuar intensivamente na prevenção, com estratégias promotoras de saúde, considerando algumas variáveis: a sociedade em que se vive; as identidades culturais; as relações de poder; os aspectos sociais, políticos, económicos, históricos e culturais; além da realidade local e o conhecimento sobre as drogas²⁹. Os IC revelam que os espaços destinados à recreação, como as quadras para a prática de esportes, tornaram-se locais depredados e propícios a ações criminosas, o que priva a população a usufruir do lazer e dificulta o enfrentamento das drogas.

A falta de saneamento básico é outro assunto que assume urgência na agenda da comunidade;

uma vez que, na tentativa de minimizar o problema, tentam resolvê-lo independente da interveniência do poder público:

Aqui não tem saneamento básico e na minha rua também era tudo na lama. [...] E também as doenças que saem daquele esgoto... Guabiru [rato grande] tem muitos Catita [rato pequeno] também... e muito mais... (IC2).

O conceito de promoção de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (1986) tem como apontamento as ações de saúde para o mundo todo. Assim, as condições ambientais representam um importante fator determinante da saúde³⁰. Nesse sentido, o art. 2 da Lei n.º 10.257/2001, traz como diretriz da Política Urbana a garantia do direito ao saneamento. A fala de IC2 descreve um cenário que mostra uma comunidade exposta a riscos de doenças em decorrência da falta de saneamento básico, o que é muito evidente, com crianças expostas a infecções devendo ao contato com o solo contaminado por resíduos sólidos e líquidos. Para a erradicação deste problema, é preciso que haja melhores condições socioeconômicas aliadas ao saneamento básico³¹.

O problema descrito no parágrafo anterior é agravado pela precariedade no recolhimento do lixo na Comunidade:

Há quarenta anos moro aqui... Esse negócio do lixo, muito lixo pelas calçadas, pelas ruas, tem também esse problema de muito buraco...as ruas muito quebradas, saneamento não tem. (IC6)

De acordo com Paim³², o setor saúde deve buscar soluções para seus problemas na interseitorialidade. É por meio dela que há a possibilidade de resolver vulnerabilidades que influenciam no processo de adoecimento das pessoas. Dessa maneira, sanar os problemas relacionados à infra-estrutura do bairro (calçamento, esgoto e recolhimento do lixo) contribuirá para a melhoria da saúde da comunidade. Verifica-se que os moradores percebem que a convivência próxima ao lixo faz com que as crianças adoeçam mais e lamentam o fato de haver montanhas de lixo em vários locais. A fala de IC2 reforça a necessidade de ações intersetoriais para a promoção de um ambiente saudável:

O lixo era do lado [da casa] e estava prejudicando as crianças. Eles estão colocando o lixo lá aonde eu moro e a montanha está lá...era para eles ajudarem a tirar esse lixo daqui, porque traz doenças e animais perigosos para a saúde... As bocas de lobo [abertura do esgoto] a gente levanta com as mãos e os menino pegam a bola lá dentro! (IC2)

Impactos ambientais negativos causados pelo lixo aumentam a disseminação de animais ro-

dores e peçonheiros na comunidade, principalmente em época de chuvas. Barbosa et al.³³ apontam que acidentes com animais peçonheiros como escorpiões, em algumas cidades brasileiras, é considerado um problema de saúde pública pela sua frequência e/ou gravidade.

Outra demanda apontada pelos participantes foi a necessidade de construção de locais para a prática de atividades desportivas, culturais e de lazer. Os moradores acreditam que essa seria uma estratégia para assegurar um futuro mais promissor, com melhores condições no padrão de vida, como uma opção para o contraturno da escola das crianças e jovens, evitando o ingresso na criminalidade e no tráfico de drogas.

Essa preocupação é reforçada por Oliveira et al.³⁴, que julgam ser necessária a efetiva presença da família na prevenção do uso de drogas e destaca a importância do suporte de políticas públicas que permitam a prática desportiva e cultural pelas crianças e jovens, principalmente das comunidades mais carentes.

A participação das crianças e jovens, que são as maiores vítimas da pobreza, violência, desigualdade e exclusão social, em atividades de entretenimento e lazer nos horários livres, proporciona benefícios na integração social, combate à violência, remove-os das ruas, ajudando no combate ao envolvimento com drogas e criminalidade, favorecendo a promoção de saúde^{35,36}.

No DP, os IC têm a oportunidade de expressão e são desafiados a apontar os problemas locais, na perspectiva de transformação e do surgimento de estratégias que possibilitem o direito de liberdade, cidadania, igualdade, participação, democracia, e tudo o que impacta nas condições de saúde¹⁷.

Estratégias de enfrentamento dos problemas

Ao mencionarem os problemas da comunidade, os moradores também apontam estratégias de enfrentamento, que foram agrupadas em duas sub-temáticas: “ações de mobilização social” e “apoio de instituições presentes no território”.

Ações de mobilização social

As ações de mobilização social são apresentadas como um somatório de esforços capazes de envolver uma maior quantidade de pessoas e instituições na busca de resolver problemas de interesse coletivo³⁷.

As alternativas apontadas pelos IC para resolver o problema do saneamento básico correspon-

dem ao que é possível financeiramente. Assim, os moradores executam obras sem amparo de especialistas, inadequadas para a total resolução do problema. Porém, estas tentam minimizar os transtornos causados pela convivência direta com o esgoto.

A gente fez uma vaquinha [uma cota entre os moradores para arrecadar dinheiro]... a gente mandou colocar concreto [na rua], mas também só tem concreto até a minha casa, e da minha casa para lá já não tem mais, é tudo lama... (IC2).

Mesmo com essas ações, observa-se a manutenção da condição de vulnerabilidade dos moradores, diante das precárias condições ambientais.

Envolver a comunidade em ações em prol do bem-estar coletivo também é uma estratégia adotada. Muitas delas partem da criatividade e do empreendedorismo de alguns moradores e são inspiradas pela cultura e relações familiares. Nesse sentido, para os participantes, comemorar datas festivas favorece o estabelecimento de cooperações e de parcerias:

[...] eu faço festa do dia das mães... A minha festa se junta com a dos outros moradores... Assim, as mães se juntam, mesmo havendo umas que não falam com as outras. Eu digo: 'Gente, mas vocês vão só merendar...' Isso para ver se consigo juntar as pessoas. Para o dia das crianças, a gente vai arrecadando [comida, brinquedos, roupas] para dar os presentes. Todo ano eu faço a festa das crianças... Aí, eu faço parte do Banco..., de onde consigo dinheiro para a festa.... A gente vai comprando os presentes e uma pessoa doa bombom, outra doa pirulito... Fazemos isso há cinco anos, mas ainda tem gente que sai falando mal... (IC2)

Os esforços dos moradores na fala de IC2 demonstram estratégias de enfrentamento para amenizar situações estressantes comuns a bairros de periferia que vivenciam problemas semelhantes, a exemplo das relações sociais, muitas vezes, conflituosas. Os IC acreditam que a promoção de ações sociais com o envolvimento da comunidade estimula a socialização, sendo vista como um direito do cidadão e uma iniciativa que traz momentos de alegria e de bem-estar, impactando na boa convivência e na saúde dos indivíduos.

Antonowisk³⁸ refere que a cooperação é uma estratégia apropriada para responder e manejar os recursos acessíveis no ambiente social, gerando satisfação, bem-estar e regulação dos efeitos negativos dos agentes estressores. Outra estratégia adotada na comunidade para a falta de creches e berçários acessíveis a essa população é o voluntariado de moradoras que acolhem em suas casas crianças de mulheres trabalhadoras:

Eu gosto muito de ajudar as pessoas. A maioria das minhas vizinhas trabalha e eu gosto de ficar com os filhos delas e elas me dizem que eu deveria ser babá. (IC14)

Trabalhar voluntariamente remete à solidariedade ao próximo. O fato de as vizinhas cuidarem dos filhos daquelas que trabalham fora assegura o acesso ao emprego e à renda para a sobrevivência de algumas famílias. Ademais, as trabalhadoras remuneram, mesmo que de forma precária, as vizinhas cuidadoras dos seus filhos, além de deixarem nas suas casas a alimentação das crianças, para que isso não gere despesas à amiga que lhe presta esse serviço.

Outra questão relatada foi a presença da religião como promotora de protagonismo de bem-estar social:

Eu tenho um trabalho de evangelização dentro de casa. Nesse período [em maio], rezamos o terço os trinta dias e concluímos com a coroação [de Nossa Senhora]. Eu tenho umas trinta ou quarenta pessoas todo dia na minha casa para rezar... tudo que eu quero,uento com esse grupo e elas são pessoas muito amigas, são pessoas ótimas da gente trabalhar e conhecer... (IC10)

Existe a importante presença da religião/religiosidade no fortalecimento da mobilização social. Para Faria e Seidl³⁹, a religiosidade exerce um relevante papel em contextos de cuidados à saúde, atuando no enfrentamento de processos de adoecimento ou vulnerabilidade.

O trabalho comunitário foi outro aspecto destacado, sendo considerado um ingresso para tornar-se membro ativo da comunidade:

Fiz parte de uma equipe que construiu uma igreja... Não sei se vocês já tiveram oportunidade de ver [a igreja]. Com essa construção foi que eu passei a ser um membro ativo da comunidade, porque eu visitei toda a comunidade, todos os apartamentos, todas as casas e conseguimos com isso que essa igreja fosse erguida... (IC10)

O trabalho voluntário, nas diversas comunidades brasileiras, vem crescendo ao longo do tempo como uma forma de cooperação e participação social. Esse tipo de ação amplia o empoderamento e gera um sentimento de pertencimento e corresponsabilização com relação à resolução dos problemas da localidade em que vivem. No Brasil, o trabalho voluntário é reconhecido pelo art. 1º, da Lei n.º 9.608, de 18 de fevereiro de 1998⁴⁰, que o define como atividade não renumerada, feita por pessoa física para entidade pública, ou instituição privada sem fins lucrativos que exerçam ações de cunho cívico, cultural, educativo, de assistência social, dentre outros⁴⁰.

Apoio de instituições presentes no território

Além das ações de pequenos grupos de moradores, as parcerias estabelecidas entre eles e algumas organizações sociais em busca de soluções para os problemas da comunidade formam movimentos maiores, viabilizando o atendimento de necessidades diversas e mais amplas:

De terça-feira em diante, as ONGs [Organizações Não Governamentais] ajudam as crianças. Se você tiver precisando de um remédio, eles vão lá e olham. É só levar a receita de manhã... Dependendo do dinheiro que o membro da ONG tiver, quando é de tarde ele já traz [o remédio] ou então no outro dia. (IC2)

A minha menina estava com uma alergia e ninguém sabia do que era. Todo dia eles arranjavam um remédio... Graças a Deus, devido a ONG, a minha menina ficou boa, porque eu fui em todas as farmácias e não tinha achado nada que desse certo. (IC6)

O relato mostra que os moradores têm consciência sobre a importância do envolvimento social, das redes sociais e de apoio nos locais onde vivem, sendo esta uma possibilidade de enfrentamento dos problemas e de empoderamento individual e coletivo, fortalecendo suas lutas por melhores condições de vida e de saúde.

Uma Universidade privada localizada no entorno da Comunidade em estudo foi citada por criar oportunidades de práticas esportivas voltadas para crianças e jovens, desempenhando ações intersetoriais de promoção da saúde:

Sempre usufruí da Universidade. Teve um período, quando eu era aluna da escolinha [referindo-se à escola de ensino básico gratuita mantida pela Universidade], que pratiquei todo tipo de esporte... só que minha paixão sempre foi o basquete e o futsal. Daí, despertou a paixão de estudar aqui [na Universidade] e hoje em dia eu estudo... Esta Universidade faz de tudo... Acho que essa contribuição é muito grande para todo o bairro, porque acho que tirou muita gente da rua, da prática criminosa. Eu tenho um amigo que é atleta brasileiro e já competiu em outros países... se destacou e ganhou bolsa de estudo por causa disso. Acho que o esporte contribui muito para a saúde. (IC12)

Para Coleman e Eso-Ahola⁴¹, o lazer é capaz de gerar mecanismos de *coping* que facilitam lidar com os problemas desencadeadores de estresse, assim como o esporte. As concepções de *coping*, decorrentes do lazer, têm um significado positivo para a saúde, repercutindo na redução dos níveis de depressão, estresse e ansiedade.

A clínica escola da Universidade próxima à comunidade também é vista pelos participantes do estudo como um local onde podem recorrer para buscar a assistência gratuita à saúde:

Da clínica escola eu gosto muito e agradeço muito, porque há treze anos que meu marido teve um AVC [acidente vascular cerebral] e fez todo tratamento lá. Está com cinco anos que ele parou de fazer fisioterapia, fono e TO [terapia ocupacional] porque ele não quer mais. Mas, ele continua fazendo a terapia na piscina acompanhado de um professor e, graças a Deus, ele tem cardiologista, tem neurologista... (IC6)

A fala de IC6 demonstra o reconhecimento da moradora a um segmento privado que oferece atendimento gratuito e apoio à comunidade, disponibilizando serviços especializados próximos ao domicílio. A utilização do modo de *coping* vai depender dos recursos disponíveis e das forças que coibem a utilização deste recurso⁴¹. As ações promovidas por diversas, instituições situadas no mesmo território colaboraram com a promoção da saúde e o enfrentamento dos problemas decorrentes da fragilidade de ações intersetoriais na comunidade.

Cabe destacar que o território é entendido neste estudo, a partir de Monken et al.⁴², como um espaço marcado por disputas, relações de poder e modos de produção que não se encontra em um lugar de isolamento social, mas de produção de saúde ou vulnerabilidades.

Assim, torna-se importante ressaltar que o contexto situacional da Comunidade em estudo apresenta um território fragilizado no que concerne à promoção da saúde. Cabe lembrar que os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), em que a saúde é um deles, foi intensificado após a Rio+20, em 2012⁴³. A partir deles, evidencia-se a necessidade da construção de territórios sustentáveis e saudáveis, entendidos como resultado do enfrentamento de diferentes visões da produção social do espaço e das territorialidades⁴³.

A saúde deve ser compreendida a partir de uma agenda pública e sustentável, de caráter intersetorial (para além da saúde) e interescalares (do local ao global), capaz de impulsionar o enfrentamento dos seus determinantes sociais, comunicando-se estreitamente com o desenvolvimento sustentável e baseando-se na ecologia de saberes das vozes que partem dos territórios⁴³. Estes aspectos dialogam com o paradigma da promoção da saúde, que decompõe o campo da saúde em quatro grandes eixos estruturantes: a biologia humana (genética e função humana); o ambien-

te (natural e social), o estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde) e a organização dos serviços de saúde⁴⁴.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde no cenário latino-americano consiste na adoção de estratégias que garantam a equidade e a melhoria da qualidade de vida das populações, devendo materializar-se no processo de formulação de políticas de saúde e intersetoriais⁴⁵.

Conclusões

A Comunidade em estudo apresenta problemas referentes às necessidades básicas de saúde, em que se faz necessário transportar a visão comportamentalista e de ênfase da ação individual para uma visão coletiva. Verifica-se que os relatos dos moradores evidenciam a negligência política e social que afeta essa população, haja vista que muitos dos problemas estão fora de sua governabilidade, mostrando características de iniquidade na saúde e vulnerabilidade social. Conviver com a falta de saneamento, iluminação pública, não recolhimento do lixo e insegurança pública resulta de uma condição de disparidades sociais e de saúde. Daí, a importância de se efetivarem ações que garantam a equidade, reduzindo ou eliminando as diferenças evitáveis, e que promovam a saúde.

Mesmo com tantos problemas fora de sua capacidade de governança, a comunidade apresenta uma forte articulação interna na busca do bem-estar social e da resolução dos problemas

identificados. Ademais, conta com a parceria de instituições particulares e ONGs que se situam no seu entorno para ampliar o alcance de suas ações.

No campo das estratégias de enfrentamento, verificou-se fragilidade na relação entre o poder público e a Comunidade em estudo, pois nenhuma parceria com órgãos públicos foi citada, o que revela a necessidade urgente das ações governamentais se voltarem para a elaboração de políticas de caráter intersetorial e de participação popular, a partir de um conceito de saúde ampliado.

Verifica-se que o conhecimento das condições de vida e de saúde dessa comunidade, por meio do diagnóstico participativo, favorece reflexões sobre o território e a saúde, valorizando a visão dos moradores, o que facilita a busca de mudanças do modelo atual, o enfrentamento das iniquidades e a implementação de melhorias. Nesse contexto, destaca-se a importância da participação contínua de cada membro da comunidade e de instituições parceiras na elaboração de um plano de desenvolvimento local e de incremento das políticas públicas.

Diante dos resultados, o diagnóstico participativo constitui um importante caminho para a escuta coletiva e a produção de saúde em comunidades vulneráveis. Este estudo inspira novas pesquisas em parceria com esta e outras comunidades, onde serão desenvolvidos debates e ações, o que pode vir a ampliar a participação social na promoção da saúde e no enfrentamento de problemas, além de contribuir para a garantia do direito à cidade a todos os seus moradores.

Colaboradores

IV Sousa, CCP Brasil e DP Vasconcelos participaram de todas as fases da pesquisa e da elaboração do artigo; RM Silva participou da elaboração do artigo, da revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada; KA Silva participou da análise e interpretação dos dados, e da redação do artigo; IN Bezerra participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados; TJ Finan participou da concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados.

Referências

1. Freitas AF, Freitas AF, Dias MM. O uso do diagnóstico rápido participativo (DRP) como metodologia de projetos de extensão universitária. *Em Extensão* 2012; 11(2):69-81.
2. Castro MG, Abramovay M. Guia do diagnóstico participativo. *Flacso* [guia na Internet]. 2015 [acessado 2016 Mar 02]. Disponível em: http://www.mprj.mp.br/documents/112957/10381358/guia_do_diagnostico_participativo_flacso_brasil.pdf
3. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis* 2011; 21(3):1121-1138.
4. World Health Organization (WHO). Carta de Ottawa. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS), Fiocruz. *Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: MS, IEC; 1986.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: MS; 2002.
6. Heidmann ITSB, Almeida MCP de, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto contexto – enferm* 2006; 15(2):352-358.
7. Braveman P. Health disparities and health equity. *Annual Rev Public Health* 2006; 27:167-194.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: MS; 1986.
9. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Cien Saude Colet* 2017; 22(5):1397-1406.
10. Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):53-62.
11. Moyses ST, Franco de Sá R. Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4323-4330.
12. Craveiro IMR, Hortale VA, Oliveira APC, Dussault G. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Cien Saude Colet* 2015; 20(10):2985-2998.
13. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cad Saude Pública* 2017; 33(1):e00078816.
14. Fiorati RC, Carretta RYD, Kebbe LM, Cardoso BL. As rupturas sociais e o cotidiano de pessoas em situação de rua: estudo etnográfico. *Rev. Gaúcha Enferm* 2016; 37(spe):e72861.
15. Moser CON. The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development* 1998; 26(1):1-19.
16. Nelson DR, Folkes MT, Finan TJ. Mapping the road to development: a methodology for scaling up participation in policy processes. *Development in Practice* 2009; 111(3):302-316.
17. Nelson DR, Finan TJ. Diagnóstico participativo do bairro Canindezinho: a perspectiva dos moradores de Fortaleza. *Projeto Provoz* [periódico da internet]. 2015. [acessado 2016 Mar 02]. Disponível em: http://www.projetoprovoz.com/wpcontent/uploads/2015/08/DIAGNOSTICO_CANINDEZINHO.pdf.
18. Brandão CR, organizador. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense;1984.
19. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). *Perfil municipal de Fortaleza: tema VII – distribuição espacial da renda pessoal*. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2012. (Informe nº 42)
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Anuário estatístico do Brasil*. Brasília: IBGE; 2010.
21. Eufrásio CAF, Alves NFT, Magalhães AL. Aonde os sonhos podem chegar: estudo de caso do polo de produção de vassouras de garrafas “pet” da Comunidade do Dendê. *Blog Responsabilidade Social* [Blog]. 2015. [acessado 2015 Mar 02]. Disponível em: <https://blogresponsabilidadesocial.wordpress.com/2015/07/22/aonde-os-sonhos-podem-chegar-estudo-de-caso-do-polo-de-producao-de-vassouras-de-garrafas-pet-da-comunidade-do-dende/>
22. Schensul JJKI. Key informants. In: Norman BA, editors. *Encyclopedia of health & behavior*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.p.569-571.
23. Morgan DL. *Focus group as qualitative research*. London: Sage; 2003. (Qualitative Research Methods Series, 16)
24. Minayo MS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
26. Lima RS, Bueno S, Mingardi G. Estado, políticas e segurança pública no Brasil. *Revista de Direito GV* 2016; 12(1):49-85.
27. Santos JLS. Apresentação. In: Santos JLS. *Saúde e segurança pública: desafios em territórios marcados pela violência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 7-11.
28. Organização Internacional do Trabalho (OIT). *Desemprego juvenil no Brasil: em busca de opções à luz de algumas experiências internacionais*. 2ª ed. Brasília: OIT; 2001.
29. Malheiros IJA, Alves S. Uma proposta pedagógica sobre prevenção ao uso indevido de drogas. *Congresso Nacional de Educação –EDUCERE* 2008; 1(1):11730-11746.
30. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Guia do diagnóstico integral e participativo em convivência e segurança cidadã*. Brasília: PNUD; 2013. (Coletânea convivência e segurança cidadã: guias de gestão territorial participativa).
31. Visser S, Giatti LL, Carvalho RAC, Guerreiro JCH. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). *Cien Saude Colet* 2011; 16(8):3481-3492.

32. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
33. Barbosa AD, Magalhães DF, Silva JA, Silva MX, Cardoso MFEC, Meneses JNC, Cunha MCM. Caracterização dos acidentes escorpiônicos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2005 a 2009. *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1785-1789.
34. Oliveira EB, Bittencourt LP, Carmo AC. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre crianças e adolescentes: papel materno. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Ed. port.)* 2008; 4(2):1-16.
35. Guedes SL, Davies JD, Rodrigues MA, Santos RM. Projetos sociais esportivos: notas de pesquisa. 2006. In: XII Encontro Regional de História – “Usos do Passado”; 2006; Niterói. Rio de Janeiro: ANPUH; 2006.
36. Noleto MJ. *Fortalecendo competências - formação continuada para o Programa Abrindo Espaços: educação e cultura para a paz*. Brasília: UNESCO, Fundação Vale; 2008.
37. Henriques MSH, Mafra RLM. Mobilização social em saúde: o papel da comunicação estratégica. In: Santos A, organizador. *Caderno mídia e saúde pública*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, FUNED; 2006. p. 101-111.
38. Antonowisk A. *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bass; 1979.
39. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com hiv/ AIDS. *Psicologia em Estudo* 2006; 11(1):155-164.
40. Brasil. Tribunal Regional do Trabalho (TRT). *Lei n. 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências*. São Paulo: TRT-SP; 2003.
41. Coleman D, Eso-Ahola SE. Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research* 1993; 25(2):111-128.
42. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro MBMA, Gondim GMM, Gracie R. O território na saúde – construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, Ambiente e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 23-41.
43. Gallo E, Setti AFF. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4383-4396.
44. Buss P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.
45. Souto KMB, Sena AGN, Pereira VOM, Santos LM. Estado e políticas de equidade em saúde: democracia participativa? *Saúde debate* 2016; 40(Spe):49-62.