

Sumário Executivo

Determinação Social da Saúde e participação social na APS

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Márcia Guimarães de Mello Alves

Cristiane Spadacio

A presente Nota Técnica estrutura-se a partir de uma introdução que apresenta os temas e conceitos do pensamento social em saúde, seguida de três seções e uma série de recomendações pertinentes ao tema da Determinação Social da Saúde e da Participação Social na APS.

A perspectiva da determinação social da saúde e da participação social na Atenção primária em saúde/Sistema Único de Saúde (APS/SUS) colocam a necessidade de atualizar discussões necessárias promovidas por referenciais das ciências sociais e humanas na construção do campo de conhecimento e práticas da Saúde Coletiva.

Compreender o caráter, a magnitude da pandemia que acometeu o sistema global, onde persistem fortes desigualdades sociais, impactando sua distribuição social seja no mundo ou no território brasileiro, considera a necessidade de uma abordagem ampliada que abarque questões de classe, gênero, etnia, raça e de expropriações de toda ordem, que determinam e condicionam o modo como tal distribuição tem ocorrido na região e fornecem novos marcadores para a observação e descrição da realidade social (Spadacio, C.; Alves, M. G. M., 2020).

Nesse sentido, os objetivos desse estudo são abordar a pandemia e o contexto do seu enfrentamento no território como um analisador transversal à reorganização das estruturas que compõem o SUS, em especial, a Atenção Primária em Saúde proposta como porta de entrada do sistema de saúde no país, em suas funções de análise teórica e crítica da situação de saúde e da formulação de resposta social para viabilizar os princípios estruturantes do sistema em face da sua força, ao mesmo tempo que das suas fragilidades.

A abordagem sobre o Sistema Único de Saúde e, mais especificamente sobre a atenção primária em saúde, aponta as dinâmicas de participação nos territórios e a temática da produção social, local e de garantia de acesso pela sociedade aos serviços e ações de saúde é urgente e fundamental. (Mendonça et al., 2021)

□ Olhar Covid-19 sob diversas dimensões

Desde as primeiras impressões sobre essa crise sanitária e seu impacto nos serviços de atenção primária à saúde no SUS observam-se muitas dimensões de análise que tentam reproduzir o movimento real da saúde em suas múltiplas determinações. A complexidade conceitual e de narrativas que avançam sobre o fenômeno da pandemia/sindemia e mesmo infodemia, epidemia de informações e contrainformações, em verdadeira guerra cultural, traz uma abordagem alargada para o núcleo temático da determinação e sua revisão (Santos, 2021 e Frente pela Vida, 2020).

Nesse sentido, a pandemia de coronavírus evidenciou-se como um importante analisador das relações entre o social e o biológico, a partir dos discursos político-sanitários vigentes, no contexto atual do Brasil. A partir deste pano de fundo, articula-se no texto uma dimensão social, uma dimensão política dos direitos e uma dimensão multicultural que se estruturam no SUS.

DIMENSÃO SOCIAL: Os princípios ativos e valores sociais do SUS

A Saúde Pública é uma construção social vinculada ao desenvolvimento do capitalismo econômico e do liberalismo econômico; seu projeto reformador, enquanto política pública dos primeiros governos republicanos no Brasil sempre foi permeado pela tensão e aceitação da suplementação de suas ações de saúde no âmbito da iniciativa privada e dos interesses das fundações norte americanas, que apoiaram a formulação e formação de políticas de saúde.

Ancora-se sobre o processo social da Reforma Sanitária cujo maior esforço no campo político institucional foi integrar a tradicional saúde pública, implementada pelo Ministério da Saúde, e a assistência médica da extinta previdência social, através de sua autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, componente do Ministério da Previdência e Assistência Social.

Uma grande questão política e sociológica dos estudiosos da Saúde Coletiva que perdura até nossos dias é identificar como e quem sustenta o SUS voltado para toda população, para além da retórica, diante de esvaziamento das instituições e do desafio político de ampliar as suas bases sociais. Boa parte da classe trabalhadora é dependente de planos de saúde privados de várias modalidades para fazer face a suas demandas sociais, já ameaçadas pela crise econômica e outros segmentos que o utilizam, sem muitas vezes o reconhecer, e optam por planos de saúde por necessidades de status e não necessariamente de saúde. A pergunta que se coloca é porque não há legitimidade do SUS em sua construção por todas as classes sociais, especialmente a classe média que se ausentou e continua afastada desta construção, e qual a permanência da atual valorização do sistema nacional.

DIMENSÃO POLÍTICA DOS DIREITOS: A visão sistêmica como determinante social

A força do discurso dos determinantes sociais deve levar em conta os componentes antropológicos (Minayo, MC, 2000). Os determinantes sociais nunca atuam diretamente no campo biológico, são sempre intermediados pelos aspectos antropológicos. Eles estão sempre nas esferas sociais (econômica, educacional, etc.) mas para que estas atinjam o indivíduo no biológico deverão passar pelas crenças/valores da pessoa em pauta no processo.

A epidemia configura-se, nesta perspectiva como evento social, com dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas (Stark, 1977). Os impactos da Covid-19 não se dão de forma homogênea em indivíduos e grupos, explicitando importantes

contradições sociais. Reflexões desenvolvidas a partir dos seguintes marcadores sociais tradicionais como raça/etnia, gênero, idade emergem nos discursos político-sanitários para o controle da infecção e o manejo da doença, além de seus efeitos político e econômico.

Aliado a esta perspectiva chamamos atenção ao conceito de Sindemia, a partir da qual agrega-se a interação de doenças em um contexto social específico: "*Não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão protetora seja uma vacina, a busca por uma solução puramente biomédica contra a covid-19 vai falhar*" (Singer, 2020).

A participação social enquanto conceito intrínseco ao processo de consolidação do SUS delinea-se como uma diretriz e princípio estruturante, se operou por várias ações que visavam olhar a doença por um modelo não somente biomédico, um modelo que se apoia na observação da realidade, no engajamento ativo das pessoas na comunidade, na identificação dos problemas no território, sua teorização e definição de hipóteses de solução ou proposições. O reconhecimento dos saberes prévios da comunidade e a construção conjunta do conhecimento são a base desse processo de valorização do território e do seu ambiente (Carvalho, 1995). Assim, a participação social tem em sua grandiosidade a função de garantir sustentabilidade da democracia e de um sistema de saúde que seja público, alinhado às necessidades de saúde da população.

Os serviços de APS com suas características potenciais de estarem próximas aos contextos locais (no sentido de um território ampliado), configuram-se como *locus* privilegiado para a promoção da participação social contextualizada, que leva em conta os determinantes de saúde que norteiam indivíduos e comunidades.

DIMENSÃO MULTICULTURAL: Por outro modo de pensar e viver

Para esta dimensão, quando analisamos o referencial da educação em saúde com base na educação popular, ações de promoção da saúde podem ser muito mais efetivas, se elaboradas de uma perspectiva emancipatória (Moysés & Sá, 2009).

A Educação Popular em Saúde, assume em seu título o “popular”, para dar conta do contexto de iniquidades inerentes à história do nosso país e com foco na complexidade popular, ressaltando a importância de transformar múltiplos determinantes sócio estruturais, a partir de aprendizagens e de intervenções educativas de sujeitos reais em seus contextos locais concretos.

Dos saberes e práticas estabelecidos no sistema de saúde brasileiro que se estabeleceram com o intuito de dar visibilidade à participação social por meio de estratégias pedagógicas institucionalizadas politicamente no SUS, situamos a discussão de que este é um *locus* de conhecimento que se pode localizar como uma produção do sul global, estabelecidas como epistemologias do sul, plural e não um modelo único. Os saberes e as práticas do “mundo invisibilizado” desaparecem à produção epistemológica de conhecimento dominante e cientificamente legitimada (Santos, 2016).

□ **Recomendações**

Nesse sentido, é preciso refletir acerca do contexto atual da Covid-19 na produção de saberes e práticas permeadas por diferentes vetores, desde a apropriação de conhecimentos e condutas científicas sanitárias produzidas pelo Norte global, que muitas vezes não reverberam nas práticas socioculturais do Sul, especialmente de um sul brasileiro, muito heterogêneo, com suas potencialidades e desafios para a participação social durante este momento de crise social, econômica e sanitária da pandemia do coronavírus.

O debate poderá não se esgotar no tempo da pandemia, mas já mostrou o adoecimento da sociedade, agravado no caso do Brasil pela ascensão do fascismo, do obscurantismo dos que estão no poder e buscam impor velhas práticas de integração.

O cenário realista de falta de definição de prioridades, ações individuais não pactuadas pelos três níveis de poder e desvalorização da política são grandes os desafios enfrentados pela gestão pública e pelo controle social, em sinal de resistência para enfrentar a epidemia como APS mais efetiva, vigilância epidemiológica e imunização coordenada. Neste contexto, o papel dos conselhos de saúde é fundamental para o exercício democrático.

Por um lado, ao protagonismo do CNS se juntam entidades representativas da Saúde Coletiva e de outras representações da sociedade civil, que fortalecem as reações para preservar conquistas sociais e buscar fortalecer o SUS ameaçado. De outro, há organicidade entre as entidades públicas descentralizadas, em que o Conselho Estadual de Saúde (CES) atua no âmbito regional e organização de redes e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) está muito mais próximo dos serviços de saúde, faz parte da gestão local da APS, mas não necessariamente do território e das comunidades que nele vivem, as quais demandam outros lugares não oficiais de atuação mais horizontal no espaço público e político.

Assim, recomenda-se:

- ✓ Desenvolver ações de saúde a partir das realidades dos contextos locais, potencializando o trabalho de base territorial da APS, a fim de romper com a negligência histórica sobre áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas, indígenas.
- ✓ Produzir novos estudos revisitando a transição epidemiológica brasileira e configuração de diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica que contemple singularidades sociais, diferenças e convergências nas condições de vida e saúde das classes sociais. A fim de subsidiar os trabalhadores da APS em suas ações cotidianas.
- ✓ Produzir novos estudos revisitando a transição epidemiológica brasileira e configuração de diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica que contemple singularidades sociais, diferenças e convergências nas condições de vida e saúde das classes sociais;

- ✓ Recuperar políticas públicas intersetoriais que deem suporte ao cuidado da população, alinhado às iniciativas populares e suas necessidades locais de saneamento, limpeza urbana, acesso a serviços sociais e medidas de proteção e segurança alimentar nas áreas rurais e remotas em apoio ao isolamento social;
- ✓ Avançar e inovar instrumentos participativos e reforçar novas formas de comunicação social e educação popular para mudanças de valores, hábitos e atitudes. Nestas novas formas de participação observam-se a construção de identidades, a existência de sujeitos políticos capazes de intervir na realidade social;
- ✓ Trabalho coletivo no âmbito social com perspectiva humanizadora e emancipadora das classes populares nas intervenções – formação cidadã e educação permanente, levando em conta os aprendizados com a pandemia na APS.

Referências Bibliográficas:

CARVALHO, A I - Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

FRENTE PELA VIDA Plano de Enfrentamento à Covid-19. Rio de Janeiro, 2021. In <https://frentepelavida.org.br/>

MENDONÇA, MHM et al. Atenção Primária à Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil: um olhar panorâmico da Saúde Coletiva. In VIANNA, GS; FERREIRA, LP; CASTELO BRANCO, PHVB (ORGS.) “Retratos da Pandemia. Vida, sociedade e política.” Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2021(no prelo)

MINAYO, M C. O desafio do conhecimento na pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/ABRASCO, 2000.

MOYSÉS, S J; SÁ, R F. Planos locais de promoção da Saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. In PELICIONI, M C F; MIALHE, F L. **Educação e Promoção da Saúde – Teoria e Prática**. Editora Santo, SP, 2009.

SANTOS, B S. O futuro começa agora: da pandemia a utopia. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, B S; ARAÚJO, S; BAUMGARTE, M. As epistemologias do sul num mundo fora do mapa. In: DOSSIÊ. Sociologias 18 (43), Sep-Dec 2016. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004301>

SPADACIO, C; ALVES, M G M. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da Covid-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. APS em Revista Vol. 2, n. 1, p. 61-65, Janeiro/Abril – 2020.

Nota Técnica para atualizar a Agenda Estratégica da Rede de Pesquisa em APS

Determinação Social da Saúde e participação social na APS

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Márcia Guimarães de Mello Alves

Cristiane Spadacio

A perspectiva da determinação social da saúde e da participação social na Atenção primária em saúde/Sistema Único de Saúde (APS/SUS) colocam a necessidade de atualizar discussões necessárias promovidas por referenciais das ciências sociais e humanas na construção do campo de conhecimento e práticas da Saúde Coletiva.

O contexto da pandemia do Covid-19 condicionou o trabalho remoto, a produção de conhecimento em *lives* ou oficinas via digital, e permitiu uma troca de saberes e práticas sem fim, incluindo a cultura popular e oral, e diálogos para dentro do campo de muita intensidade e densidade por revisão de algumas referências e referentes.

Este trabalho se compõe de uma introdução que apresenta os temas e conceitos do pensamento social em saúde, seguida de algumas seções que abordam:

- Olhar multidimensional sobre a pandemia Covid-19 para pensar a ecologia, o território e a comunidade;
- Determinação Social e DSD – Breve histórico e avanços sobre a saúde das populações;
- Epistemologias do Sul para trabalhar a participação social e mobilização social em aproximação com a Educação popular.

Ao final, tece algumas considerações gerais e recomendações, a partir dos três núcleos analíticos que serão explorados ao longo do texto.

1 – Introdução

Compreender o caráter, a magnitude da pandemia que acometeu o sistema global, onde persistem fortes desigualdades sociais, impactando sua distribuição social seja no mundo ou no território brasileiro, considera a necessidade de uma abordagem ampliada que abarque questões de classe, gênero, etnia, raça e de expropriações de toda ordem, que determinam e condicionam o modo como tal distribuição tem ocorrido na região e fornecem novos marcadores para a observação e descrição da realidade social (Spadacio, C.; Alves, M. G. M., 2020).

O pensamento social em saúde é relativamente novo no país e na região da América Latina. A relação entre saúde e sociedade é parte constituinte da estruturação do Sistema Único de Saúde e do próprio campo da Saúde Coletiva brasileira, com a incorporação de referenciais teórico-conceituais das ciências sociais e humanas em saúde. O pensamento social em saúde origina-se a partir do movimento da Medicina

Social, desencadeado na América Latina nas décadas de 1950 e 1960 (Nunes, 2009). Estruturou-se no contexto de lutas em favor da democratização da saúde e da sociedade nos anos 1970 e 1980. No Brasil, o movimento sanitário apoiou o desenho de uma reforma na saúde pública tradicional que postulava princípios e diretrizes para a organização de um sistema nacional de saúde integrado e pautado na universalidade, integralidade, equidade e fortalecimento da participação social (Scorel, 1999; Paim, 2008). É importante pontuar que neste cenário consolidam-se análises ancoradas no marco do materialismo histórico-dialético, a fim de explicar os fenômenos da saúde e da doença no contexto brasileiro (Ianni et.al, 2014). A saúde, nesse sentido, descortina-se como um fenômeno social por excelência, garantindo a ampliação dos modelos analíticos para proposições de novos modelos assistenciais.

Assim como na Europa e nos Estados Unidos do século XIX, a medicina social, reformada no pós-guerras, se apoiava em movimentos sociais que buscavam a socialização da medicina e a saúde pública institucionalizada em serviços públicos de saúde socialmente segmentados, mas responsáveis por ações coletivas que integrassem a atuação pública no território e baseada em conhecimento científico interdisciplinar sobre a situação de saúde das populações e a determinação de suas necessidades (Schraiber, L in Donnangelo, M C F, 2011).

Influenciada atualmente por essa abordagem segue a luta política sempre necessária, pois não é admissível, em termos de justiça social, a desigualdade que o país vive, nem razoável deixar o ataque aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – a universalidade, gratuidade, equidade que permitem criar melhores condições de vida e acesso à saúde para a população, sem constrangimentos e distinções. Ações intersetoriais são promotoras de saúde associadas à universalidade e equidade em saúde. Algumas questões sobre o funcionamento da APS e seu desenvolvimento se colocam, em especial, a relevância da integralidade da atenção, ameaçada pelas reformas propostas e pela permanência da Covid-19. Será possível manter/recuperar/transformar o lugar da APS?

Segundo Paim (2008), a Saúde Coletiva se configura em processos integrados que garantem reflexões teórico-epistemológicas sobre o campo, suas disciplinas, suas linhas de pesquisa e desenvolvimento conceitual e tecnológico. Embora se assente em três pilares disciplinares – epidemiologia, ciências sociais e humanas, e planificação e gestão em saúde – um traço marcante para essa vigorosa formação acadêmica é a forte interação com as disciplinas transversais a ela, como ciências biológicas, estatística, demografia, geografia, sociologia, antropologia, direito, comunicação etc.

Seu papel na formação graduada de profissionais de saúde tem relevância para a construção do campo e fornece capacidade crítica, conceitos e elementos que ajudaram e alargaram o entendimento sobre a saúde. Com sua expansão para a pós-graduação, nos anos de 1977 e 1979, a presença de profissionais de ciências sociais e humanas de saúde tornou-se singular (Nunes, ED, 2014).

O desafio de pensar possibilidades de articulação ciência-movimentos sociais em defesa da vida, da saúde, do meio ambiente e da democracia culminou e marcou o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que antecedeu a criação do SUS e a inscrição de uma definição de saúde ampliada, também consolidada no âmbito

internacional e que substituiu a visão mais restrita de ausência de doença. Estes fatos contribuíram para a introdução de novos paradigmas sociais, políticos que orientaram a reforma sanitária brasileira e a inscrição do direito à saúde na Constituição Federativa de 1988, mais importante pacto social dos últimos tempos no Brasil.

Os objetivos desse estudo são abordar a pandemia e o contexto do seu enfrentamento no território como um analisador transversal à reorganização das estruturas que compõem o SUS, em especial, a Atenção Primária em Saúde proposta como porta de entrada do sistema de saúde no país, em suas funções de análise teórica e crítica da situação de saúde e da formulação de resposta social para viabilizar os princípios estruturantes do sistema em face da sua força, ao mesmo tempo que das suas fragilidades.

A abordagem sobre o Sistema Único de Saúde e, mais especificamente sobre a atenção primária em saúde, aponta as dinâmicas de participação nos territórios e a temática da produção social, local e de garantia de acesso pela sociedade aos serviços e ações de saúde é urgente e fundamental. (Mendonça et al., 2021)

O destaque é para a ação específica nos territórios, espaço onde agentes de saúde e os entes sociais/famílias se encontram, interagem e onde acontece a ação social concreta para o enfrentamento do processo da saúde-doença pandêmico do Covid-19 e outros adoecimentos que irão compor um ambiente sindêmico, ou seja, sistema de epidemias. Desta fricção espera-se que surja a recomposição da agenda de ação política e de pesquisa mais aprofundada no campo da Saúde Coletiva (Frente pela Vida, 2020).

2 - Olhar Covid-19 sob diversas dimensões

Desde as primeiras impressões sobre essa crise sanitária e seu impacto nos serviços de atenção primária à saúde no SUS observam-se muitas dimensões de análise que tentam reproduzir o movimento real da saúde em suas múltiplas determinações. A complexidade conceitual e de narrativas que avançam sobre o fenômeno da pandemia/sindemia e mesmo infodemia, epidemia de informações e contrainformações, em verdadeira guerra cultural, traz uma abordagem alargada para o núcleo temático da determinação e sua revisão (Santos, 2021 e Frente pela Vida, 2020).

Nesse sentido, a pandemia de coronavírus evidenciou-se como um importante analisador das relações entre o social e o biológico, a partir dos discursos político-sanitários vigentes, no contexto atual do Brasil. A partir deste pano de fundo, articula-se no texto uma dimensão social, uma dimensão política dos direitos e uma dimensão multicultural que se estruturam no SUS.

Os princípios ativos e valores sociais do SUS - Dimensão social

A Saúde Pública é uma construção social vinculada ao desenvolvimento do capitalismo econômico e do liberalismo econômico; seu projeto reformador, enquanto política pública dos primeiros governos republicanos no Brasil sempre foi permeado pela tensão e aceitação da suplementação de suas ações de saúde no âmbito da iniciativa

privada e dos interesses das fundações norte americanas, que apoiaram a formulação e formação de políticas de saúde.

Muitas são as definições sobre o processo social da Reforma Sanitária cujo maior esforço no campo político institucional foi integrar a tradicional saúde pública, implementada pelo Ministério da Saúde, e a assistência médica da extinta previdência social, através de sua autarquia Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, componente do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A integralidade da atenção que supõe a integração das ações que visam ações preventivas, curativas com promoção de saúde, pensa os indivíduos e a coletividade, sem prejuízo de universalização e foi se consolidando como ideia força desde os primeiros delineamentos de uma reforma social na saúde nos anos 70-80. A noção de integralidade pode ser percebida em três formas de representação da sociedade - total/atomizada/ conflitada (por desigualdades), às quais correspondem três formas de estado - proteção social/ mínimo/ possível. A sociedade brasileira tem buscado a forma total que garanta a proteção social, sem êxito permanente.

Neste sentido, as críticas às mudanças na concepção preventivista de controle das epidemias e restauração do processo de saúde-doença abriu espaço para a emergência da Saúde Coletiva desde o final dos anos 70 (Donnangelo, MC, 2011) e ganhou lugar e resistência no contexto da assembleia constituinte, entre 1987-88, que iria redefinir a organização social e setorial.

Apoiado no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o papel do movimento sanitário foi apontar o SUS que se queira - democrático, intersetorial, formador de uma cultura da saúde compromissada na defesa de sua configuração constitucional.

O SUS no âmbito nacional se compromete com a incorporação das tecnologias e a formação dos recursos humanos (RH), que garantam a consigna “*Saúde é qualidade de Vida*”, de modo a enfrentar as políticas de concentração do mercado e a concorrência internacional com grandes empresas que identificam cuidado com tratar as doenças e não vêm as pessoas na sua integralidade.

Saúde é qualidade de vida por ser “uma construção coletiva de padrões de conforto e tolerância que determinada sociedade estabelece, como parâmetros para si” (Minayo, Buss e Hartz, 2000).

No âmbito local – territorial, o SUS deve se comprometer com a inovação e produção da saúde, pois é aí que vive gente de diversas condições e vulnerabilidades, seja na cidade e suas periferias (favelas), com uma população de idosos muitas vezes sem qualquer proteção social; seja no campo ou áreas das florestas e rios (povos indígenas, quilombolas, ribeirinhos com seu modo de vida e hábitos próprios que os fragilizam, e que definem sua condição de tutelados pelo Estado, não sem luta por conquistar sua autonomia).

Uma grande questão política e sociológica dos estudiosos da Saúde Coletiva que perdura até nossos dias é identificar como e quem sustenta o SUS voltado para toda população, para além da retórica, diante do esvaziamento das instituições e do desafio político de ampliar as suas bases sociais. Boa parte da classe trabalhadora é dependente de planos de saúde privados de várias modalidades para fazer face a suas demandas sociais, já ameaçadas pela crise econômica e outros segmentos que o utilizam, sem muitas vezes o reconhecer, e optam por planos de saúde por necessidades de status e não necessariamente de saúde. A pergunta que se coloca é porque não há legitimidade do SUS em sua construção por todas as classes sociais, especialmente a classe média que se ausentou e continua afastada desta construção, e qual a permanência da atual valorização do sistema nacional.

A visão sistêmica como determinante social - Dimensão política dos direitos

A força do discurso dos determinantes sociais deve levar em conta os componentes antropológicos (Minayo, MC, 2000). Os determinantes sociais nunca atuam diretamente no campo biológico, são sempre intermediados pelos aspectos antropológicos. Eles estão sempre nas esferas sociais (econômica, educacional, etc.) mas para estas atinjam o indivíduo no biológico deverão passar pelas crenças/valores da pessoa em pauta no processo.

Os determinantes da saúde podem ser agrupados em diferentes categorias – biológico, econômico e social, ambientais e comportamentais - estilo de vida, hábitos diversos em relação à alimentação, atividade física, sexo, drogas, além do acesso aos serviços sociais. Ao longo do tempo a valorização entre as distintas categorias, privilegia uma em relação a outras; a tendência que se atualiza é valorizar o sistema de saúde como principal determinante da saúde (Buss e Pelegrini, 2007), pois a existência do sistema ainda mais se universal, contempla um conjunto amplo de determinantes, e condiciona a abrangência da proteção social. A ênfase na participação social em saúde como princípio relacionado ao aprofundamento da democracia na dimensão política da cidadania plena, articulando diversas dimensões de direitos - civis, políticos e sociais.

A epidemia configura-se, nesta perspectiva, como evento social, com dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas (Stark, 1977). Os impactos da Covid-19 não se dão de forma homogênea em indivíduos e grupos, explicitando importantes contradições sociais. Reflexões desenvolvidas a partir dos seguintes marcadores sociais tradicionais como raça/etnia, gênero, idade emergem nos discursos político-sanitários para o controle da infecção e o manejo da doença, além de seus efeitos político e econômico.

Entretanto, esses marcadores localizados invariavelmente nos indivíduos, mostram-se limitados e nos convocam a ampliar nossa perspectiva de análise, para além da prescrição de medidas nesse âmbito individual e buscar explicitar as mediações entre a estrutura social mais ampla e os processos de desgaste e de reprodução social produzidos pelo capitalismo, especialmente em países periféricos, como o Brasil

(Soares, 2015). Em certa medida, trata-se de se desvencilhar da exclusividade de perspectivas colonizadoras do Norte global e resgatar ideias e práticas tecidas ao Sul, como a epidemiologia crítica na América Latina, desqualificadas e invisibilizadas. Por exemplo, a formulada por Breilh e Granda que traçam um “perfil epidemiológico de classes” e incorporam o “modo de produção, a formação social, a reprodução social e as classes sociais como matrizes da determinação social do processo saúde-doença”. Ou, mais adiante, as formulações sobre determinação estrutural e determinação estrutural-relacional do processo saúde-doença. (Borghini, Oliveira e Sevalho, 2018)

Recentemente, em contexto de pandemia, Lima, N T e Gadelha, C G (2021) chamam atenção para alguns aspectos do processo de saúde-doença atual – compreender o mesmo como uma sindemia, que está além da pandemia, pela observação da convergência entre doenças e os seus determinantes sociais. Assim para os autores, não se deve priorizar um evento de saúde sobre o outro, até porque a Covid-19 têm demonstrado que os fatores de risco da pandemia são invariavelmente relacionados a doenças crônicas e sua abordagem precisa ser sistêmica pois trata de problemas de saúde que são complexos e existe uma determinação conjunta deles. Tal interação ocorre em um contexto social e ambiental marcado por profundas desigualdades sociais, especialmente em comunidades desfavorecidas de baixa renda e de minorias étnicas e raciais. Elemento-chave no caso de uma sindemia é que ela agrega a interação de doenças em um contexto social específico: *"Não importa quão eficaz seja um tratamento ou quão protetora seja uma vacina, a busca por uma solução puramente biomédica contra a covid-19 vai falhar"* (Singer, 2020).

Assim, o setor saúde constitui uma oportunidade única que alerta o mundo e o Brasil para a relevância da integração de políticas em consonância com uma dimensão econômica, já que é uma área de geração de emprego, de investimentos que pode liderar a geração de ciência e tecnologia em saúde redutora das desigualdades; com uma dimensão social, já que constitui um direito ao bem estar social além de ter uma relação significativa com o ambiente, agregando sentido ao desenvolvimento humano. Por último, os autores chamam atenção para uma dimensão cultural que, no contexto atual, reforça a desigualdade do conhecimento e da capacidade científica e tecnológica de inovação para o enfrentamento das doenças crônicas seja na capacidade produtiva em biotecnologia seja na sua distribuição, com previsível impacto nas metas da Agenda 2030 pelo não acesso a bens e serviços.

No desenho da reforma sanitária, a **participação social** como uma diretriz e princípio estruturante, se operou por várias ações que visavam olhar a doença por um modelo não somente biomédico, um modelo que se apoia na observação da realidade, no engajamento ativo das pessoas na comunidade, na identificação dos problemas no território, sua teorização e definição de hipóteses de solução ou proposições. A operação desse princípio se dá em vários níveis de atuação, é ação estratégica da formação profissional em saúde com métodos próprios e específicos da Educação Permanente e Educação Popular em Saúde voltados para a mudança social e uma nova abordagem da relação estado-sociedade. O reconhecimento dos saberes prévios da comunidade e a

construção conjunta do conhecimento são a base desse processo de valorização do território e do seu ambiente (Carvalho, 1995). Assim, a participação social tem em sua grandiosidade a função de garantir a sustentabilidade da democracia e de um sistema de saúde que seja público, alinhado às necessidades de saúde da população.

A educação em saúde está associada a conhecimentos que transitam entre as áreas da educação e da saúde. Sua prática insere-se no campo do trabalho em saúde, porém, o que se observa é que é colocada em segundo plano no planejamento, organização e gestão dos serviços de saúde, o que afasta essa prática do cotidiano das ações produtoras de cuidado (Falkenberg, 2014). No contexto brasileiro, a educação em saúde deve favorecer a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos (Andrade et. al, 2013).

Para a execução de uma ação de educação em saúde, devemos conhecer a verdadeira realidade, permitindo a compreensão e a sistematização dos problemas e necessidades de saúde de um grupo, bem como o conhecimento de suas características socioeconômicas e culturais. Ele vai possibilitar que sejam identificadas as práticas das pessoas, grupos ou comunidades, relacionadas à saúde e à doença, enquanto parte de seu contexto de vida.

A Educação Permanente, por sua vez, é um conceito pedagógico, no setor da saúde, que tem como finalidade efetuar as relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre a docência e atenção à saúde, sendo ampliado, a partir da Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (Gigante & Campos, 2016).

É possível perceber, dessa forma, que a educação permanente assume uma dupla vertente no contexto brasileiro: tanto de “prática de ensino-aprendizagem”, quanto de “política de educação na saúde” (Cecim & Ferla, 2019). Articulando as duas vertentes sistematizadas por Cecim & Ferla, é possível então compreender a educação em saúde como estratégia efetiva de qualificação dos trabalhadores, da gestão e, de certa forma, dá atenção à saúde das pessoas. Isso se dá claramente com a introdução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

No Brasil, após a constituição e leis orgânicas da saúde, no final do século XX, criaram-se alguns instrumentos ou mecanismos de operacionalização para o controle social institucionalizado por atribuições na saúde de formulador, analista e fiscal dos usos de recursos públicos, do exercício do poder deliberativo. São eles os conselhos de saúde e as conferências de saúde nos três níveis de governo que operam transformações sociais, expressão de direitos e formas de governo debatidas em conjunto estado e sociedade, a depender do caráter da democracia instalada na vida política e social.

Já as conferências de saúde, outro mecanismo, antecedem a avaliação das políticas em processo ascendente do nível local ao nacional indicando diretrizes para pensar a política de saúde, o que pode ser mais inovador apesar da lentidão da apropriação dos consensos entre representantes com igualdade e liberdade (Labra, 2005; Escorel e Moreira, 2011).

A presença de uma representação da sociedade civil organizada à frente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), progressivamente implementada, ampliou a atuação e o controle na atualidade como ir para as ruas liderando demandas do setor; articular com os outros poderes como o Judiciário e avançar as formas de democracia direta (Maria do Socorro de Souza, 2013).

Em contexto de luta de classe restrita, esses mecanismos tem garantido o direito básico. Desde junho de 2013, em meio à grave crise política com crítica à democracia indireta e rotinas de reuniões fechadas, em que a política de barganha se dá entre grupos políticos, associada à abordagem econômica com medidas de ajuste nos gastos públicos, aprofundou-se o desmonte de estruturas, sem considerar a necessidade de mais investimento em políticas que exercem princípios e valores éticos e de justiça social. A agenda estrutural da saúde sofreu graves abalos para composição de seus recursos físicos, e humanos qualificados e inseridos em carreira do sistema público, além dos financeiro-orçamentários.

Os serviços de APS com suas características potenciais de estarem próximas aos contextos locais (no sentido de um território ampliado), configuram-se como *locus* privilegiado para a promoção da participação social contextualizada, que leva em conta os determinantes de saúde que norteiam indivíduos e comunidades.

Por outro modo de pensar e viver - Dimensão multicultural

Para esta dimensão, quando analisamos do referencial da educação em saúde com base na educação popular, ações de promoção da saúde podem ser muito mais efetivas, se elaboradas de uma perspectiva emancipatória (Moysés & Sá, 2009).

A Educação Popular em Saúde, assume em seu título o “popular”, para dar conta do contexto de iniquidades inerentes à história do nosso país e com foco na complexidade popular, ressaltando a importância de transformar múltiplos determinantes sócio estruturais, a partir de aprendizagens e de intervenções educativas de sujeitos reais em seus contextos locais concretos.

Aqui uma atenção para o entendimento do que é um "contexto" local, em uma perspectiva ampliada que nos dá pistas, inclusive para compreender os efeitos socioculturais da Covid-19. Entende-se como "local", o território vivo de interações sociais, onde flui a vida em suas múltiplas dimensões, que se manifesta e se constrói a cidadania, um campo impregnado de conflitos e interesses diversos. Em um olhar "de perto e de dentro" (Magnani, 2002), o território vai além de um espaço geográfico; é o local onde se concretizam as relações sociais, as manifestações da vida ativa, com relações de cooperação e de poder (Santos, 1997).

Um dos principais referenciais teóricos de estabelecimento da Educação Popular em Saúde no Brasil é Paulo Freire, evidenciando o cenário de luta política pela emancipação e inclusão social da parcela mais pobre da população. Freire (1996) traz novas concepções sobre as práticas pedagógicas desenvolvidas nos movimentos ligados

à promoção da cultura popular, ressignificando o processo de alfabetização de trabalhadores rurais do nordeste brasileiro, como práticas de libertação e emancipação. Assim, algumas premissas norteiam esta pedagogia: pensar projetos educativos com as comunidades e não para elas; considerar saberes prévios da comunidade e suas realidades na construção de novos saberes; ninguém ensina ninguém, os homens educam entre si; o mundo, nesse sentido, é um mediador da aprendizagem. Na área da Saúde Coletiva brasileira, dois sentidos se complementam para o estabelecimento da Educação Popular em Saúde: sentido de resistência e afirmação do protagonismo por meio da cultura popular, ou seja, os saberes e fazeres populares de cuidado e cura que passam a ser revitalizados e, em algumas situações, sistematizados em cartilhas e manuais; sentido político de emancipação, no qual a participação consciente mobiliza a luta por melhores condições de vida e de saúde.

Dos saberes e práticas estabelecidos no sistema de saúde brasileiro que se estabeleceram com o intuito de dar visibilidade à participação social por meio de estratégias pedagógicas institucionalizadas politicamente no SUS, situamos a discussão de que este é um *locus* de conhecimento que se pode localizar como uma produção do sul global, estabelecidas como epistemologias do sul, plural e não um modelo único.

Os saberes e as práticas do “mundo invisibilizado” desaparecem devido à produção epistemológica de conhecimento dominante e cientificamente legitimada. De acordo com Santos (2014), tal produção de invisibilidades se dá por cinco monoculturas do pensamento moderno, a saber: “[...] a monocultura do saber e do rigor do saber cria o ignorante, a monocultura do tempo linear determina o residual, a monocultura da naturalização das diferenças legitima a classificação do inferior, a monocultura do universalismo abstrato demarca o que é local e estabelece a sua irrelevância e a monocultura dos critérios de produtividade capitalista decreta o improdutivo” (Santos et. al, 2016).

Krenak, em sua literatura de ensaios críticos, chama atenção que os povos indígenas estão sendo vítimas não passivas dos grandes ataques às suas terras e ao meio ambiente que, para seu modo de viver devem estar íntegros e seguros para se proteger contra doenças, escassez de víveres e água potável. Os povos indígenas fazem com seu próprio corpo uma confrontação ao sistema capitalista e seus agentes na política do estado brasileiro, justos eles que são talvez os mais facilmente violentados e violados na história brasileira, desde a colônia até o presente (Krenak, 2020).

Sua resistência é histórica e no processo constituinte de 86-87 entenderam estar redescobrando o Brasil e escrevendo uma nova história, que lhes dava o direito de existir em sua diversidade de 305 etnias distintas e pouco mais de 900 mil pessoas em todo o território que habitavam, o qual deveria ser demarcado, a partir de então. Contudo, esse fato objetivo do direito à terra garantido na lei, não se configurou no fim de seu “cativoiro” no sentido de contenção, confinamento em um limite territorial, que interessa à lógica capitalista, alimenta sua reprodução, mas fere os interesses da coletividade e especialmente desrespeita os direitos dos povos indígenas, e acabam por

promover seu isolamento voluntário como forma de sobrevivência/resistência (Krenak, 2020; Vilaça, 2020).

Desde o século XXI, bem antes do efeito da pandemia, esses povos têm ganho alguma visibilidade e tem alertado ao mundo e conclamado para o debate sobre o que fazer? Como se comportar diante das agressões à sua terra e à sua gente por parte da exploração de riquezas naturais? Como tratar a dimensão da ecologia, que afeta a todos, no sentido da humanidade que não separa homem e natureza?

Na sua cosmovisão, as experiências xamânicas indicam que a preservação dos bens e a produção do conhecimento dentro das comunidades permitem a conservação da riqueza e a continuidade do pensamento ancestral, matriz epistemológica pautada em sonhos, mitos e imaginação. Para o xamã Kopenawa, as memórias e palavras ancestrais de seu povo estão em seu pensamento, no mais fundo de seu ser, e é passada pela tradição oral dos mais velhos para os jovens (Vilaça, 2020).

A prática xamânica não tem similar na história ocidental que confere à Medicina, desde a Grécia, uma dimensão de controle social sobre o corpo, em seu caráter educador. Ela desconhece as determinações das doenças infectocontagiosas, que acompanham o homem branco, para as quais não têm tratamentos à base de plantas e animais da floresta e meios de prevenir a grande mortandade. Sua perspectiva foi fazer o isolamento voluntário das comunidades que se voltaram para lugares distantes, onde a vida entre parentes é saudável. A presença da doença e a proximidade da morte tem efeitos sobre os indígenas pois se manifesta em conflitos entre grupos por manter ou perder seus membros, por isso os doentes são acompanhados e lembrados da presença dos parentes para viver. Assim, a necessidade de uma transferência para tratamento seja para um hospital, ambulatório é vista como risco, e essa vivência é comum a várias culturas mesmo que se expressem com intensidade diferente, daí alguma hesitação amplificada pelas exigências da atual pandemia Covid-19 (Vilaça, 2020: 31).

Segundo ainda Vilaça muitas mudanças se deram nas décadas em que houve maior convivência entre os povos indígenas e os brancos, e desse contato regular decorreu a incorporação de novas noções sobre corpo e doença, sendo que diversos jovens se tornaram auxiliares de enfermagem e passaram a desempenhar funções assistenciais – identificação de sintomas, administração de remédios e coleta de sangue, podendo atuar em seu ambiente.

Hoje, a interação com os brancos traz alguns benefícios sociais como Bolsa Família, atendimento à saúde, frequência das crianças à escola, mas promove o afastamento de seus hábitos de vida e saberes tradicionais e até mesmo do território, pois exige deslocamentos não seguros ou a quebra do isolamento em condições inseguras (Vilaça, 2020).

Nos dias atuais o governo federal nas diversas áreas de atuação - educação, saúde, territórios - busca silenciar a voz dos indígenas e minar a sua resistência (Farias, Elaíze, 2020 apud Vilaça, 2020: 9). A saúde indígena administrada pelos distritos sanitários regionais sofre com a crise sanitária, perdendo parcialmente sua independência em face

da necessidade de internação na rede SUS, onde os indígenas perdem sua condição especial, se igualam a todos os demais, em especial aos pobres, na espera por atendimento.

O contágio é uma experiência de trânsito entre a vida formatada/estabilizada e ir além, adentrar o território dos povos invisíveis ou *sub-humanos* – indígenas, quilombolas, e outros seres vivos, que não concentram poder (Krenak, 2020). Neste processo, a vida dita selvagem pode se extinguir pela ação do colonizador. O que sobrar da humanidade ou desta totalidade que ainda é útil aos poderosos? Os sinais entre mundos são fenômenos que afetam o coletivo e eles se expressam na diversidade e na palavra. A potência de vida se expressa em muitos corpos – floresta, montanhas, seres para além do humano.

A recusa da definição ‘povos de periferia’ para indígenas, quilombolas, e a opção por “povos de fronteira” de algumas lideranças negras aponta para a confluência entre suas cosmovisões. Ambos se discriminam sem se excluir. Parcialmente suas atividades podem ser extrativistas (coleta de sementes, frutas, caça), por isso a luta pela terra, que garante também a subsistência, o modo tradicional de vida e respeito e guarda do ambiente. Há também em comum uma concepção de organização comunitária, um comportamento cooperativo que visa a vida em sociedade e o desenvolvimento das funções comunitárias que difere do modo de vida urbano, centrado no indivíduo e no individualismo. Importante entender as diferenças entre população indígena e população camponesa, agricultores orgânicos, cujas lutas se atravessam sem se articular. A vida destes grupos produz uma potência de amor incondicional, como lembra o conceito inforede de Antônio Nobre, em que as árvores formam uma rede subterrânea de solidariedade que se interconectam e “trazer os saberes da prática para a ciência”, refazendo novas formas de conhecimento do mundo.

Outra expoente literária, a escritora Conceição Evaristo, realça que “a gente combinamos de não morrer” para falar da violência contra os negros, sujeitos, capazes de falar e para reconhecer que a presença de seus corpos incomoda os ocidentais, os donos da casa-grande. Em seu livro “Escrivivências” que considera um aparato epistemológico, que foge do olhar eurocêntrico, nasce da coletividade negra que traz toda uma herança, uma ancestralidade, dos povos afro-diaspóricos, é marcada pela busca da afirmação no campo político-ideológico, no acesso à educação e trabalho pelas cotas, como um instrumento potente para reduzir as desigualdades sociais, étnico-raciais e de gênero. Outro efeito das ações afirmativas no campo da saúde é a obrigatoriedade do teste para detectar a anemia falciforme, na medida em que tem uma incidência muito elevada na população negra. As ações afirmativas não nascem de cima pra baixo, como é a lei 10.639, que institui o estudo das culturas africanas e afro brasileiras, e mais tarde estendida às as culturas indígenas.

“...Quando não se tem espaço para ser. Isso dá uma cansa, um desânimo, um aborrecimento. Ajuntando sua precariedade você constrói algo melhor pra você. O silêncio dói, mas ele nos compõe. Muitas vezes é preciso ficar silenciosos. As comunidades quando estão silenciosas, estão se fortalecendo, se recuperando, se

alimentando. O silêncio e o grito nos constituem, a literatura é muito isso também, silêncio e grito” (Silvio Tendler, Estados gerais da Cultura, 2021).

Considerações finais

Nesse sentido, é preciso refletir acerca do contexto atual da Covid-19 na produção de saberes e práticas permeadas por diferentes vetores, desde a apropriação de conhecimentos e condutas científicas sanitárias produzidas pelo Norte global, que muitas vezes não reverberam nas práticas socioculturais do Sul, especialmente de um sul brasileiro, com suas potencialidades e desafios para a participação social durante este momento de crise social, econômica e sanitária da pandemia do coronavírus.

Um analisador importante e bastante presente, o racismo, compreendido aqui como toda abordagem que nega o outro, independentemente de qualquer estigma específico, que se observa no país e que expõe nossas fraturas é fator determinante para compreender as suas estruturas e os desafios que se precisam enfrentar. É preciso entender as logicas que dificultaram a integração do negro desde antes mesmo da abolição no Império e, na república, a tutela do índio até muito recentemente, combinada com práticas de integração que negam a identidade, origem e lutas desses povos marcadas por resistências e lideranças que pouco se articulam. Muitas outras formas de exclusão foram se apresentando, conforme emerge novas identidades de gênero, classe, condição de risco. Neste sentido, o conceito de interculturalidade expressa como política pública comum em vários países da América Latina, especialmente Bolívia, Peru, Colômbia e Equador, não é usual em nossa realidade, mesmo que já se observe na pauta e agenda pública, exigindo fabulação constante para dar conta das complexidades (Vilaça, 2020: 49).

Nas reflexões da Saúde Coletiva, no âmbito da Saúde Global, neste momento de pandemia cabe indicar a necessidade de propor um regulamento sanitário para uma vida saudável, ou seja, para a proteção da população, que aborda o desenvolvimento dos direitos e o direito ao desenvolvimento, superando os diversos impactos da pandemia na situação de saúde dos diversos segmentos sociais.

A não intervenção no meio ambiente, que expõe e produz doença, é uma lacuna da Saúde Pública, que exige algum instrumento de prevenção que é a vacina - esta não cura nem dispensa outras formas de prevenir não medicamentosas - levantar barreiras à transmissão, repetir a higiene das mãos e manter o distanciamento são as melhores alternativas, além do isolamento. Contudo, às vezes, essa mesmice exaspera, essa solidão não acaba em meio a fragilidades e vazios na atuação e formação acadêmica e profissional.

A questão ecológica aqui colocada, articula várias dimensões, faz aproximação/conexão entre coletivos como o pensamento indígena e de suas lideranças, que estimula a multiplicidade de perspectivas, a pluralidade de olhares sobre a questão da vida e da morte e da relação homem e natureza. Esse debate está no seio das ciências

sociais e humanas, e mesmo na biologia, fala de um humano centrado no gênero, na raça e na estrutura de poder patriarcal herdada das relações de dominação colonial, que individualiza os humanos.

Sua compreensão expõe o quanto se necessita mudar daqui para o futuro, ou reconectar seres que estão ligados e afetados por esta civilização viral que pode continuar destruindo, embora traga perspectivas embrionárias de mudança. Na crise, Boaventura Santos Sousa mostra que, entre cenários, um otimista indica a transição paradigmática de superação dialética das contradições postas pelas estruturas coloniais, patriarcais do capitalismo (Santos, BS. 2021)

O debate poderá não se esgotar no tempo da pandemia, mas já mostrou o adoecimento da sociedade, agravado no caso do Brasil pela ascensão do fascismo, do obscurantismo dos que estão no poder e buscam impor velhas práticas de integração.

O cenário realista de falta de definição de prioridades, ações individuais não pactuadas pelos três níveis de poder e desvalorização da política são grandes os desafios enfrentados pela gestão pública e pelo controle social, em sinal de resistência para enfrentar a epidemia como APS mais efetiva, vigilância epidemiológica e imunização coordenada. Neste contexto, o papel dos conselhos de saúde é fundamental para o exercício democrático.

Por um lado, ao protagonismo do CNS se juntam entidades representativas da Saúde Coletiva e de outras representações da sociedade civil, que fortalecem as reações para preservar conquistas sociais e buscar fortalecer o SUS ameaçado. De outro, há organicidade entre as entidades públicas descentralizadas, em que o Conselho Estadual de Saúde (CES) atua no âmbito regional e organização de redes e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) está muito mais próximo dos serviços de saúde, faz parte da gestão local da APS, mas não necessariamente do território e das comunidades que nele vivem, as quais demandam outros lugares não oficiais de atuação mais horizontal no espaço público e político.

Assim, recomenda-se:

- ✓ Desenvolver ações de saúde a partir das realidades dos contextos locais, potencializando o trabalho de base territorial da APS, a fim de romper com a negligência histórica sobre áreas rurais, ribeirinhas, quilombolas, indígenas.
- ✓ Produzir novos estudos revisitando a transição epidemiológica brasileira e configuração de diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica que contemple singularidades sociais, diferenças e convergências nas condições de vida e saúde das classes sociais. A fim de subsidiar os trabalhadores da APS em suas ações cotidianas.
- ✓ Produzir novos estudos revisitando a transição epidemiológica brasileira e configuração de diversos perfis epidemiológicos numa perspectiva crítica que contemple singularidades sociais, diferenças e convergências nas condições de vida e saúde das classes sociais;

- ✓ Recuperar políticas públicas intersetoriais que deem suporte ao cuidado da população, alinhado às iniciativas populares e suas necessidades locais de saneamento, limpeza urbana, acesso a serviços sociais e medidas de proteção e segurança alimentar nas áreas rurais e remotas em apoio ao isolamento social;
- ✓ Avançar e inovar instrumentos participativos e reforçar novas formas de comunicação social e educação popular para mudanças de valores, hábitos e atitudes. Nestas novas formas de participação observam-se a construção de identidades, a existência de sujeitos políticos capazes de intervir na realidade social;
- ✓ Trabalho coletivo no âmbito social com perspectiva humanizadora e emancipadora das classes populares nas intervenções – formação cidadã e educação permanente, levando em conta os aprendizados com a pandemia na APS.

REFERENCIAS:

BORGHI, CMSO; OLIVEIRA, RM; SEVALHO, G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na américa latina. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 869-897, Dec. 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300869&lng=en&nrm=iso>. access on 08 Oct. 2019. Epub Aug 13, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>.

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

CARVALHO, A I - Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO B G C, MONTENEGRO L C. Metodologias de comunicação no processo de educação em saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2012; 2(2): 279-87. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/rec_om/article/view/148/316.

CEE/Fiocruz - **Sessão Saúde e Sustentabilidade**, Lima, NT & Gadelha, CG, publicado em 07/07/2021. In <https://cee.fiocruz.br/?q=artigo-ressalta-necessidade-de-abordagem-sistematica-na-saude>

CECCIM, R B; FERLA, A A. Educação Permanente em Saúde. Verbete. In: Dicionário da Educação do Profissional de Saúde. ENSP/FIOCRUZ. Sítio: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em 3 de julho de 2019.

COLOME, J S; OLIVEIRA, D L L C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2012, vol.21, n.1 [cited 2019-07-02], pp.177-184. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072012000100020&lng=en&nrm=iso. ISSN 0104-0707.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100020>.

DONNANGELO, M C F & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo, Ed. HUCITEC, 2011, 2ª Edição, 2020.

ESCOREL, S et al.- **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In Trindade, N et al (org.) Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S; MOREIRA, M R – **Participação Social**. In Giovanella et al. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ/CEBES, 2ª. reimpressão, 979 – 1010, 2011.

EVARISTO, C – A gente não combinamos de morrer. In SILVIO TENDLER, (coord.) Estados gerais da Cultura, 29 de maio de 2021 <https://estadosgeraisdacultura.art.br/a-gente-combinamos-de-nao-morrer/>

FALKENBERG, M B et al . Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, Mar. 2014. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso. Access on 01 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>.

FIGUEIREDO, M F S; RODRIGUES-NETO, J F; LEITE, M T S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 117-121, Feb. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100019&lng=en&nrm=iso. access on 02 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100019>.

FRENTE PELA VIDA Plano de Enfrentamento à Covid-19. Rio de Janeiro, 2021. In <https://frentepelavida.org.br/>

GIGANTE, R L; CAMPOS, G W S. Política de formação e educação permanente em saúde no brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, Dec. 2016. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300747&lng=en&nrm=iso. Access on 03 July 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>.

KRENAK, A. Ideias para adiar o fim do mundo. São Paulo: Cia das Letras, 2020. 2ª. Edição.

KRENAK, A. A vida não é útil. São Paulo: Cia das Letras, 2020. 1ª. Edição.

LABRA, M E - **Conselhos de Saúde: Dilemas, Avanços e Desafios** – (353- 383) In *Saúde e Democracia História e Perspectivas do SUS*. Lima, N T, Gershmann, S, Edler, F C e Suárez, J M. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MAGNANI, J G C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. In: Revista Brasileira de Ciências Sociais 17 (49). Jun 2002. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>

MENDONÇA, MHM et al. Atenção Primária à Saúde no Contexto da Covid-19 no Brasil: um olhar panorâmico da Saúde Coletiva. In VIANNA, GS; FERREIRA, LP; CASTELO BRANCO, PHVB (ORGS.) “Retratos da Pandemia. Vida, sociedade e política.” Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2021(no prelo)

MINAYO, M C. O desafio do conhecimento na pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Editora HUCITEC/ABRASCO, 2000.

MINAYO, M C, HARTZ, Z M A, BUSS, P M – Saúde e qualidade de vida: Um debate necessário. Ciência & saúde Coletiva, 5 (1): 7-18, 2000.

MOYSÉS, S J; SÁ, R F. Planos locais de promoção da Saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. In PELICIONI, M C F; MIALHE, F L. **Educação e Promoção da Saúde – Teoria e Prática**. Editora Santo, SP, 2009.

NUNES, E D, 2014 – A Sociologia da Saúde no Brasil: a construção de uma identidade. Rev. Ciência &Saúde Coletiva, 19 (04) 2014, pp 1041 – 52.

PAIM, J. 2008. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão crítica. Salvador: Editora UFBA; Rio de Janeiro (Editora Fiocruz), 2009.

PAIM, J S. A Reforma Sanitária como objeto de reflexão teórico-conceitual. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. P.153-174.

RIBEIRO, K G et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1387-1398, 2018. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501387&lng=en&nrm=iso. access on 01 July 2019. Epub June 07, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>.

SALCI, M A et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Texto contexto - enferm. [online]. 2013, vol.22, n.1, pp.224-230. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100027>.

SANTOS, B S. O futuro começa agora: da pandemia a utopia. São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, B S; ARAÚJO, S; BAUMGARTE, M. As epistemologias do sul num mundo fora do mapa. In: DOSSIÊ. Sociologias 18 (43), Sep-Dec 2016. <https://doi.org/10.1590/15174522-018004301>

SANTOS, B S. Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide. Boulder: Paradigm Publishers, 2014.

SILVA, L A A et al. Avaliação da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 765-781, dez. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

77462016000300765&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jul. 2019.
<http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00015>.

SOARES, CB. Os desafios da epidemiologia crítica e as respostas do capitalismo às suas dificuldades de reprodução: o caso da esfera cibernética* * Comentário sobre o artigo "Epidemiologia del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud", de Jaime Breilh, para a Revista Brasileira de Epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2015, v. 18, n. 04 [Acessado 17 Agosto 2021], pp. 990-994. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040028>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040028>.

SPADACIO, C; ALVES, M G M. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da Covid-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. APS em Revista Vol. 2, n. 1, p. 61-65, Janeiro/Abril – 2020.

VARGAS, S (org.), *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

VILAÇA, A. Morte na floresta. São Paulo: Todavia, 2020.