



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO – VRPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC**

**COMPREENSÃO, MANEJO E SIGNIFICADO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA  
PERSPECTIVA DE MORADORES DE UMA COMUNIDADE EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

Dayse Paixão e Vasconcelos

FORTALEZA - CE

2019

DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS

**COMPREENSÃO, MANEJO E SIGNIFICADO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA  
PERSPECTIVA DE MORADORES DE UMA COMUNIDADE EM FORTALEZA,  
CEARÁ**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em  
Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza,  
como parte dos requisitos para obtenção do  
título de Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva.

Co-Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christina César Praça Brasil.

FORTALEZA - CE

2019

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor através do programa de geração automática da Biblioteca Central da Universidade de Fortaleza

---

Vasconcelos, Dayse Paixão e.

Compreensão, manejo e significado da promoção da saúde na perspectiva de moradores de uma comunidade em Fortaleza, Ceará / Dayse Paixão e Vasconcelos. - 2019  
197 f.

Tese (Doutorado) - Universidade de Fortaleza. Programa de Doutorado Em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2019.

Orientação: Raimunda Magalhães da Silva.

Coorientação: Christina César Praça Brasil.

1. Promoção da Saúde. 2. Processo Saúde-Doença. 3. Salutogênese. 4. Resiliência. 5. Saúde Coletiva. I. Silva, Raimunda Magalhães da. II. Brasil, Christina César Praça. III. Título.

---

DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS

COMPREENSÃO, MANEJO E SIGNIFICADO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA  
PERSPECTIVA DE MORADORES DE UMA COMUNIDADE EM FORTALEZA,  
CEARÁ

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães da Silva (UNIFOR)  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Christina César Praça Brasil (UNIFOR)  
Co-Orientadora

---

Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim (UNIFOR)  
Membro Efetivo

---

Prof. Dr. Francisco Ursino da Silva Neto (UFC)  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Maria Tavares Machado (UFC)  
Membro Efetivo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva (UECE)  
Membro Efetivo

Aprovado em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dedico às lideranças comunitárias (vivas e falecidas) da comunidade do Dendê, pois, sem a força de suas existências, essa pesquisa não teria existido.

## AGRADECIMENTOS

Às forças do Bem, por sempre me proporcionarem luz nos caminhos por onde percorro.

À minha mãe, Edileuza, e meu pai, João (*In Memoriam*), que desde cedo me ensinaram a fazer o exercício da alteridade. À minha mãe, agradeço a herança do senso de justiça que me acompanha sempre. Ao meu pai, agradeço a herança do desejo de ir em busca dos ideais.

Aos meus irmãos Benedita, Leila e Ullissis. Serei sempre grata (e transformada) pelo amor e companheirismo de vocês, que mesmo à distância, estão sempre presentes dentro de mim.

Às minhas sobrinhas queridas, Ana Clara e Sofia, que desde pequeninas nos fazem olhar o mundo com outros olhos. E a minha amiga e cunhada Francileuda pelas horas de escuta e conversas conselheiras que muito me ajudaram no processo de análise dessa tese.

À Laninha, pessoa querida, que tem sido luz em minha vida, e tem conseguido compreender a lente que uso para enxergar o mundo, fazendo-se perto mesmo nas ausências. Obrigada pela boa convivência, cuidado e amor desprendido.

À Diane, Regina e Kellyanne que também acompanharam meu movimento acadêmico até a chegada ao doutorado; e que apesar da distância providenciada pelo destino, estaremos para sempre unidas, em que uma fará parte da vida da outra. Amo vocês!

Às amigas (*best*) Marilene e Islene, que se fizeram presentes, e sempre estiveram prontas para me ouvir, mesmo quando as ideias eram malucas. Obrigada pela amizade e momentos de alegria!

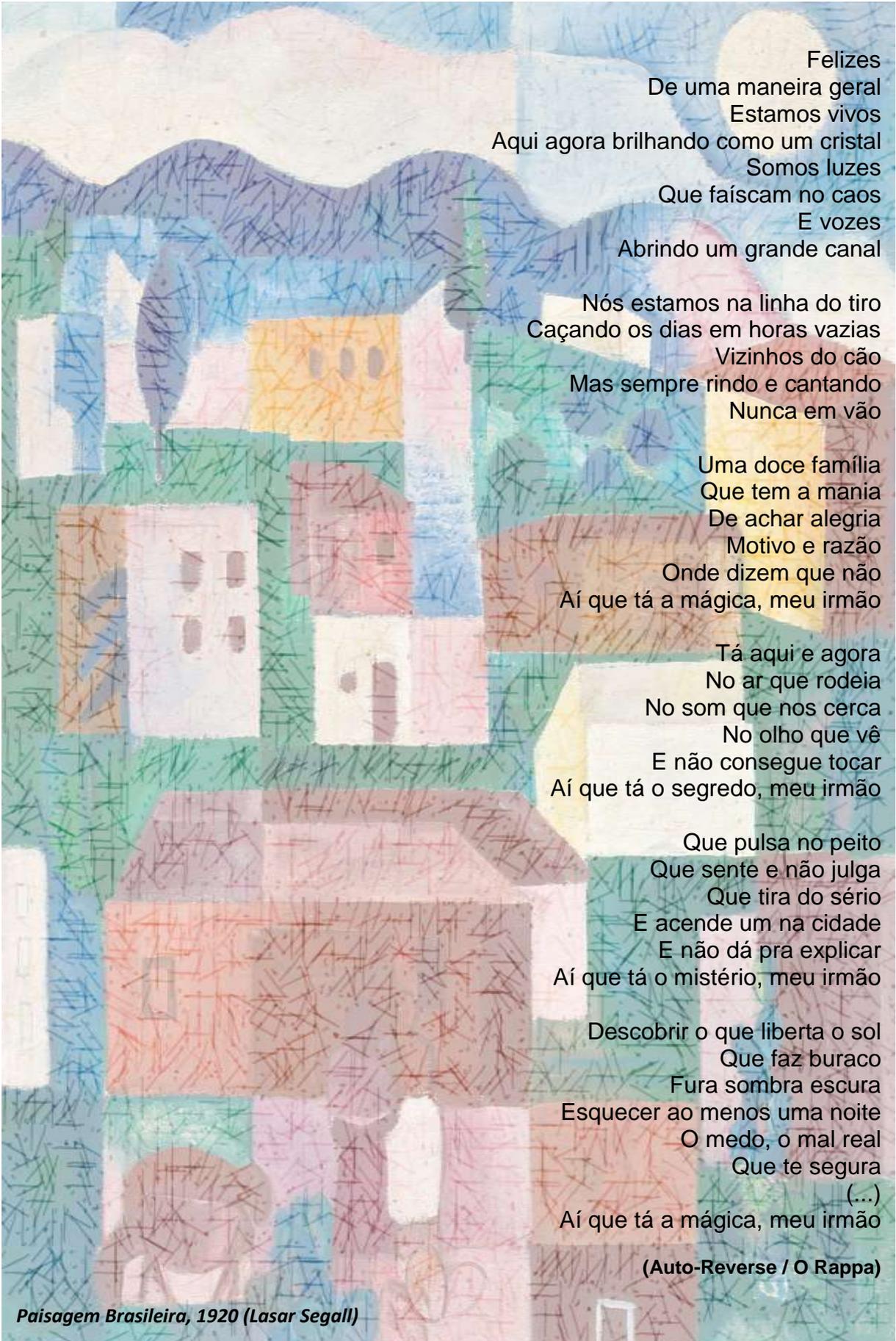
À teia participativa que compôs essa pesquisa. Agradeço pelos depoimentos, por generosamente terem compartilhado comigo parte de suas vidas.

Às Professoras Dr.<sup>a</sup> Raimunda Magalhães (Orientadora) e Dr.<sup>a</sup> Christina Praça (Co-Orientadora) pela troca de experiências e paciência durante o processo de construção dessa pesquisa.

Aos professores da banca de Defesa, Prof. Dr. Ursino Neto, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rocineide Ferreira, Prof. Dr. Rosendo Freitas e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Márcia Machado, pela acolhida amável ao receber o convite, e pelas importantes contribuições dadas a essa pesquisa.

Ao Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR): professores, funcionários e colegas.

É preciso muito caos interior para parir  
uma estrela que dança  
(Friedrich Nietzsche)



Felizes  
De uma maneira geral  
Estamos vivos  
Aqui agora brilhando como um cristal  
Somos luzes  
Que faíscam no caos  
E vozes  
Abrindo um grande canal

Nós estamos na linha do tiro  
Caçando os dias em horas vazias  
Vizinhos do cão  
Mas sempre rindo e cantando  
Nunca em vão

Uma doce família  
Que tem a mania  
De achar alegria  
Motivo e razão  
Onde dizem que não  
Aí que tá a mágica, meu irmão

Tá aqui e agora  
No ar que rodeia  
No som que nos cerca  
No olho que vê  
E não consegue tocar  
Aí que tá o segredo, meu irmão

Que pulsa no peito  
Que sente e não julga  
Que tira do sério  
E acende um na cidade  
E não dá pra explicar  
Aí que tá o mistério, meu irmão

Descobrir o que liberta o sol  
Que faz buraco  
Fura sombra escura  
Esquecer ao menos uma noite  
O medo, o mal real  
Que te segura  
(...)

Aí que tá a mágica, meu irmão

(Auto-Reverse / O Rappa)

*Paisagem Brasileira, 1920 (Lasar Segall)*

## RESUMO

Essa pesquisa discute a relação entre a salutogênese, uma teoria proposta por Aaron Antonovsky, e a promoção da saúde, apontando para as possibilidades de reinvenção desse campo, no sentido de ampliar o alcance de seu principal objetivo – manter as pessoas saudáveis. Contudo, para isso, partimos do pressuposto de que há a necessidade de endossar nossa compreensão acerca do que seja saúde, não centrando esforços no único entendimento sobre a doença e suas comorbidades. A teoria salutogênica, a partir de seu constructo e conceitos, principalmente do Sentido Interno de Coerência (SIC) e Recursos Generalizados de Resistência (RGR), oferece um caminho colaborativo para isso, sendo o SIC um conceito construído a partir das ideias de compressão, manejo e significado que as pessoas apresentam de si e dos eventos que acontecem em suas vidas. Desse modo, o objetivo geral foi: analisar as articulações de moradores de uma comunidade em relação a compreensão, manejo e significado para a promoção da saúde. Os objetivos específicos: verificar qual o senso de compreensão acerca de si mesmo e dos eventos vivenciados; conhecer as formas de manejo utilizadas para garantir o bem-estar; compreender qual o sentido da vida para aqueles que vivenciam elementos estressores; analisar como os conceitos salutogênicos (compreensão, manejo e significado) podem contribuir para a promoção da saúde. A pesquisa assumiu uma abordagem qualitativa, visando observar, analisar e interpretar o viver de uma comunidade residente na Cidade de Fortaleza, Ceará, caracterizando-se como uma pesquisa exploratória e descritiva. O período de campo durou 9 meses, de outubro de 2018 a agosto de 2019, sendo composto por uma fase empírica no território, e fase das entrevistas. A análise e interpretação dos dados encontrados deu-se com o suporte do ciclo de Yin e da teoria salutogênica. Como principais resultados tivemos que os participantes apresentam uma compreensão positiva acerca da significabilidade dos eventos que ocorreram em suas vidas, percebendo que apresentam recursos, por meio do suporte de Deus, da família, ou da própria comunidade, para manejar situações adversas. Revelaram-nos a capacidade de agir diante das ocasiões difíceis, dando sentido à vida apesar dos pesares existentes. Nesse sentido, podemos intuir que os participantes apresentam um SIC elevado, fazendo com que consigam resolver as questões em suas vidas práticas, incidindo sobre a condição de saúde. Apresentam um forte caráter de protagonismo social e comunitário. Também obtivemos como resultado, o fato de que por meio da salutogênese, é possível manter uma maior aproximação com a resolução das necessidades de saúde elencadas pelos participantes, visto que, para Antonovsky, ter saúde e promover saúde, está atrelado a mobilização de recursos, sustentados por fatores internos e externos. Assim, considera-se que a teoria salutogênica seja um arquétipo que nos lembra do quão subjetiva é a vida, iluminando a compreensão dos processos de saúde-adoecimento-cuidado, traçando um caminho que coopere com a qualidade de vida, uma vez que “os adoecimentos” sempre existirão.

**Descritores:** Promoção da Saúde. Processo Saúde-Doença. Salutogênese. Resiliência. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

This research discusses the relationship between salutogenesis, a theory proposed by Aaron Antonovsky, and health promotion, pointing to the possibilities of reinventing this field, in order to expand the scope of its main objective - to keep people healthy. However, for this, we start from the assumption that there is a need to endorse our understanding of what health is, not focusing efforts on the only understanding about the disease and its comorbidities. The salutogenic theory based on its construct and its concepts, mainly Sense of Coherence (SIC) and Generalized Resistance Resources (RGR), offers a collaborative way to this, being the SIC a concept built from the ideas of comprehension, management and meaning that people have about themselves and the events that happen in their lives. Thus, the general objective was: to analyze the articulations of residents of a community in relation to understanding, management and meaning for health promotion. The specific objectives: to verify the sense of understanding about oneself and the events experienced; know the forms of management used to ensure welfare; understand the meaning of life for those who experience stressful elements; analyze how salutogenic concepts (understanding, management and meaning) can contribute health promotion. The research took a qualitative approach, aiming to observe, analyze and interpret the living of a community living in the city of Fortaleza, Ceará, characterizing itself an exploratory and descriptive research. The field period lasted 9 months, October 2018 to August 2019, consisting of the empirical phase in the territory and the interview phase. The analysis and interpretation of the data found was supported by the Yin's cycle and the salutogenic theory itself. As main results we had that participants present a positive understanding about the significance of the events that occurred in their lives, realizing that they have resources, through the support of God, family, or the community, to handle adverse situations. They have revealed to us the ability to act in the face of difficult times, giving meaning to life in spite of existing grief. In this sense, we can intuit that the participants have a high SIC, so that they can solve the issues in their practical lives, focusing on the health condition. They have a strong character of social and community protagonism. We also obtained, as a result, the fact that through salutogenesis, it is possible to maintain a closer relationship with the resolution of the health needs listed by the participants, since, for Antonovsky, having health and promoting health is linked to the mobilization of resources, supported by internal and external factors. Thus, the salutogenic theory is considered to be an archetype that reminds us of how subjective life is, illuminating the understanding of health-illness-care processes, tracing a path that cooperates with quality of life, since "the diseases" will always exist.

**Keywords:** Health Promotion. Health-Disease Process. Salutogenesis. Resilience. Public Health.

## RESUMEN

Esta investigación discute la relación entre la salutogénesis, una teoría propuesta por Aaron Antonovsky, y la promoción de la salud, señalando las posibilidades de que este campo se reinvente para ampliar el alcance de su objetivo principal: mantener a las personas sanas. Sin embargo, para esto, suponemos que es necesario respaldar nuestra comprensión de lo que es la salud, sin centrar los esfuerzos en la única comprensión de la enfermedad y sus comorbilidades. La teoría salutogénica, desde su construcción y sus conceptos, principalmente el Sentido Interno de Coherencia (SIC) y los Recursos de Resistencia Generalizada (RGR), ofrece una forma de contribuir para esto. Donde el SIC es un concepto construido a partir de las ideas de comprensión, gestión y significado que las personas presentan sobre sí mismas y los eventos que suceden en sus vidas. Por lo tanto, el objetivo general fue: analizar las articulaciones de los residentes de una comunidad en relación con la comprensión, el manejo y el significado para la promoción de la salud. Los objetivos específicos: verificar el sentido de comprensión sobre uno mismo y los eventos experimentados; conocer las formas de gestión utilizadas para garantizar el bienestar; entender el significado de la vida para quienes experimentan elementos estresantes; analizar cómo los conceptos salutogénicos (comprensión, manejo y significado) pueden contribuir a la promoción de la salud. La investigación tomó un enfoque cualitativo, con el objetivo de observar, analizar e interpretar la vida de una comunidad que vive en la ciudad de Fortaleza, Ceará, caracterizándose como una investigación exploratoria y descriptiva. El período de campo duró 9 meses, desde octubre de 2018 hasta agosto de 2019, que consistió en la fase empírica en el territorio y la fase de entrevista. El análisis e interpretación de los datos encontrados fue respaldado por el ciclo Yin y la teoría salutogénica. Como resultados principales tuvimos que los participantes presentan una comprensión positiva sobre la importancia de los eventos que ocurrieron en sus vidas, al darse cuenta de que tienen recursos, a través del apoyo de Dios, de la familia o de la comunidad, para manejar situaciones adversas. Nos han revelado la capacidad de actuar frente a tiempos difíciles, dando sentido a la vida a pesar del dolor existente. En este sentido, podemos intuir que los participantes tienen un SIC alto, para que puedan resolver los problemas en sus vidas prácticas, centrándose en la condición de salud. Tienen un fuerte carácter de protagonismo social y comunitario. También obtuvimos, como resultado, el hecho de que a través de la salutogénesis, es posible mantener una relación más estrecha con la resolución de las necesidades de salud enumeradas por los participantes, ya que, para Antonovsky, tener salud y promover la salud está vinculado a la movilización de recursos, apoyado por factores internos y externos. Por lo tanto, la teoría salutogénica se considera un arquetipo que nos recuerda cuán subjetiva es la vida, iluminando la comprensión de los procesos de atención de la salud, la enfermedad y trazando un camino que coopera con la calidad de vida, ya que "enfermedades" siempre existirán.

**Descriptor:** Promoción de la Salud. Proceso Salud-Enfermedad. Salutogénesis. Resiliencia. Salud Pública.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	História natural e prevenção de doenças e agravos à saúde de Leavell & Clark.....	30
Figura 2 –	Modelo de Dahlgren e Whitehead.....	32
Figura 3 –	Saúde como um espaço de convergência de várias dimensões...	44
Figura 4 –	Elementos salutogênicos e a relação existente entre eles.....	53
Figura 5 –	Mapa das Regionais de Saúde do município de Fortaleza, CE....	58
Figura 6 –	Vista Aérea por Satélite do bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.	59
Figura 7 –	Porcentagem do número de habitantes por faixa etária do Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	59
Figura 8 –	Número de habitantes por classificação de “Jovens” e “Idosos” do Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	60
Figura 9 –	Praça da Justiça, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	60
Figura 10 –	Escola de Ensino Fundamental e Médio Antônio de Almeida Lustosa, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	61
Figura 11 –	Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Mattos Dourado, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	62
Figura 12 –	Núcleo de Atenção Médica Integral (NAMI), Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.....	63
Figura 13 –	Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Yolanda Queiroz, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.....	63
Figura 14 –	Campus da Universidade de Fortaleza (Unifor) em 1971 (ano de sua criação).....	65
Figura 15 –	Imagem aérea da comunidade do Dendê.....	66
Figura 16 –	Imagem aérea da comunidade do Dendê (primeira comunidade do Dendê).....	67
Figura 17 –	Imagem aérea das diversas localizações da Comunidade do Dendê.....	68
Figura 18 –	Comunidade Chico Mendes "Sem Terra I" no ano de 1998/99.....	68
Figura 19 –	Área da Baixada (antiga Baixada).....	69

Figura 20 – Áreas com deficiência no saneamento básico e coleta de resíduos sólidos.....	70
Figura 21 – Áreas representativas de moradias aglomeradas.....	71
Figura 22 – Marcação territorial feita por grupos organizados.....	71
Figura 23 – Sede da Associação de Mulheres Dendê Sol.....	72
Figura 24 – Sede do Centro Comunitário de Defesa Social Celina Queiroz....	72
Figura 25 – Quadra do Chico Coco.....	73
Figura 26 – Praça da Juventude.....	74
Figura 27 – Teia Participativa.....	76
Figura 28 – Ciclo de Análise de Yin.....	83
Quadro 1 – Conferências de promoção da saúde, eixos discursivos e compromissos assumidos.....	36
Quadro 2 – Principais diferenças entre o modelo patogênico e modelo salutogênico.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMCD	Associação dos Moradores da Comunidade do Dendê
APS	Atenção Primária à Saúde
DP	Diagnóstico Participativo
ESF	Estratégia Saúde da Família
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integral
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
QOV	Questionário de Orientação para a Vida
RGR	Recursos Generalizados de Resistência
SER	Secretaria Executiva Regional
SIC	Sentido Interno de Coerência
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UNICEF	Fundação das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
WHO	<i>World Health Organization</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1	O despertar para o objetivo de pesquisa.....	17
1.2	Contextualização do objeto de estudo.....	18
1.3	Objetivos.....	27
1.3.1	<i>Geral.....</i>	<i>27</i>
1.3.2	<i>Específicos.....</i>	<i>27</i>
<b>2</b>	<b>PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>3</b>	<b>A TEORIA SALUTOGÊNICA DE AARON ANTONOVSKY.....</b>	<b>42</b>
3.1	Principais elementos da Teoria Salutogênica.....	46
3.2	Sentido Interno de Coerência (SIC).....	49
3.3	Sentido Interno de Coerência (SIC) e Recursos Generalizados de Resistência (RGR).....	51
<b>4</b>	<b>CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>55</b>
4.1	Pressupostos acerca do método.....	55
4.2	Tipo de pesquisa.....	56
4.3	Período e Local da pesquisa.....	57
4.3.1	<i>Bairro Edson Queiroz.....</i>	<i>58</i>
4.3.2	<i>Comunidade do Dendê.....</i>	<i>63</i>
4.4	Participantes da pesquisa.....	74
4.5	Técnicas e Instrumentos de coleta de informações.....	77
4.5.1	<i>Fase Empírica no território da pesquisa.....</i>	<i>78</i>
4.5.2	<i>Fase das entrevistas da pesquisa.....</i>	<i>79</i>
4.5.3	<i>Passos percorridos pela pesquisa.....</i>	<i>82</i>
4.6	Análise e interpretação das informações do campo empírico.....	83
4.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	85
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>86</b>
5.1	Teia participativa.....	86
5.1.1	<i>Malala: a semente.....</i>	<i>86</i>
5.1.2	<i>Tereza.....</i>	<i>88</i>

5.1.3	<i>Dulce</i> .....	90
5.1.4	<i>Josefa</i> .....	91
5.1.5	<i>Gonzaga</i> .....	92
5.1.6	<i>Mahatma</i> .....	93
5.1.7	<i>Martin</i> .....	94
5.1.8	<i>Francisco</i> .....	95
5.1.9	<i>Djanira</i> .....	96
5.1.10	<i>Carolina</i> .....	97
5.1.11	<i>Bertha</i> .....	98
5.2	Compreensão da relação interpessoal e comunitária.....	99
5.2.1	<i>Percepção de Si</i> .....	99
5.2.2	<i>Superação e Aprendizado</i> .....	104
5.2.3	<i>Sentimento de Alteridade e Empatia</i> .....	109
5.2.4	<i>Espiritualidade</i> .....	115
5.2.5	<i>Percepção do Território</i> .....	117
5.3	Manejo das forças propulsoras para a superação.....	120
5.3.1	<i>A força de Deus</i> .....	120
5.3.2	<i>A família como suporte</i> .....	124
5.3.3	<i>O apoio da própria Comunidade</i> .....	126
5.4	O sentido da vida.....	128
5.5	Contribuições de Antonovsky para a Promoção da Saúde.....	136
5.5.1	<i>Concepção de Saúde</i> .....	138
5.5.2	Necessidades Sociais de Saúde na comunidade do Dendê.....	145
5.5.2.1	<i>Mitigação do preconceito</i> .....	147
5.5.2.2	<i>Fortalecimento do protagonismo comunitário</i> .....	148
5.5.2.3	<i>Ações voltadas para crianças, adolescentes e jovens</i> .....	149
5.5.2.4	<i>Fortalecimento das atividades comunitárias existentes e resgate das que já existiram</i> .....	153
5.5.2.5	<i>Necessidade de articulação de lideranças comunitárias</i> .....	156
5.5.2.6	<i>Necessidade de colaboração externa</i> .....	159
5.5.2.7	<i>(Re)territorializar para promover saúde</i> .....	161
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	166
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	170

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	187
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	188
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	190

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O despertar para o objetivo de pesquisa

O primeiro *insight* para que a concepção desse objeto de pesquisa acontecesse veio com a vivência acadêmica durante o mestrado em Saúde Coletiva, no qual realizei a dissertação com uma comunidade indígena, no interior do Ceará. Foi evidente que os indígenas mantinham uma concepção de saúde diferente daquele que estávamos acostumados a presenciar, e essa evidência surgiu com uma fala proferida pelo filho do pajé, durante uma oficina. A partir desse momento, foi que meu processo de reflexão, sobre o que realmente é saúde, iniciou. Certa vez, para explicar a força e saúde da aldeia, ele proferiu a seguinte frase: “o pajé vive doente, mas, tem saúde”, e explicou o que seria ter saúde apesar de apresentar algum adoecimento ou descontentamento. A saúde para eles está para além de não possuir tais estados, ela está na vontade, na força de viver, e de querer viver melhor, em uma profunda conexão com o território.

*A priori*, a fala indígena pode parecer paradoxal, se considerarmos unicamente o pensamento biomédico. E até podemos afirmar que é, uma vez que o paradoxo também pertence à vida. Essa concepção de saúde indígena está no cerne do processo contínuo de saúde-doença, defendido por uma abordagem conhecida como salutogênica: um polo (saúde) não se distancia do outro (doença, estresse, descontentamento, etc). Eles coexistem. A vivência de alguns meses com os indígenas foi tão forte que os ensinamentos apreendidos com o campo empírico não me abandonaram com o findar da pesquisa.

Em um segundo momento, já no Doutorado em Saúde Coletiva, deparei-me com um estudo feito por Sousa (2016) na comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará. Essa comunidade é prontamente identificada, na cidade de Fortaleza, como uma área de tensão e grandes contrastes. O referido estudo utilizou o Diagnóstico Participativo (DP) para apontar os principais problemas que afetavam a saúde dos moradores da Comunidade, e chegou à conclusão de que há áreas com moradias precárias, falta de saneamento básico, acúmulo de lixo nas ruas, criminalidade e sensação de insegurança, dentre outros. Esse estudo foi o ápice do segundo *insight*. *O que haveria de potencialidade nesse lugar?! Como as pessoas conseguem (con)viver com tantos problemas estruturais?!*

De forma sutil, o estudo supracitado também apontava que existiam pessoas que apesar das dificuldades, remavam contra a instável maré de seus problemas para fazer do território, um território saudável. Não seria essa uma forma de resistir as intempéries da vida? Não seria aí que encontraríamos respostas para a compreensão da manutenção da saúde, apesar dos pesares existentes? Dessa forma, o resultado encontrado por Sousa (2016) me fez querer entender, a partir das lentes da teoria salutogênica, como se sustenta a resistência e o enfrentamento de indivíduos, que mesmo imersos em um território sob tensão, com muitos problemas e estressores, procuram manter-se bem, e ainda buscam fortalecer ações comunitárias e posturas empáticas, para que a comunidade também se conserve saudável. Antes de adentrar nos conceitos salutogênicos em si, são necessárias algumas considerações acerca do campo da saúde (coletiva) e da promoção da saúde.

## **1.2 Contextualização do objeto de estudo**

O campo da saúde é compreendido como o lugar onde é possível entender as questões que mantêm o indivíduo saudável. Profissionais desse campo foram denominados, historicamente, de profissionais da saúde. Mas, do que se trata a saúde? Definir, e defender, um conceito de saúde que caiba nas argumentações propostas a seguir, apesar de não ser o foco principal dessa tese, torna-se importante nesse primeiro momento.

Contudo, é válido inicialmente imergir na construção do modelo de saúde que se tem hoje. O campo da saúde situa-se em um espaço de saberes e conhecimentos voltados para a compreensão do processo saúde-doença. Dessa forma, o campo da saúde, bem como o conceito de saúde e de doença, é marcado pela forte presença de um poder simbólico que rege o modelo biomédico, as ações profissionais e o modo de pensar e agir em grupos sociais.

A definição de saúde acompanha a evolução do pensamento humano, e tem na Organização Mundial de Saúde (OMS) a âncora de seu conceito mais divulgado, elaborado no período pós-guerra, em 1946, em que a mesma definiu a saúde como “o mais completo estado de bem-estar bio-psicossocial” (OMS, 1948). Ao longo do tempo, muitos autores como Berlinguer (1988), Batistella (2007), Almeida-Filho (2011) e Westphal (2015) questionaram as lacunas deixadas por esse conceito e

propuseram reflexão do mesmo, conduzindo-nos para um processo que admite várias interpretações explicativas, e não somente para um estado.

Para Batistella (2007) torna-se difícil determinar uma definição de saúde. Segundo o autor, ao contrário da doença, cuja explicação foi perseguida de modo incessante pelo homem, a saúde parece ter recebido pouca atenção de filósofos e cientistas ao longo dos anos, desde a Grécia Antiga. Ferreira (2007) associa essa dificuldade em lidar com um conceito de saúde ao paradigma patogênico, que se finca nas ciências médicas, e apresenta sustentação no modelo biomédico que acentua o que é anormal e disfuncional, e não o que venha a ser saudável.

É possível levantar a hipótese de que a herança sócio-histórica do modelo biomédico tenha propiciado um afastamento no campo da saúde das reflexões mais profundas do que vem a ser saúde ou saudável, dificultando as possibilidades de um agir para a promoção da mesma. Em comparação, as habilidades práticas e diagnósticas da doença avançam a passos largos, e (muitas vezes) insanos.

De acordo com as ponderações de Ferreira (2007), o paradigma patogênico caminha para a descoberta daquilo que leva ao afastamento da doença, procurando descobrir formas de combatê-la ou preveni-la. Mas, será possível afastar, por fim, a presença do adoecimento na humanidade? E se a resposta for não, como podemos, então, concentrar esforços para nos aproximar da saúde?

De acordo com Berlinguer (1988), e das considerações de Brêtas e Gamba (2006) sobre seu estudo, a saúde é silenciosa, e em geral, não é percebida em sua plenitude, tratando-se de uma experiência de vida, vivenciada no âmago do corpo individual. Assim, é ouvindo o próprio corpo que se assevera uma saúde com qualidade, haja vista que não há um limite preciso entre a saúde e a doença, mas uma relação de reciprocidade.

As considerações dos autores acima nos fazem refletir sobre o objetivo da saúde coletiva, e como poderemos efetivá-lo em nosso campo de atuação. É possível que as respostas para essas reflexões só sejam compreendidas se, antes, entendermos o porquê da exaltação da fragmentação, e não da holística, no campo da saúde. Talvez, os estudos de Georges Canguilhem possam nos ajudar.

Essa mesma relação de aproximação entre saúde e doença defendida pela teoria salutogênica, e por Berlinguer (1988), também é insinuada por Canguilhem (2015) ao abordar sobre “o normal e o patológico”. Canguilhem coloca que “semanticamente, o patológico é designado a partir do normal, não tanto como a ou

*dis*, mas como *hiper* ou *hipo*” (2015, p. 12), e utiliza os estudos do médico escocês John Brown (1735-1877), dentre outros estudos, para abordar essa relação. Brown estudou o fenômeno da irritabilidade, entendendo a mesma como a propriedade de alguns órgãos, especialmente os músculos, de responder por uma contração a um estímulo qualquer, em que a contração é a resposta específica do tecido muscular às diversas solicitações externas. Da mesma forma, a sensibilidade é a propriedade específica do tecido nervoso.

Desse modo, o que é aludido por Canguilhem é que a vida só se mantém por uma típica propriedade – a incitabilidade – que permite aos seres vivos serem afetados e reagirem. Assim, as doenças são apenas, sob a forma de astenia, uma modificação quantitativa dessa propriedade, conforme a incitação seja excessivamente forte ou excessivamente fraca (CANGUILHEM, 2015).

A partir do pensamento dos autores, é possível compreender a saúde e a doença em um processo contínuo, em que brotam de uma mesma origem, e que podem manifestar-se de maneiras diversas, em corpos diversos. O próprio Canguilhem (2015) considera que para se alcançar o entendimento da saúde é necessário partir da dimensão do ser, pois é nele que ocorrem as definições do que vem a ser normal, ou patológico. Instigando, com isso, a consideração de que o normal em um indivíduo pode não ser em outro.

Por conseguinte, é possível deduzir que uma pessoa precisa conhecer-se, avaliar as transformações sofridas em seu corpo, em sua vida, e esse processo só se torna viável sob uma perspectiva relacional – consigo, com os outros e com o mundo em que vive – produzindo subjetividades que dão sentido a própria vida.

Essa relação (processo saúde-doença) é demarcada pela forma de vida dos seres humanos, pelos determinantes biológicos, psicológicos e sociais (alimentação, água, clima, habitação, trabalho, tecnologia, relações familiares e sociais), levando a crer, de acordo com Brêtas e Gamba (2006), que o processo saúde-doença-adoecimento ocorre de modo desigual entre indivíduos, classes e povos, recebendo influência direta do local que os seres ocupam na sociedade.

Cabe ressaltar que não é o foco dessa pesquisa discutir sobre a doença em si. Contudo, como é evidente que há uma relação entre saúde e doença, em que para se entender uma, é importante compreender a outra, estamos a discorrer, nessas páginas iniciais, sobre a mesma. Assim, não é negado o entendimento, nem considerações existentes sobre a doença. Aliás, esse debate torna-se importante

para se entender as concepções de saúde, que acompanham a humanidade, e as condutas dos profissionais desse campo. Além do mais, pode vir a colaborar no apontamento de caminhos possíveis para a promoção da saúde de indivíduos, pessoas e comunidades, uma vez que é a partir da concepção de saúde (e doença) que a promoção de saúde é pensada.

Na perspectiva de Cruz (2011), o paradigma da promoção da saúde muda a concepção de saúde, em que esta é referida como um recurso aplicado à vida e não um objeto dessa, permitindo aos sujeitos maior governo sobre a própria saúde e sua possibilidade de melhorá-la.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), promoção da saúde significa incluir indivíduos e grupos no processo saúde-doença, de modo que possam identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar de modo favorável o meio ambiente, o que significa compreender os indivíduos e grupos como agentes na promoção da saúde (individual e coletiva) (OPAS, 1986).

Buss (2000) destaca que promover saúde requer uma maior aproximação e apropriação dos temas relativos aos determinantes da saúde, visto que ações de promoção visam interferir neles, tornando-se um ponto decisivo para o planejamento e a implementação de ações de promoção que devem ir ao encontro das necessidades dos grupos sociais, implicando, na maioria das vezes, a organização de ações intersetoriais, com métodos e enfoques apropriados. Para Cruz (2011),

Promover saúde é, em última instância, promover a vida de boa qualidade, para as pessoas individualmente e para as suas comunidades no território. A estratégia de promoção da saúde foi orientada para a modificação dos estilos de vida, para a adoção de hábitos saudáveis (CRUZ, 2011, p. 31).

Para alcançar a vida de boa qualidade colocada por Cruz (2011), a atuação de governos, instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, profissionais de saúde e comunidade deve caminhar na perspectiva de uma promoção da saúde que visa: acesso equitativo à saúde como direito de todos; desenvolvimento de um entorno facilitador da saúde; ampliação e potencialização das redes de apoio social; promoção de atitudes afirmativas para a saúde acompanhadas de estratégias de enfrentamento adequadas; ampliação da noção de construção compartilhada do conhecimento e de difusão de informações relacionadas à saúde; fortalecimento da noção de responsabilidade social e civil de gestores de forma compartilhada com a sociedade organizada (CRUZ, 2011).

A partir desse entendimento, a promoção da saúde não é de única responsabilidade do setor saúde; ela vai além, apontando para uma direção de bem-estar global, em que indivíduos, grupos sociais e Estados têm, igualmente, relevante papel a exercer (CRUZ, 2011).

Mas, afinal, qual conceito de saúde adotamos nesse estudo? Partimos da concepção de que ter saúde é quando se consegue regular as perturbações da vida, sem excluí-las, porque elas sempre vão existir. Essa concepção fundamenta-se no Modelo Entrópico de Saúde de Aaron Antonovsky (1987) que entende a saúde como resultante da ação estratégica do sujeito na gestão de recursos internos; isto é, na ação estratégica de recursos no sentido da diminuição da desordem.

Segundo Antonovsky, a abordagem patogênica levou profissionais de saúde, pesquisadores, clínicos e gestores dos serviços de saúde a concentrar seus esforços em doenças específicas a serem diagnosticadas ou prevenidas, particularmente entre os indivíduos ou grupos de risco. A predominância dessa abordagem no modelo biomédico acentua a anormalidade funcional, caminhando para a investigação do que leva ao aparecimento das doenças e não a manutenção da saúde (DANTAS, 2007). Dessa forma, Antonovsky procurou debruçar-se sobre uma abordagem que tivesse como foco a sustentação da saúde, que ficou conhecida como abordagem salutogênica, da qual se pode perceber uma forte aproximação com o paradigma da promoção da saúde.

A abordagem Salutogênica foi desenvolvida na década de 70, e obteve sustentação através dos estudos realizados por Antonovsky desde o final da Segunda Guerra Mundial. Segundo Heiman (2004), o modelo salutogênico procurou elementos que levavam o indivíduo a manter-se saudável mesmo diante de elementos desfavoráveis do meio físico e social. Os estudos de Antonovsky colaboraram de maneira considerável para a compreensão do processo de enfrentamento e superação em um contexto devastador, como foi a Segunda Guerra para a humanidade.

Podemos citar como alguns exemplos de estudos concretizados por Antonovsky, os realizados com mulheres que sobreviveram ao campo de concentração de Auschwitz, com judeus que viviam em extrema pobreza em Israel, ou mesmo sobre a situação de negros norte-americanos. Foram as pesquisas com grupos em situação de vulnerabilidades, atingidos pela pobreza e marginalização, que permitiram Antonovsky defender que as condições sociais impactam na vida e

na saúde de certos grupos que constituem, pela sua condição, a maior parte dos habitantes da terra.

Contudo, Antonovsky salientou ter encontrado em suas pesquisas uma habilidade manifestada por alguns dos indivíduos participantes dos estudos ao encontrar uma coerência interna em suas vidas, apesar das perdas (familiares, status, condição socioeconômica) às quais tinham estado sujeitos. Essa coerência possibilitou o desenvolvimento de uma capacidade de resistência dos indivíduos nessas experiências que lhes deram força e habilidade de sobrevivência (FERREIRA, 2007).

Dessa forma, o paradigma salutogênico auxilia a saúde e os eventos estressantes fora do determinismo biomédico, tornando-se um modelo alternativo ao modelo patogênico (FERREIRA, 2007), em que, para Antonovsky (1979):

O ser humano encontra-se em um estado de desequilíbrio dinâmico hetero-estático, salientando-se a predominância da condição patológica da humanidade, em que um terço ou maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por uma condição mórbida, e por isso definida clinicamente ou epidemiologicamente como normal (ANTONOVSKY, 1979, p. 16).

Ao considerar a colocação de Antonovsky, é possível perceber estreita relação com os estudos de Canguilhem (1966, 2015) e Berlinguer (1988) sobre o normal, o patológico e a doença. Para ambos, a saúde e a doença fazem parte de um mesmo lado da moeda, constituindo em um *continuum* ir e vir na vida de indivíduos e grupos sociais.

Para Dantas (2007), Antonovsky rejeita a categorização dicotômica “saúde-doença” com a qual os cientistas da área da saúde têm trabalhado. Sua sugestão é aproximar os polos (saúde e doença) que foram situados pela patogênese em lugares distantes, criando um conceito de um processo contínuo no qual, ao longo da vida, as pessoas irão se confrontar com os dois polos, e não se conservar permanentemente em um desses polos extremos. Assim, estar completamente saudável ou completamente doente não é compatível com a vida humana, pois mesmo quando alguém se considera saudável, pode apresentar algum nível de componente patológico, e aquele que se considera assaz doente, sempre terá certo nível de saúde enquanto estiver vivo.

Para Antonovsky, a questão não é classificar o ser humano como saudável ou doente, mas compreender o quanto ele está longe ou perto dos extremos desse

contínuo. O autor coloca que sua intenção não é provocar uma abordagem contrária à abordagem patogênica, a qual os profissionais de saúde estão afeiçoados diante da doença (DANTAS, 2007), mas de complementá-la, de colocar-se no mesmo espaço, onde doença e saúde coexistem. O que ocorre na proposta de Antonovsky é que o foco passa a ser a compreensão do que é saudável na vida de alguém, e como essa pessoa consegue manter-se mais próxima desse polo.

Dessa forma, de acordo com Dantas (2007), deixa-se de focar apenas na etiologia de certa doença, e passa-se a investigar a história completa do ser humano (incluindo sua doença). Com isso, ao invés de se questionar o que causa (ou causará, se o enfoque for preventivo) determinada doença, a questão a ser respondida passa a ser outra: como os indivíduos mantêm-se ou direcionam-se para o polo saudável?

Antonovsky colabora fortemente com o que se pretende defender nessa tese. Primeiro porque ele constata que lugares identificados como detentores de poucas condições de “saúde”, com presença de relevante desigualdade social (muitas vezes invisibilizados pelo Estado), podem apresentar indivíduos ou grupos que conseguem manter-se bem, com um forte grau de enfrentamento dos fatores estressantes e adversos da vida. Ou seja, conseguem manter a vida a partir de uma experiência salutogênica. Em seguida, a aproximação proposta dos polos saúde e doença, remete à ideia de promoção de saúde, que procura fortalecer as ações intersetoriais e o empoderamento individual e coletivo para a manutenção da saúde. Portanto, esse projeto de tese pretende compreender como pessoas que moram em territórios com condições desfavorecidas conseguem manter-se bem, próximas do polo da saúde (individual e coletiva).

Com isso, almejamos colaborar na união de fragmentos separados pela construção sócio-histórica da saúde e da doença, e olhar para a saúde dos territórios a partir de lentes ampliadas. A justificativa desse estudo apoiou-se no entendimento de que é papel do campo da Saúde Coletiva unir o que foi separado, ao longo do tempo, pelo modelo biomédico, o que contribuiu para a fragmentação do indivíduo, das relações e dos direitos, no campo da saúde.

Antonovsky (1987) alude que é imperioso olhar para o termo saúde em um sentido amplo, indo para além da dimensão fisiológica, incluindo a adaptação psicológica e a organização global do indivíduo. Para McCubbin, Thompson, Thompson e Fromer (1998) e Fonseca (2005), refletir a partir do ponto de vista

salutogênico é levar em conta todos os fatores e recursos que ajudam as pessoas a permanecerem saudáveis.

Desse modo, a intenção maior dessa tese foi a de compreender quais os fatores, ligados à compreensão, manejo e significado da vida, existentes em um ambiente de estresse e vulnerabilidade, que permitem uma resposta favorável à saúde (ou seja, são promotores de saúde). Para Dantas (2007), “*Salutogenesis* é o estudo de como e porque as pessoas permanecem bem mesmo sob situações desfavoráveis e estressantes” (DANTAS, 2007, p. 10).

A relevância encontrada nesse estudo vai ao encontro da necessária adoção de conceitos, princípios e ações que fortaleçam o entrelaçamento da salutogênese com o agir no campo da promoção da saúde. A teoria Salutogênica apresenta potencial para visibilizar os recursos de resistências de indivíduos e grupos sociais diante de processos que desfavorecem, na grande maioria das vezes, a saúde. Essas formas de resistir podem ajudar pessoas a viverem suas vidas, adaptando-se a situações conflitantes, das quais não poderão fugir em todo o seu processo existencial.

Com isso, a presente pesquisa tornou-se importante, porque abre caminho para (1) compreender a capacidade das pessoas em lidar com os acontecimentos adversos da vida; (2) possibilitar um debate teórico-reflexivo acerca da concepção de saúde presente em nossos pensamentos, e na saúde coletiva, por meio das ações de promoção da saúde.

Assim, essa tese alicerçou-se no fato de que ainda há uma fragilidade na compreensão daquilo que mantém a saúde das pessoas, o que faz com que o agir em saúde conserve-se mais próximo da prevenção e tratamento das doenças, do que a promoção de saúde em si. Logo, é imperioso que possamos compreender como podemos nos manter bem, coexistindo com os adoecimentos e desapontamentos presentes na vida. Tal compreensão também deve fortemente fazer parte da promoção da saúde.

Entendemos com clareza que as ações de promoção de saúde são, por natureza, desafiadoras, necessitando de um amparo intersetorial. No entanto, problematizar essa questão e vislumbrar novos caminhos, faz-se necessário para garantir que ações de promoção da saúde permaneçam presentes na agenda das políticas públicas, nas ações dos profissionais e no cotidiano das pessoas, não somente de maneira retórica, mas de forma a reforçá-la em seu sentido basilar:

manter acesa a chama de vida daqueles que convivem, e coexistem, imersos em uma estratificação social que interfere na sustentação da saúde (individual e coletiva).

Considerando todo o contexto acima, não se poderia partir de um questionamento que não fosse salutogênico. Então, a pergunta de partida desse estudo é: como se sustenta a saúde (ou a promoção de saúde) em uma comunidade que apresenta, imbricado em seu cotidiano, “estressores” de ordem histórica e social?

A pergunta que se impõe na salutogênese é a da compreensão do que sustenta a sobrevivência do ser humano, bem como saber onde ele encontra força e capacidade de sobreviver a contextos que podem vir a interferir em sua saúde, entendidos por Antonovsky (1979) como “estressores”.

De acordo com Ferreira (2007), a questão de partida salutogênica surge quando se considera o que faz com que alguns sujeitos, mesmo que em menor quantidade em um determinado grupo, estejam bem de saúde, o que torna a pergunta de partida completamente diferente da tradicionalmente desenvolvida a partir da patogênese.

Além do mais, acreditamos na necessária aproximação entre saúde (promoção de saúde) e o ideário do “Buen Vivir” (Sumak Kawsay), que se trata de um modelo alternativo de desenvolvimento que considera as muitas formas de se relacionar com a natureza, com as diferentes culturas e territorialidades para superar as desigualdades e promover uma vida melhor – “*un buen vivir*”. Desse modo, não é difícil tecer conexões desse novo modelo civilizatório, baseado no Bem Viver, na manutenção da saúde. Para Houtart (2011), esse desenvolvimento alternativo traça uma crítica a modernidade, ou melhor, “ao mal desenvolvimento” que conduz ao “mal viver” – aquele que exclui, que desigual, que não ajuda a fortalecer as potencialidades para o enfrentamento do que prejudica, adocece.

Por essa razão, utilizamos a expressão “bem viver comunitária”, como marca de um tipo de pensamento que se relaciona com a melhoria da qualidade de vida das pessoas.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Geral**

Analisar as articulações de moradores de uma comunidade em relação a compreensão, manejo e significado para a promoção da saúde.

### **1.3.2 Específicos**

- a) Verificar qual o senso de compreensão acerca de si mesmo e dos eventos vivenciados;
- b) Conhecer as formas de manejo utilizadas para garantir o bem viver comunitário;
- c) Compreender qual o sentido da vida para aqueles que vivenciam elementos estressores;
- d) Analisar como os conceitos salutogênicos (compreensão, manejo e significado) podem contribuir para a promoção da saúde.

## 2 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E O PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

No modelo biomédico de saúde e doença, o indivíduo é essencialmente saudável, sendo agredido por agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos. Em sua explicação, rompe-se o equilíbrio (a *homeostase* do organismo), necessitando o indivíduo de ser curado por meio da intervenção do profissional de saúde, para se reequilibrar. Por muito tempo considerou-se, cientificamente, a noção de saúde através desta perspectiva biomédica, na qual o conceito de doença é omnipresente (DANTAS, 2007). Historicamente, a concepção da doença é mais anterior à concepção de saúde, estando presente, de diferentes formas, em todas as organizações sociais conhecidas (SABROZA, 2006).

Modelos explicativos da doença e da saúde desenvolvidos ao longo da história retratam esse panorama de exaltação do adoecimento. Bassinello (2014) descreve em períodos históricos as diferentes concepções sobre a doença. Na Sociedade Pré-histórica (ou período nômade), as doenças eram entendidas como resultante de alguma força sobrenatural, ligada à Deus ou demônios e espíritos malignos. Foi na Antiguidade que a cura ganhou força, na qual era necessária a participação de líderes religiosos, feiticeiros e xamãs, caracterizando o que se passou a chamar *modelo mágico-religioso da doença*. Ainda nesse período, chineses e indianos baseavam-se em um *modelo holístico de medicina*, considerando o corpo como um organismo integral que deveria apresentar equilíbrio entre os elementos internos e externos (BASSINELLO, 2014), porém, essa concepção oriental não ganhou força no mundo ocidental.

Nesse mesmo período, Hipócrates de Cós inaugurava os primórdios da *medicina científica* (BASSINELLO, 2014), também compreendida atualmente como “*concepção fisiológica da doença*”, que explicou as origens das moléstias a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Dessa forma, a concepção fisiológica centrava-se no paciente como um todo, e no seu ambiente (VIANNA, 2012). Bassinello (2014) identifica que o médico grego da época valorizava a prática clínica e a observação da natureza, considerando fatores como nutrição, excreção, exercício e repouso, importantes para manter o equilíbrio do homem com o meio.

O sucessivo período histórico foi a Idade Média, marcada pelo forte poder da Igreja Católica, que regulava a vida dos indivíduos, e por certo, influenciou a concepção de saúde e doença, ocasionando uma estagnação na prática clínica, visto que a doença era entendida como fruto do pecado, e só os religiosos estavam aptos a curar ou salvar o espírito das trevas (BASSINELLO, 2014).

Com o fim da Idade Média e a queda do poderio religioso, teve início a Idade Moderna, assinalada por intenso crescimento do comércio e das navegações, impulsionando descobertas. Nesse período surge a *medicina científica ocidental* (BASSINELLO, 2014), marcada pelas ideias de René Descartes e seu método cartesiano, em que era necessário “desmontar” o corpo para atuar sobre suas partes – sobretudo, a parte defeituosa. Nascia, então, a visão mecanicista e fragmentada do cuidado ao corpo.

O pensamento cartesiano favoreceu uma nova concepção da doença, a concepção ontológica, que, de acordo com Vianna (2012), defende que as doenças são “entidades” exteriores ao organismo, invadindo-o para se fixar em uma ou várias das suas partes. Para a autora, essa concepção tem estado frequentemente associada a um tipo de medicina que se direciona para a classificação dos processos de doença e elaboração de um diagnóstico exato, procurando encontrar os órgãos que foram perturbados.

Vianna (2012) considera ainda que essa concepção se torna redutora, desde o momento em que explica os processos de doença somente a partir dos estudos e observação dos órgãos específicos perturbados, assumindo que a doença é uma coisa em si própria, sem relação com a personalidade, constituição física ou modo de vida de quem é acometido por ela.

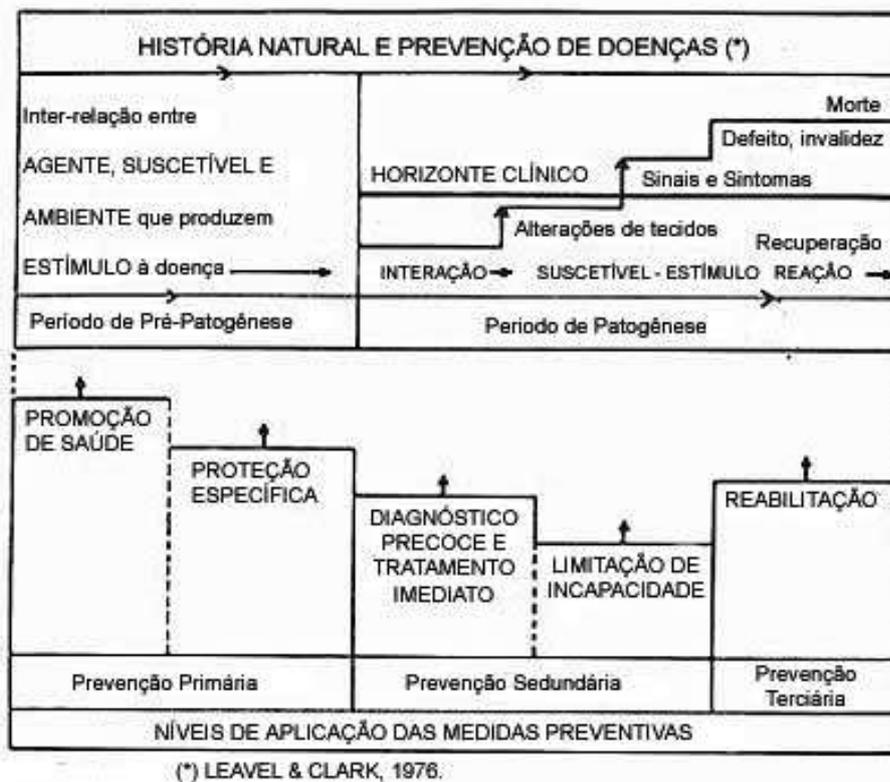
O último período retratado por Bassinello (2014) trata-se do *Período Contemporâneo*, marcado pelas grandes revoluções no campo da medicina, como a sanitária e a bacteriológica, o que promoveu o fortalecimento da causa biológica da doença, que ficou conhecido como modelo unicausal de explicação da doença. A medicina social também desponta durante esse período como um movimento que reconhecia as relações existentes entre saúde e condição social. Fato que contribuiu na reafirmação dessa relação foi o envelhecimento da população, e a enorme desigualdade social deixada pela Segunda Guerra (BASSINELLO, 2014).

O século XX foi marcado por forte tensão entre a abordagem biológica e a social (BASSINELLO, 2014), e essa tensão se mantém presente nos dias atuais. A

visão metonímica do homem, criada por Descartes, que enxerga “o todo pelas partes”, ao contrário do que preconizava o modelo holístico chinês, ou a visão integradora hipocrática, por exemplo, continuou sendo aplicado ao longo dos anos, e revela-se ainda hoje com forte influência nas ações de saúde.

Dentro dessa evolução de conceitos e relações entre doença e saúde, estabeleceu-se o modelo multicausal de Leavell & Clark (História Natural da Doença), desenvolvido nas décadas de 50 e 60 (Figura 1), que substituiu o modelo unicausal. E se observarmos, apesar da inclusão de ações de promoção da saúde, esse modelo mantém o foco no processo patológico, considerando como subfases das chamadas prevenção primária, secundária e terciária, a pré-patogênese e a patogênese (ROUQUAYROL, 2017).

**Figura 1** – História natural e prevenção de doenças e agravos à saúde de Leavell & Clark.



Fonte: Rouquayrol (2017, p. 22).

Pode-se perceber que no modelo de Leavell & Clark (1976), o olhar voltado para a saúde, e o que venha a promovê-la, localiza-se apenas antes da doença

ocorrer (pré-patogênese), cabendo, às demais fases, a total atenção ao adoecimento e seu tratamento e recuperação.

Porém, com o passar dos anos, as mudanças nas sociedades levaram à necessidade de uma ampliação do juízo sobre saúde. Foi após a II Guerra Mundial que a Organização das Nações Unidas (ONU) criou a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o intuito de analisar e aconselhar alternativas que aperfeiçoassem a saúde mundial. Em 1978, a OMS, juntamente com a Fundação das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), promoveu uma Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde na antiga União Soviética, em Alma-Ata (VIANNA, 2012).

De acordo com Vianna (2012), foi nesta conferência que a OMS desenvolveu o conceito de saúde que implica no reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, compreendendo a saúde como:

“Saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade – é um direito fundamental, e que a consecução do mais alto nível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1976).

Esta conferência ressaltou a íntima relação e independência da saúde com o desenvolvimento econômico e social, sendo a primeira causa e consequência da progressiva melhoria das condições e da qualidade de vida. O centro do plano da Conferência de Alma-Ata foi a prevenção, o desenvolvimento social e os cuidados de saúde (VIANNA, 2012).

Para Sabroza (2006), quando a OMS conceituou saúde como "o mais completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças", ela certamente não estava sugerindo um juízo crítico classificatório, mas uma direção. Já a ideia de doença é mais imediatista, sempre impondo, ao mesmo tempo, certas competências operacionais e algum tipo de explicação.

Toda a discussão e descobertas sobre a saúde e as causas da doença, bem como o procedimento para recuperar o corpo doente, concomitante ao entendimento de que saúde não é, meramente, ausência de doença, fez com que surgisse a

expressão “processo saúde-doença”, representando algo em movimento, e não em estaque.

Segundo Gaulda e Bergamasco (2004), o processo saúde-doença está inteiramente conectado à forma como o ser humano foi se apropriando da natureza para transformá-la, procurando atender às suas necessidades, criando um contíguo de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença.

Nesse sentido, cria-se, no Brasil, no ano de 2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que define os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam o aparecimento de problemas de saúde e seus fatores de risco (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Vários modelos foram propostos para estudar os determinantes sociais e a trama de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques. Existem vários modelos que procuram estudar os DSS. O adotado pela CNDSS (BRASIL, 2008) é o modelo de Dahlgren e Whitehead, que dispõe os DSS em camadas.

No modelo de Dahlgren e Whitehead, os determinantes individuais (idade, sexo, genética) ficam na base do modelo; o comportamento e estilos de vida na segunda camada (da base para fora); as redes comunitárias e de apoio na terceira camada; os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação estão identificados na quarta camada; e, na última camada, a mais externa, os macrodeterminantes (pertinentes às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade) (BRASIL, 2008).

**Figura 2 – Modelo de Dahlgren e Whitehead**



Fonte: CNDSS (BRASIL, 2008).

Apesar da ampliação do olhar, o modelo de Dahlgren e Whitehead e a definição de DSS causaram estranhamentos para muitos teóricos (BREILH, 2010; LAURELL, 2011), que consideravam importante focar nos aspectos históricos e sociais para compreender a saúde, trazendo o conceito de “Determinação Social da Saúde” para o centro da questão, pois consideram que esta era atravessada por uma determinação construída socialmente.

Laurell (2011), ao falar sobre o percurso da medicina social Latino-Americana, ressalta a importância de uma análise histórica para o entendimento de sua atualidade e tendências. Já Breilh (2010), defende que a saúde e os ecossistemas humanos são objetos que incluem processos biológicos determinados socialmente, e que por isso, devemos trabalhar considerando as relações sociológicas e da sociedade-natureza.

Mesmo com o entendimento do processo saúde-doença, e do início dos estudos sobre a determinação social da saúde, de acordo com Dantas (2007), Antonovsky considerava que a abordagem patogênica acentuou em demasia a anormalidade funcional, priorizando uma investigação do que leva ao aparecimento das doenças e não à manutenção da saúde.

Porém, muitos teóricos têm escrito sobre as limitações de focar em demasia nas doenças, deixando para segundo plano a sustentação ou promoção da saúde. Brêtas, Gamba *et al.* (2006) atribuem ao conceito de saúde uma dimensão dinâmica, valorizando o papel dos seres humanos na manutenção e na transformação da saúde (individual e coletiva), colocando-os como atores sociais do processo da própria vida (BRÊTAS, GAMBÁ *et al.*, 2006), na teia da sua própria subjetividade, e agentes ativos da promoção da saúde.

Westphal (2015), ao abordar sobre “promoção da saúde e prevenção de doenças”, identifica que a abordagem mais atual se trata da “História social do processo saúde-doença”, que diferencia o conceito de promoção da saúde do conceito de prevenção de doenças, apontando novos caminhos e inter-relações.

O conceito atual de promoção da saúde percorreu vários caminhos antes de firmar-se no que é hoje, e apresenta profunda relação com as diferentes concepções de saúde e de doença. O termo promoção da saúde foi referido pela primeira vez no Informe Lalonde em 1974 (WESTPHAL, 2015), ganhou forma e consistência na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa (Canadá),

em 1986, que resultou em uma carta que priorizava ações que consideravam ampla causalidade da saúde, sempre relacionada ao bem-estar dos indivíduos (WESTPHAL, 2015).

Lopes *et al.* (2010) destacam que o conceito de promoção da saúde na Carta de Ottawa identifica-a como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, por meio de uma maior participação nesse processo, e de uma saúde pública mais inclusiva, que leve em conta os determinantes do processo saúde-doença-cuidado na procura por equidade e justiça social.

A carta de Ottawa abraça o conceito positivo de saúde (LOPES *et al.*, 2010), que por sua vez, sofre influência dos estudos de Martin Seligman (pai da psicologia positiva) e Aaron Antonovsky (autor da Teoria Salutogênica).

Esse conceito positivo de saúde ressalta que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, caminhando na direção de um bem-estar geral, global, preconizando condições e recursos para a saúde que giram em torno de: paz, habitação, educação, alimentação, renda, recursos sustentáveis, ecossistema estável, justiça social e equidade (LOPES *et al.*, 2010).

Segundo a Carta de Ottawa, as estratégias basilares para a promoção da saúde são: defender a saúde, considerando-a como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e dessa forma, uma importante dimensão da qualidade de vida; capacitar as pessoas no sentido que todas elas possam alcançar completamente seu potencial de saúde, e essa capacitação se refere a ambientes favoráveis, acesso à informação, experiências e habilidades na vida, e oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. Outra estratégia é mediar os interesses existentes entre profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde e outros setores sociais e econômicos (ações intersetoriais) (LOPES *et al.*, 2010).

A partir dessas estratégias, foram criados cinco eixos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (LOPES *et al.*, 2010).

De acordo com Westphal (2015), um dos objetivos fundamentais da promoção da saúde é o enfrentamento das iniquidades, na qual é relevante

considerar a importância de políticas intersetoriais para a promoção de equidade em saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil no calor da Carta de Ottawa, em 1986, teve como temas de discussão: saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), e financiamento setorial. O conceito de saúde adotado por essa conferência foi:

... em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986).

Depois da Conferência de Ottawa, vieram outras. Todas com a finalidade de refletir e discutir sobre as estratégias e ações necessárias para garantir a promoção da saúde nos diversos contextos sociopolíticos. Países desenvolvidos e em desenvolvimento assumiram compromissos a partir da nova concepção de saúde de Ottawa.

Desse modo, as outras conferências que tiveram importância ímpar nesse campo de debate, foram: a Conferência Internacional de Promoção da saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, e discutiu sobre a reiteração dos princípios éticos e estratégias políticas e ambientais para que a saúde seja alcançada; a terceira Conferência foi a de Sudswall, realizada em 1991 na Suécia, que ressaltou questões ambientais e necessidades urgentes de cuidado para com o ambiente; já a quarta Conferência foi a de Jacarta, realizada em 1997 na Indonésia, que fomentou importantes parcerias e alianças, convocando o setor privado a contribuir na promoção da saúde; a quinta Conferência foi realizada na Cidade do México (2000) e ressaltou a importância e responsabilidade dos governos nas ações de promoção da saúde. Outra Conferência foi realizada em Bangcoc, na Tailândia (2005), com o propósito de discutir sobre as potencialidades e problemas decorrentes da globalização e sua interferência na saúde de indivíduos e comunidades (WESTPHAL, 2015).

As mais recentes foram realizadas em Helsinki, na Finlândia (2013), resultando em um documento intitulado de “Declaração de Helsinki sobre Saúde em Todas as Políticas” (OMS, 2013), e em Xangai, na China (2016), que discutiu sobre

os princípios estabelecidos pela Carta de Ottawa após 30 anos de sua publicação (OMS, 2016). Abaixo segue um quadro síntese das principais conferências, seus eixos discursivos e compromissos assumidos.

**Quadro 1** – Conferências de promoção da saúde, eixos discursivos e compromissos assumidos.

<b>Conferências</b>	<b>Eixos Discursivos e Compromissos</b>
<p>OTTAWA (1986) <i>Realizada no Canadá</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidades em saúde nos países industrializados e ações intersetoriais necessárias para o setor saúde.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores;</li> <li>✓ Agir contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, degradação dos recursos naturais e ambientais, e a má nutrição;</li> <li>✓ Centrar sua atenção nos novos temas da saúde pública, tais como a poluição, o trabalho perigoso e as questões da habitação e dos assentamentos rurais;</li> <li>✓ Lutar contra as desigualdades em saúde produzidas pelas regras e práticas desta sociedade industrializada;</li> <li>✓ Reconhecer as pessoas como o principal recurso para a saúde; e apoiá-las e capacitá-las para que se mantenham saudáveis a si próprias, às suas famílias e amigos, através de financiamentos e/ou outras formas de apoio;</li> <li>✓ Aceitar a comunidade como porta-voz essencial em matéria de saúde, condições de vida e bem-estar;</li> <li>✓ Reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde;</li> </ul>
<p>ADELAIDE (1988) <i>Realizada na Austrália</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas que busquem incrementar o acesso das pessoas a bens e serviços promotores de saúde e criar ambientes favoráveis para a promoção da saúde.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desenvolver planos nacionais para a promoção de políticas públicas voltadas à saúde da mulher;</li> <li>✓ Eliminação da fome e da má nutrição, garantindo acesso universal a quantidades suficientes de alimentos de boa qualidade e que respeitem as peculiaridades culturais;</li> <li>✓ Redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como do marketing e do consumo;</li> </ul>
<p>SUNDSWALL (1991) <i>Realizada na Suécia</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Um ambiente favorável é de suprema importância para a</li> </ul>

	<p>saúde e todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde, em que ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis.</p> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Reforçar a defesa da proposta “Saúde e Ambiente saudável” através de ações comunitárias, particularmente pelos grupos organizados de mulheres;</li> <li>✓ Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, através da educação e maior participação nos processos de tomada de decisão;</li> <li>✓ Construir alianças para a saúde e os ambientes favoráveis;</li> <li>✓ Mediar os interesses conflitantes na sociedade, de modo que se possa assegurar o acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.</li> </ul>
<p>JACARTA (1997) <i>Realizada na Indonésia</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promoção da Saúde no Século XXI, incluindo o setor privado no apoio à promoção da saúde.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento da sensibilização sobre as mudanças dos determinantes da saúde;</li> <li>✓ Apoio à criação de atividades de colaboração e de redes para o desenvolvimento sanitário;</li> <li>✓ Mobilização de recursos para a promoção da saúde;</li> <li>✓ Acumulação de conhecimentos sobre as melhores práticas;</li> <li>✓ Facilitação do aprendizado compartilhado;</li> <li>✓ Promoção da solidariedade em ação;</li> <li>✓ Promoção da transparência e da responsabilidade pública de prestação de contas em promoção da saúde.</li> </ul>
<p>MÉXICO (2000) <i>Realizada no México</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A promoção da saúde e do desenvolvimento social é um dever e responsabilidade central dos governos, e deve ser um componente fundamental das políticas e programas públicos em todos os países na busca de equidade e melhor saúde para todos.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais;</li> <li>✓ Assumir um papel de liderança para assegurar a participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde;</li> <li>✓ Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde, se preciso, utilizando a capacidade</li> </ul>

	<p>técnica da OMS e de seus parceiros nessa área.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estabelecer ou fortalecer redes nacionais e internacionais que promovam a saúde;</li> </ul>
<p>BANGKOK (2005) <i>Realizada na Tailândia</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações, compromissos e promessas necessárias para abordar os determinantes da saúde em um mundo globalizado através da promoção da saúde.</li> </ul> <p><b>Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tornar a promoção da saúde no mundo globalizado;</li> <li>✓ Uma preocupação central na agenda do desenvolvimento global;</li> <li>✓ Uma responsabilidade central para o governo como um todo;</li> <li>✓ Um dos principais focos das comunidades e sociedade civil é uma exigência para boa prática corporativa.</li> </ul>
<p>NAIRÓBI (2009) <i>Realizada no Quênia</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforça a importância em se desenvolver responsabilidades prioritárias para a Promoção da Saúde.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fortalecer a liderança em Promoção da Saúde e os sistemas de saúde;</li> <li>✓ Empoderar as comunidades e indivíduos;</li> <li>✓ Colocar a Promoção da Saúde como estratégia central na agenda do desenvolvimento;</li> <li>✓ Fortalecer processos participativos;</li> <li>✓ Construir e aplicar conhecimentos acerca da Promoção da Saúde.</li> </ul>
<p>HELSINKI (2013) <i>Realizada na Finlândia</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações voltadas para a equidade em saúde e a saúde em todas as políticas, sendo a equidade é enfatizada como expressão da justiça social.</li> </ul> <p><b>Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ É firmado um compromisso entre os governos, entidades e membros participantes para com a equidade em saúde e a saúde em todas as políticas.</li> <li>✓ A saúde é apresentada como responsável por melhorar a qualidade de vida, aumentar a capacidade de aprendizagem, fortalecer famílias e comunidades e melhorar a produtividade da força de trabalho.</li> </ul>
<p>XANGAI (2016) <i>Realizada na China</i></p>	<p><b>Eixo Discursivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reafirmação da saúde como um direito universal, um recurso essencial para a vida cotidiana, e um objetivo social compartilhado.</li> </ul> <p><b>Alguns Compromissos Assumidos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aplicar recursos governamentais para proteger a saúde e</li> </ul>

	<p>promover o bem-estar através de políticas públicas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Considerar a importância da medicina tradicional, que pode contribuir para melhorar as necessidades de saúde;</li> <li>✓ Priorizar políticas que criem benefícios em conjunto entre saúde e bem-estar;</li> <li>✓ Apoiar as cidades a promover equidade e inclusão social, através de um forte envolvimento da comunidade;</li> <li>✓ Reconhecer a alfabetização em saúde como determinante crítico da saúde e investir em seu desenvolvimento;</li> <li>✓ Aumentar o controle dos cidadãos sobre sua própria saúde e seus determinantes.</li> </ul>
--	--

Fonte: Brasil (2002, p. 19-51); OPAS (2005, p. 1-6); OMS (2009; 2013; 2016); Xavier (2017).

Sabroza (2006) afirma algo que se aproxima de parte das preocupações das Conferências de Promoção da Saúde: a relação entre questões sociais e saúde. Para o autor, a questão da saúde, junto com o desemprego e a violência, sempre aparece com destaque nas preocupações identificadas como prioritárias, em que há relações estruturais dessas dimensões: organização da formação social para atender suas necessidades; organização do espaço; conjunto de problemas de saúde decorrente do movimento da reprodução e produção social em um determinado contexto territorial; concepções sobre doenças; e as formas e práticas assistenciais institucionalizadas.

Dessa maneira, quando ocorrem transformações relevantes nos processos de produção e na organização social, ocorrem fundamentalmente, ainda que não de maneira simultânea, alterações nos demais, através de processos interativos de estruturação (SABROZA, 2006).

Desse modo, é preciso levar em conta como a saúde é percebida pelos indivíduos, incluindo a dimensão de bem-estar, na qual a contribuição da saúde não é a única e nem a mais importante. É preciso considerar que o sofrimento experimentado pelas pessoas, suas famílias e grupos sociais não corresponde necessariamente à concepção de doença utilizada pelos programas de assistência e profissionais de saúde (VIANNA, 2012).

Assim, o conceito de saúde pode ser incluído entre os conceitos considerados imprecisos, ou seja, aqueles que, embora aplicados a hierarquias concretas e de relevância, não admitem sua definição com objetividade. No entanto, nem por isto deixa de ser vastamente utilizado, tanto no campo da produção do conhecimento

científico como na normatização das relações sociais. Para o autor, os conceitos imprecisos são definidos a partir de questões centrais e de suas interações com outros conceitos com os quais se relacionam, sempre a partir de perspectivas definidas em determinado período histórico (SABROZA, 2006).

Para Czeresnia (2003, p. 42), “a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra”. Dessa forma, a autora defende que a saúde não deve ser entendida como um objeto que se possa delimitar, pois ela não se traduz em conceito científico, da mesma maneira que o sofrimento que caracteriza o adoecer.

Assim, é por meio da promoção que mais nos aproximamos da saúde, em que 'promover' apresenta o significado de 'dar impulso a; gerar', e promoção da saúde passa a referir-se a medidas que servem para ampliar a saúde e o bem-estar, e não conduzem a alguma doença ou desordem. Nesse sentido, suas estratégias dão ênfase à transformação das condições de vida e de trabalho que acedem a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

Dessa forma, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem-estar seguramente compõem seu núcleo central, conquanto não seja suficiente para delimitar completamente o conceito de saúde. Da mesma forma, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem sua construção. Ou seja, é elaborado por atores sociais concretos, no movimento das relações das pessoas entre si, em sociedades (SABROZA, 2006).

Diante do exposto por Czeresnia (2003) e Sabroza (2006), a representação da saúde exige certo grau de abstração, em que não se deve considerar apenas a descrição de condições presentes, atuais, haja vista que está conectada a uma concepção de vir a ser, de objetivos a serem alcançados, seja em uma perspectiva individual ou social.

Gadamer (2006) defende que saúde e doença não são duas faces de uma mesma moeda. Brêtas e Gamba (2006) fazem uma consideração acerca do que diz Gadamer: se for levado em conta um sistema de saúde, como o SUS, é possível averiguar que as ações voltadas para o diagnóstico e tratamento das doenças são apenas duas das suas atividades. Inclusão social, promoção de equidade ou de

visibilidade e cidadania são consideradas ações de saúde. O entendimento da saúde como um dispositivo social relativamente autônomo em relação à ideia de doença, e as repercussões que este novo entendimento traz para a vida social e para as práticas cotidianas em geral e dos serviços de saúde em particular, abrem novas possibilidades na concepção do processo saúde-doença, e para as ações de promoção da saúde.

Depois das reflexões promovidas pelas conferências internacionais de promoção da saúde, uma concepção positiva de saúde, vinculada a condições de vida adequadas, foi elaborada e difundida amplamente, ficando as enfermidades bem caracterizadas também como resultado da pobreza e da injustiça, e sua possibilidade de superação vinculada ao progresso social (SABROZA, 2006).

Nesse sentido, Cruz (2011) ressalta que saúde, doença e cuidado são produzidos socialmente, variando conforme os tempos, os lugares e as culturas, o que implica dizer que é necessário planejar e gerir as ações e serviços de saúde e das redes de apoio social, de acordo com as necessidades da população de um dado território.

Segundo Prado e Santos (2018), as ações para promoção da saúde surgiram, no cenário brasileiro, como desdobramento do empenho do SUS diante do debate sobre as relações entre iniquidades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde, elegendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo suporte para trabalhar as questões emergidas na dinâmica do território – “espaço permanente de construção e reconstrução de processos relacionais que revela a pluralidade e, sobretudo, a potência dos atores para identificar necessidades e fomentar as ações de promoção da saúde” (PRADO; SANTOS, 2018, p. 380).

Dessa forma, compreender o território e as inter-relações existentes nele por meio das diversas simbologias criadas e alimentadas pelas pessoas que nele vivem torna-se imprescindível para se chegar ao entendimento da produção de saúde de pessoas e comunidades.

### 3 A TEORIA SALUTOGÊNICA DE AARON ANTONOVSKY

Aaron Antonovsky nasceu na década de 20, na cidade de Nova Iorque, nos Estados Unidos, mas carregava consigo raízes judias, pois seus pais eram judeus que migraram para os EUA antes de seu nascimento. De acordo com Mazza (2015), após concluir seus estudos em Sociologia pela Universidade de Yale, ele foi trabalhar no Instituto Israelense de Pesquisa Social da Universidade Hebraica de Jerusalém.

Antonovsky desenvolveu pesquisas que enfatizavam as diferenças de classe social nas questões de morbidade e mortalidade. Passou 20 anos para desenvolver sua Teoria Salutogênica, hoje traduzida para vários idiomas e aplicada em diversos contextos sociais. Seus principais trabalhos foram descritos nos livros *Health, stress and coping* (1979) e *Unraveling the mystery of health* (1987) (FERREIRA, 2007).

Para Nunes (2000), foi a consciência do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos atingidos pela pobreza e marginalização, que fez com que Antonovsky desenvolvesse um pensamento que considerasse a capacidade que determinadas pessoas pertencentes a grupos vulnerabilizados apresentam de encontrar coerência interna na sua vida a despeito das perdas sofridas.

O pensamento salutogênico, desenvolvido por Antonovsky, alinha-se à concepção ampliada de saúde proposta pela OMS, e alargada no paradigma da promoção da saúde. Aliás, Dantas (2007) afirma que a importância do constructo salutogênico já foi admitida pela própria OMS quando o inseriu nas grandes linhas mestras orientadoras das macropolíticas da promoção da saúde. Nesse mesmo sentido, Carrondo (2006) coloca que a OMS integrou a salutogênese nas estratégias da política de saúde para todos no século XXI, aprovada em 1998 na Assembleia Mundial de Saúde.

Cabe ressaltar que, quando iniciou seus estudos, Antonovsky procurava compreender a relação existente, no meio cultural, entre o surgimento de elementos estressores e recursos para enfrentamento do estresse, que equilibravam a vida e o bem-estar. Desse modo, podemos entender que havia uma certa proximidade com a noção de “fatores de risco”. Com o tempo, ele estende seu olhar para outros elementos, procurando focar nos elementos que sustentam a saúde, e é a partir desse ponto que começa a se aproximar da promoção da saúde (MITTELMARK;

BAUER, 2016). Por isso, é comum identificarmos com frequência o termo “estressores” em pesquisas que utilizam o modelo salutogênico. Porém, vale lembrar que a partir do aprofundamento de seus estudos, Antonovsky enfatiza a importância de buscar responder a seguinte pergunta: quais são as origens da saúde?

Dessa maneira, Antonovsky critica a hegemonia do modelo patogênico, e sugere ênfase na questão “por que é que as pessoas se mantêm saudáveis” para investigar a causa da saúde, das doenças e dos seus fatores de risco. Dessa forma, inicia-se a passagem de um modelo centrado na doença e orientado para a prevenção primária, secundária e terciária (modelo patogênico), para um modelo centrado e orientado para as condições que favorecem a saúde (modelo salutogênico) (CARRONDO, 2006).

Com isso, pensar de forma salutogênica significa focar nas questões da etiologia e do diagnóstico, olhando a pessoa como um todo e não apenas o fator causador da doença. Os estressores deixam de ser vistos como algo a ser diminuído ou eliminado, pois o aparecimento das doenças não seria causado pelo estresse, mas sim pela falência em manejá-lo (DANTAS, 2007).

Ainda de acordo com Dantas (2007), Antonovsky procurou entender os recursos de *coping*, e não os estressores. E mais, dependendo das propriedades dos estressores e dos recursos para se resolver a tensão suscitada, os estressores podem ser vistos como algo também positivo à vida humana.

O sucesso das estratégias de *coping* depende da capacidade de mobilização de três esforços (respostas) que a pessoa pode desenvolver: comportamental, emocional e cognitivo (FERREIRA, 2007).

De acordo com Antonovsky (1979), o ser humano encontra-se em um estado constante de desequilíbrio, no qual precisará aprender a manejar os acontecimentos estressantes ou ditos como ruins, salientando a predominância da patologia na humanidade.

Um terço ou a maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por alguma condição mórbida e por isso definida clinicamente ou epidemiologicamente como normal (ANTONOVSKY, 1979, p. 16).

Para sustentar esse axioma, Antonovsky (1979) defende que mesmo as pessoas que apresentam uma vida desafogada e vivem em ambiente favorável são expostas a agentes estressores, e cita o caso dos acidentes como exemplo, que

além de afetar a quem é acometido por ele, pode afetar também familiares e pessoas próximas.

Essa visão trazida pela teoria salutogênica inaugura um novo olhar para o processo saúde-doença que se centra na saúde. De acordo com Ferreira (2007), Antonovsky propõe, no lugar do modelo homeostático (paradigma patogênico), que se baseia na busca dos fatores que levam à doença, o *modelo entrópico de saúde*, que irá procurar os elementos que conduzem a pessoa a manter-se bem, com saúde, por meio de mecanismos de resistência que diminuirão as desordens surgidas.

Dessa forma, saúde, estressores e doença coexistem e são integrados em um contínuo disfuncionalidade-funcionalidade no qual todos os indivíduos progredem ou regridem em relação aos seus polos (ANTONOVSKY, 1987; FERREIRA, 2007). Os estressores são onipresentes na vida humana e a doença não se origina deles, mas da maneira como as pessoas lidam com eles (ANTONOVSKY, 1987);

Nunes (1998) elaborou um diagrama para representar melhor esse modelo de Antonovsky (Figura 3).

**Figura 3** – Saúde como um espaço de convergência de várias dimensões



Fonte: Nunes (1998, p. 20).

Nunes (1998) clarifica, com seu diagrama, o contínuo saúde-doença, não mais compreendido como lados opostos, dicotômicos e de lugares extremos. Assim, a saúde, na teoria salutogênica, não é quando a doença está ausente, e nem se questiona os hábitos e estilos de vida como causa de adoecimento ou morte. Entende-se que a doença faz parte das experiências da vida, é uma continuação da saúde, e o que se procura é compreender como é possível manter-se mais próximo do polo saudável.

Ramos (2006) explica que o significado de uma doença é um possível resultado de um processo de reflexão e conscientização e que, para entendermos o sentido desse símbolo, deve-se procurar sua finalidade, ou seja, o “porquê” e o “para quê” do seu surgimento. Tal concepção desse símbolo na consciência levaria o indivíduo a se aproximar do polo saudável.

Para Mazza (2015), uma postura protagonista, salutogênica, e resiliente frente aos desafios (eventos estressantes) pode levar à uma melhor qualidade de vida.

No sentido de clarificar as principais diferenças entre o modelo tradicional patogênico e o modelo salutogênico, inserimos o quadro abaixo (quadro 2), elaborado a partir dos estudos de Carrondo (2006) e Ferreira (2007).

**Quadro 2** – principais diferenças entre o modelo patogênico e modelo salutogênico.

<b>Linha orientadora</b>	<b>Paradigmas</b>	
	<b>Patogênico</b>	<b>Salutogênico</b>
Autorregulação do sistema	- Homeostase; - Sistema perfeito que será atacado por agentes exteriores do meio físico e social, ou estilos de vida impróprios ou perigosos, de forma aguda, crônica ou fatal; - Conjunto de suposições sobre a origem, natureza, curso e tratamento da doença.	- Heterostase; - Sistema que está sujeito a um processo entrópico que termina invariavelmente com a morte; - A heterostasia, desequilíbrio e sofrimento são inerentes à existência humana, tal como a morte.
Definição de saúde e doença	- Dicotomia.	- Contínuo.
Classificação da pessoa	-Dicotômica (saudável/doente).	- Contínuo. Ninguém está sempre numa das extremidades, desde o momento do nascimento até ao momento da morte.
Conceito de Saúde	- Patologia da doença; - Negativo, redutor.	-Coerência interna; Redescoberta de recursos; - Positivo, multidimensional.
Causas da doença e da saúde	- Fatores de risco.	- História de vida.
Efeito dos estressores	- Potencial promotor de doença.	- Potencial promotor de saúde.
Questões a que procura dar resposta	- Como evitar a doença (prevenção primária); - Como tratar a doença ou reparar a incapacidade	- Como é que o indivíduo realiza as suas potencialidades de saúde e responde positivamente às exigências do meio (físicas,

	(prevenção secundária); - Como atenuar os seus efeitos (prevenção terciária).	biológicas, psicológicas e sociais).
Modelos	-Biomédico ou Biopsicosocial. (Processo de trabalho fundamentalmente paternalista ou autoritária)	- Participativo. (Processo de trabalho participativo)
Intervenção	- Estratégias remediativas. - Centra-se na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença.	- Adaptação; Desenvolvimento de recursos. - Visão holística – avaliação global da pessoa. - Considera todos os aspectos do bem-estar das pessoas (sinais “objetivos” e sintomas “subjetivos”).
Atores envolvidos	- Profissionais de saúde.	- Todos (profissionais e não profissionais). - Pessoas e grupos de qualquer natureza e todas as idades.
Resultados esperados	- Diminuir os fatores de risco; - O tratamento específico para a doença. - Procura-se evitar o aparecimento de doenças (Prevenção Primária), das suas complicações ou a recuperação de funções (Prevenção Secundária ou Terciária).	- Focaliza a atenção nos fatores salutogênicos (que ajudam as pessoas a lidar com o sucesso possível ao longo das suas vidas) - Procura-se aumentar o sentido de coerência das pessoas, dos grupos e das populações.

Fonte: Carrondo (2006, p. 38); Ferreira (2007, p. 31)

### 3.1 Principais elementos da Teoria Salutogênica

Ferreira (2007) retrata a Salutogênese como um paradigma que tem como propósito compreender a gestão de eventos estressantes e como se pode manter a saúde, assumindo importante papel na promoção da mesma. Esse propósito fortalece uma proposta alternativa de saúde, produto do desenvolvimento de vários constructos como *locus of control* (ROTTER, 1966), *personality hardiness* (KOBASA, 1979; COOPERSMITH, 1983), *social interest* (CRANDALL, 1984), *stamina* (THOMAS, 1981; COLERICK, 1985), *optimism* (SHEIER, 1985), *sense of humor* (LEFCOURT, 1986) e *resiliency* (McCUBBIN, 1994), ora sendo um contributo influenciado, ora influenciador.

Muitos são os elementos identificados na teoria salutogênica. Ela configura-se como um modelo subjetivo, e foi preciso amarrar-se em conceitos e aportes que pudessem sustentá-la.

O primeiro elemento são os **estressores**. Os estressores são inerentes à condição humana e são reconhecidos como sendo os fatores que levam a um estado de tensão. Esse elemento é derivado do próprio indivíduo ou do ambiente em que está inserido (DANTAS, 2007; MAZZA, 2015).

Depois se tem a **tensão**, o **controle de tensão** e o **estresse**. A tensão é compreendida como uma resposta ao estresse e pode ser emocional ou fisiológica. É no momento de tensão que uma pessoa pode eliminá-la ou não, diminuindo o estresse. Ou seja, o controle de tensão pode ser definido como a resolução do “problema” e a eliminação da tensão. Se a pessoa não conseguir sair da tensão (ou a tensão não é resolvida de modo eficaz: controle), o indivíduo entra em estado de estresse, em que o estresse é entendido como a resposta do organismo diante de fatores estressores (DANTAS, 2007; MAZZA, 2015).

Dessa maneira, os indivíduos estão intrinsecamente envolvidos em uma complexa teia de situações que, naturalmente, podem gerar estresse ou não, a depender dos arranjos subjetivos interiores, em contato com os exteriores, representados pelas experiências da vida, que pode se desenvolver ao longo da caminhada humana nesse contínuo de saúde-adoecimento.

Essas experiências podem promover o que Antonovsky chamou de **Recursos Generalizados de Resistências (RGR)** (FERREIRA, 2007). Dantas (2007), endossada pelos estudos de Antonovsky, retrata os RGR como variáveis relacionadas ao indivíduo, grupo social e ambiente.

Já para Mazza (2015), os RGR propiciam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida caracterizado pela coerência e pela oportunidade da ação individual, para o manejo da situação e a aquisição de resultados. Esses RGR podem facilitar o gerenciamento efetivo das tensões advindas de: recursos materiais (dinheiro, alimentação, moradia), conhecimento e inteligência, autoconhecimento, *coping* focado no problema ou na emoção, comprometimento com sua cultura, religião e filosofia de vida, comportamentos saudáveis, estado de saúde atual, e características genéticas e essenciais.

Assim, podemos intuir que Antonovsky chamou as experiências específicas da vida de RGR, tratando-as como preditivos de qualidade de vida, que incluem

características pessoais, dos grupos pertencentes e ambientes que convivem, podendo facilitar a capacidade de *coping* em situações de estresse e tensão. Ou seja, eles são fenômenos que oferecem à pessoa um contínuo de vivências caracterizadas pela consistência, participação individual na obtenção dos resultados da ação, e possibilidade de fazer uma avaliação positiva ou negativa da sua ação (FERREIRA, 2007).

Ainda segundo Ferreira (2007), os RGR podem ser agrupados em várias dimensões: RGR físicos ou bioquímicos, econômicos e materiais (recursos financeiros, status), cognitivos (inteligência, conhecimentos), emocionais (autoconceito), interpessoais (rede de apoio social), macro socioculturais, construídos com base nas soluções oferecidas pela cultura e estrutura social (pertença política, convicção religiosa).

São fonte de comportamentos adaptativos e, por conseguinte, estratégias de *coping*, facilitando a gestão da tensão numa situação de estresse. E os fatores que contribuem para um *coping* bem-sucedido (promotor de um bom estado de saúde) por meio da resistência da pessoa são: características físicas (inteligência, personalidade) e características sociais (suporte social, recursos financeiros, estabilidade cultural) (FERREIRA, 2007).

Outro elemento da teoria salutogênica é o *Sense of Coherence*, traduzido para o Brasil como Senso de Coerência ou **Sentido Interno de Coerência (SIC)**, nomenclatura que adotaremos em nossa pesquisa. Ele ancora-se nos RGR e trata-se do conceito central da salutogênese (DANTAS, 2007).

O SIC é determinado como uma dimensão da personalidade e é utilizado para o gerenciamento do estresse, podendo contribuir para o bem-estar geral do indivíduo (ANTONOVSKY, 1992). Para Antonovsky (1979; 1993) o SIC não é um fator protetor do estresse. Para ele, os efeitos protetores do SIC frente ao estresse se devem à sua influência na escolha das estratégias de *coping*, e estas, por sua vez, aos RGR.

Embora o SIC não seja uma estratégia de *coping* em si, as pessoas com SIC elevado tendem a ser mais flexíveis na adoção de estratégias mais adaptativas, ou seja, frente às situações específicas, escolhem estratégias mais adequadas para alcançar seus objetivos (ANTONOVSKY, 1993).

Estudos mostram (TAN *et al.*, 2014; VON HUMBOLDT *et al.*, 2014; NIELSEN; HANSSON, 2007; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2005; COHEN; DEKEL, 2000) que

indivíduos com um elevado SIC mobilizam os RGR, passando a empregar estratégias de *coping* mais efetivas diante de situações estressantes, o que seria uma forma apropriada para promover a saúde e/ou o equilíbrio salutar do eixo saúde-doença.

Cabe ressaltar que Antonovsky (1987) não se refere a um tipo específico de estratégia de *coping*, mas sim aos fatores que são subjacentes ao *coping* necessário e efetivo para se lidar com os estressores, conforme esclarece:

Meu argumento é que ver o mundo como compreensível, manejável e significativo poderá facilitar a seleção de recursos e comportamentos eficazes, para qualquer situação cultural (ANTONOVSKY, 1987, p. 12).

O SIC apresenta uma estrutura interpretativa própria por meio de componentes definidos por Antonovsky. Por ser o conceito central do paradigma salutogênico, compreende-se, por certo, de que se torna coerente discuti-lo em um subtópico à parte, delineado a seguir.

### **3.2 Sentido Interno de Coerência (SIC)**

O SIC é compreendido como uma orientação global dos indivíduos que expressa um constante sentimento de confiança de que os estímulos da vida (externos e internos) são compreensíveis, e de que eles têm os recursos indispensáveis para lidar com as demandas da vida (ANTONOVSKY, 1987)

Com isso, Antonovsky declara que essa orientação global, expressada pelo permanente sentimento de confiança de que os estímulos são estruturados, previsíveis e explicáveis, promove investimento digno no equilíbrio dos conflitos vividos (ANTONOVSKY, 1987).

Segundo Heiman (2004), essa orientação global expressa pelos sujeitos é ligada ao seu contexto interno e externo, entendendo o contexto como um contexto cultural, social e histórico, assim como as experiências de vida são bases fundamentais nos diferentes graus do SIC dos sujeitos.

De acordo com a teoria de Antonovsky, o SIC apresenta três componentes estruturantes: compreensão, manejo e significado.

A compreensão refere-se à percepção do quanto o estímulo com que o indivíduo está se confrontando – proveniente do ambiente externo ou interno – é ordenado, consistente, estruturado e claro, ou seja, do quanto o estímulo tem

sentido cognitivo para ele. A falta ou redução da compreensão pode ocorrer quando o indivíduo considera o estímulo caótico, desordenado e inexplicável. Já pessoas com intenso senso de compreensão acreditam que os estímulos sejam ordenados e explicáveis (MAZZA, 2015).

O manejo é entendido como a extensão pela qual a pessoa percebe que os recursos para encarar os estímulos estão disponíveis, e que ela conseguirá satisfazer a sua demanda. Esses recursos podem pertencer à própria pessoa ou estar em outras, como parentes, amigos, profissionais de saúde. O que é importante considerar é que, de fato, a pessoa sinta que poderá contar com esses recursos quando for necessário. Assim, um bom nível de manejo será promovido, e a pessoa sentir-se-á apta a lidar com determinados acontecimentos, sem sofrer indefinidamente (MAZZA, 2015).

De acordo com Antonovsky (1987), uma importante condição para que o indivíduo mobilize seus recursos disponíveis, manejando as demandas, é ter um juízo claro do que são essas demandas, ou seja, compreendê-las. Porém, ter uma alta compreensão não garante que o indivíduo acredite que possa encarar bem a situação e não garante tampouco que se comprometa com a mesma. Por isso, o terceiro componente, significado, é tão importante quanto os anteriores.

O significado refere-se ao sentimento de que a vida faz sentido e que ao menos alguns dos problemas e demandas da vida são “investimentos valiosos de energia”, sendo relevantes para o desenvolvimento emocional. Nesse sentido, as mudanças são bem acolhidas, ainda que o indivíduo possa, em determinadas situações, considerar que a sua vida poderia ter sido melhor sem elas (MAZZA, 2015). Antonovsky (1987) utiliza o evento da morte como exemplo: quando uma pessoa querida morre, não significa que as pessoas ligadas a ela devam ficar felizes, mas que elas irão perceber o significado desse acontecimento e saberão superá-lo dignamente e da melhor forma que puderem.

Mazza (2015) resume o SIC e seus componentes definindo-o como sendo essa orientação global já comentada, expressa pela capacidade de uma pessoa em confiar que, em sua existência: o estímulo proveniente dos ambientes internos e externos são estruturados, previsíveis e explicáveis (Compreensão); os recursos estão disponíveis para que ele possa satisfazer as demandas importas por esses estímulos (Manejo); e essas demandas são mudanças, merecedoras de investimentos e engajamentos (significado).

Assim, quanto maior for a compreensão e a capacidade de enfrentar e superar os eventos que ocorrem na vida, por meio de um sentimento de que a vida faz sentido emocionalmente, apesar dos acontecimentos estressantes, mais elevado será o SIC de uma pessoa (MAZZA, 2015).

Vale ressaltar que os primeiros estudos de Antonovsky ancoraram-se em metodologias qualitativas, por meio de estudos empíricos, em que o autor se debruçou na compreensão dos recursos generalizados de resistências (RGR) em pessoas que conseguiam manter um forte sentido interno de coerência, ou seja, um SIC elevado, diante de situações desfavoráveis de vida (FERREIRA, 2007).

Em seguida, Antonovsky procurou ampliar a validade da sua teoria através de lentes quantitativas. Segundo Ferreira (2007), ele quantificou os elementos que interferem (de forma positiva ou negativa) no SIC, elaborando um questionário composto por 29 itens para medir o SIC por meio de características psicométricas.

O questionário reporta-se a situações que levam à avaliação da capacidade de compreensão, manejo e significado (componentes do SIC), buscando compreender que ações os indivíduos apresentam diante das situações ou qual é a visão de mundo de quem o responde. O questionário afere a disposição que o indivíduo apresenta para suportar com estímulos estressantes, promovendo sua saúde (FERREIRA, 2007). O questionário de Antonovsky ficou conhecido como *Orientation to Life Questionnaire* (Questionário de Orientação para a Vida - QOV).

### **3.3 Sentido Interno de Coerência (SIC) e Recursos Generalizados de Resistência (RGR)**

O SIC foi formulado como a essência da abordagem salutogênica, na qual há uma relação recíproca entre este e os RGR, em que um SIC elevado ajudaria na mobilização dos RGR para que o indivíduo possa lidar com as tensões e, por sua vez, os RGR fortalecem o SIC do indivíduo, o que criaria um círculo virtuoso (MAZZA, 2015).

De acordo com Ferreira (2007), os RGR articulam o sentido da existência das pessoas, bem como o sentido dos acontecimentos que desencadeiam o desenvolvimento de um SIC elevado. Essa existência é construída a partir de experiências exitosas relacionadas com diversas situações. Assim, a existência dos indivíduos apresenta-se com uma maior ou menor capacidade de compreensão, de

manejo e de significado (seus componentes), em que pessoas com um alto SIC estão mais aptas a revelar-se na compreensão e conhecimento para empreender com os recursos que dispõem.

Dessa forma, os RGR passam a ser entendidos como o conjunto de recursos que permitem aos sujeitos compreender o seu mundo e organizá-los/estruturá-los de acordo com o SIC. Assim, os RGR apresentam duas funções básicas: impactar ininterruptamente na vida dos sujeitos; e permitir obtenção de experiências que retribuem as expectativas de vida coerentes com o SIC (FERREIRA, 2007).

De acordo com a interpretação de Ferreira (2007), os estresses da vida seriam derivados de RGR deficientes, e RGR deficientes seriam as duas dimensões de um contínuo que oscila entre dois polos: o positivo (experiências e expectativas de vida próximas das potencialidades do SIC) e o negativo (experiências que fragilizam o SIC).

Para Eriksson (2007), o fator-chave que se apresenta é o de identificar a utilidade dos RGR, bem como a apropriação de seu uso para a finalidade pretendida (ampliar o SIC), na qual, estando à disposição do indivíduo, os RGR promovem um conjunto de experiências expressivas e coerentes.

De acordo com Antonovsky (1987), o SIC elevado pode desencadear vários efeitos sobre a saúde das pessoas, dentre eles: influenciar diretamente os diferentes sistemas orgânicos, motivando a percepção da situação à qual ele está exposto, se é de perigo, segurança ou prazer; mobilizar os recursos existentes, levando à redução do estresse e, dessa forma, influenciando os sistemas fisiológicos (respostas imunológicas); ajudar na propensão a fazer escolhas saudáveis envolvendo seu estilo de vida, como, por exemplo, fazer dieta, exercícios físicos e exames preventivos.

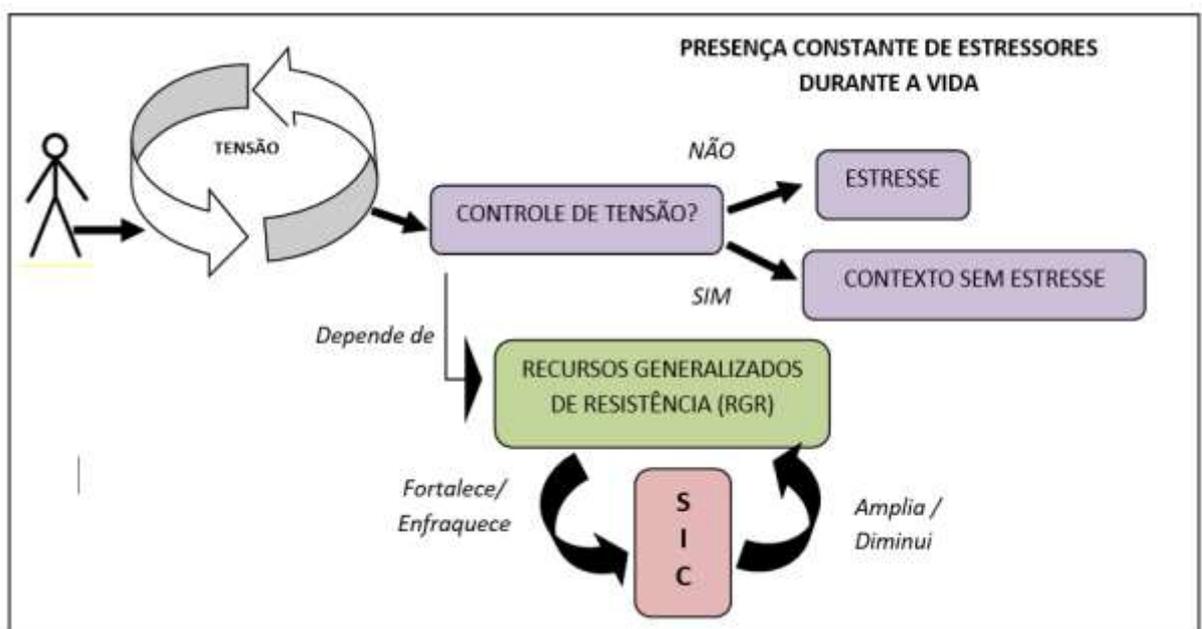
Assim, torna-se possível alinhar o pensamento salutogênico com o pensamento promotor de uma saúde global, coletiva, que considera indivíduos e grupos sociais como foco de atenção. O entendimento salutogênico é de que se vive em um processo holístico, e integrado, de cultivo da saúde (física, psicológica e social). O paradigma da promoção da saúde opera a partir da concepção de que a saúde é alcançada por meio da garantia holística das necessidades humanas, individuais e coletivas, implicando também em uma visão integral do ser humano.

Para Antonovsky (1996), a orientação salutogênica fornece a base para o desenvolvimento de uma teoria que pode ser explorada pelo campo da promoção da saúde, que para ele, tem uma relação direta com o SIC.

De acordo com Marçal *et al.* (2018), a teoria de Antonovsky é considerada como uma nova abordagem para a promoção da saúde, buscando compreender o que gera a saúde das pessoas, tendo em vista que há pessoas que permanecem bem e conseguem conduzir sua vida apesar de atribuladas condições. Para explicar tal fenômeno, Antonovsky parte de conceitos que se estruturam a partir do contexto histórico-cultural individual, expressando-se como preditor neste campo – o chamado SIC.

No sentido de clarificar a relação entre os elementos que compõem a Teoria Salutogênica, bem como representar a relação entre SIC e RGR, optou-se por construir um desenho explicativo contendo os elementos salutogênicos e a relação existente entre eles (figura 4).

**Figura 4** – Elementos Salutogênicos e a relação existente entre eles.



Fonte: elaborado pela autora.

A Figura 4 representa o indivíduo que se encontra constantemente em um espaço marcado por fatores estressantes (estressores), de onde não é possível sempre escapar, na totalidade da vida, de momentos sem tensão. Uma vez que uma pessoa se encontra em situações de tensão, há dois caminhos de resposta: o

estresse, ou o controle da tensão (que a livra de um estado de estresse). O controle da tensão depende de mecanismos alimentados por recursos generalizados de resistência (RGR), que atuam por meio de características adquiridas e vivências experimentadas (internas e externas) ao longo da vida, e que fortalecem ou enfraquecem o sentido interno de coerência (SIC), que por sua vez, amplia ou diminui os RGR, atuando em ação recíproca.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO DA PESQUISA

### 4.1 Pressupostos acerca do método

Compreendemos que seja preciso fazer uma ciência que se preocupe com os sujeitos e com os resultados. Uma ciência comprometida com as demandas sociais, que percorra por caminhos transdisciplinares, e que busque (re)conhecer a importância dos diversos saberes. Santos (2007) defende que as universidades devem mostrar-se como um bem público realmente acessível, com qualidade, e que esteja relacionado com os problemas da sociedade onde está situada.

As ciências que lidam com o “social” apresentam seu objeto como “essencialmente qualitativo”, no qual a realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva, em que toda a riqueza de significados dela transborda (MINAYO, 2014).

Dessa maneira, o percurso metodológico que aborda questões qualitativas aplicadas à saúde deve empregar a concepção trazida das Ciências Humanas e Sociais de que não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas (TURATO, 2005). Assim, nessa pesquisa, consideramos a importância de uma ciência que se engaje no diálogo com o movimento da vida, e na (ou para a) promoção da saúde – eixo precioso para o campo da Saúde Coletiva, e que se ancora na subjetividade do conceito de saúde, que por sua vez, tornou-se objeto de pesquisa de vários métodos, haja vista que foi e é influenciado pela cultura, pela organização dos grupos sociais e a própria construção social do que vem a ser saúde e doença.

Nessa perspectiva, a abordagem qualitativa permite obter a compreensão necessária em relação as crenças, valores, e a todo um universo simbólico dos sujeitos / grupos sociais, que é indispensável para se discutir conceitualmente a relação entre subjetividade, como por exemplo, a construção social da saúde e da doença (SEVALHO; CASTIEL, 1998).

Dessa maneira, traçamos um caminho metodológico que alinhasse o cerne do objeto de pesquisa (da pergunta de partida) à teoria proposta. Acreditamos que a Teoria da Salutogênese nos possibilite uma aproximação mais coerente desse universo simbólico de como pessoas inseridas em determinados contextos

vulneráveis conseguem construir sua própria concepção de saúde - e manter-se o mais próximo possível do polo saudável.

De acordo com Marconi e Lakatos (2016), geralmente as investigações de pesquisas não utilizam apenas um método ou uma técnica, mas todos os que forem necessários para o que se pretende investigar, ocorrendo, na maioria das vezes uma combinação deles. E cremos que esse fato correu nesta pesquisa. Para concretizá-la, foi necessário guiar-se por um pensamento dedutivo, partindo da teoria de Aaron Antonovsky para o modo de viver e buscar a saúde de determinado grupo social; e empregar, em seu percurso, recursos teórico-filosóficos que ora aproximavam-se do método de procedimento conhecido por “monográfico”, formulado por Le Play, que consiste “no exame de aspectos particulares[...], conjunto das atividades de um grupo social particular [...], e a vida do grupo na sua unidade concreta” (MARCONI; LAKATOS, 2016, p. 90), ora assumindo característica etnográficas, pois se empenhou em analisar de forma descritiva a forma de ver a vida e a saúde de determinado grupo social, combinando “o ponto de vista do observador interno com o externo e descrever e interpretar[...].” (MARCONI; LAKATOS, 2016, p. 94).

Assim, o percurso seguido procurou entrelaçar objeto, teoria e método no sentido de propiciar considerações plausíveis para a tese traçada.

## **4.2 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com o intento de compreender sobre quais as possibilidades de manter uma vida saudável, ou seja, mais próximo possível do polo saúde para Antonovsky, estando inserido em um território compreendido como socialmente vulnerável.

De acordo com Gil (2019), a finalidade de uma pesquisa exploratória é familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido ou explorado, em que sempre haverá alguma obra ou entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com situações semelhantes ou análise de exemplos idênticos que podem estimular a compreensão.

A pesquisa exploratória incide em uma investigação empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com as finalidades de desenvolver hipóteses, alargar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou

fenômeno, e para a efetivação de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e esclarecer conceitos (MARCONI; LAKATOS, 2016).

Já a pesquisa descritiva, visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre certas variáveis, abarcando o uso de técnicas uniformizadas de coleta de dados, como os questionários e observação sistemática. Geralmente assume a forma de levantamento (GIL, 2019).

Dessa maneira, foi por meio da pesquisa exploratória e descritiva que pudemos aplicar conceitos da teoria salutogênica e compreendê-los a partir do cenário em que a pesquisa foi desenvolvida.

Segundo as autoras supracitadas, Marconi e Lakatos (2016), uma multiplicidade de procedimentos para a coleta de dados pode ser empregada, como a entrevista, observação participante, análise de conteúdo, dentre outras, para um estudo relativamente intensivo de um baixo número de unidades, mas geralmente sem o emprego de técnicas probabilísticas de amostragem.

### **4.3 Período e Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza, Ceará, Brasil, durante o período de outubro de 2018 a agosto de 2019, perfazendo em torno de nove meses de trabalho de campo que consistiu na participação em atividades artísticas, culturais e políticas, organizadas pelos moradores, além de entrevistas com os participantes da pesquisa.

Segundo o relatório das Nações Unidas “*States of the World Cities*”, a cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, tem aproximadamente 2.551.805 habitantes e é considerada a 5ª cidade do mundo com maior índice de desigualdade social. A cidade é dividida em sete regiões administrativas, chamadas de Secretarias Executivas Regionais (SER), sendo que a SER VI, onde se localiza o bairro da pesquisa, é uma das regionais mais populosas e com um cenário de maior contraste, retratando a extrema desigualdade social da cidade e da região administrativa (IPECE, 2012).

Dentro do bairro Edson Queiroz há uma extensa área territorial conhecida como “comunidade do Dendê”, área que ao longo do tempo foi se tornando símbolo do bairro, local onde a pesquisa foi realizada. Porém, com o início do campo

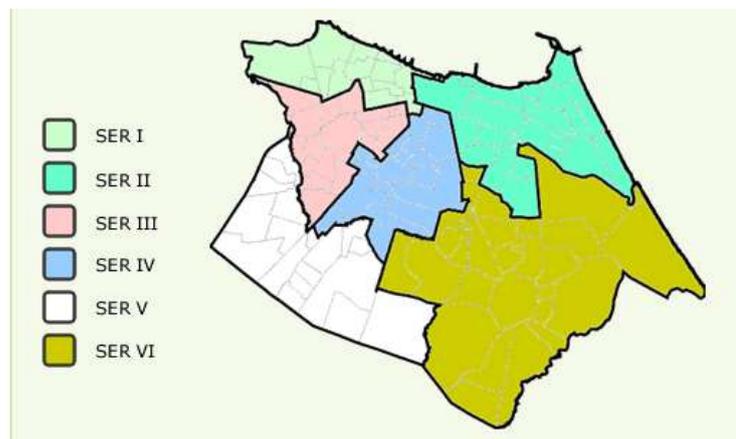
empírico, e a partir de vivências realizadas com pessoas da comunidade (informantes-chave), que nos ajudaram a entender com mais clareza a organização social do bairro, compreendemos que há controvérsias sobre a exata localização da área compreendida como “Dendê”. Para melhor entendimento, reservamos alguns parágrafos a seguir para contextualizar o bairro e a Comunidade.

Dessa forma, faz-se relevante ser apresentada de forma detalhada o local – e lócus (comunidade do Dendê) – da realização da pesquisa, pois entender o contexto no qual os participantes se situam é essencial para o núcleo do que se pretende discutir mais adiante.

#### 4.3.1 Bairro Edson Queiroz

O bairro Edson Queiroz localiza-se na regional VI (Figura 5), a maior da cidade de Fortaleza. Segundo o Instituto Brasileiro Geográfico Estatístico (IBGE, 2010), o bairro apresenta densidade demográfica de mais de 4.010,64 habitantes/Km<sup>2</sup>, ocupando uma área total de 134,93 Km<sup>2</sup>, que, apesar do desenvolvimento urbano e comercial, apresenta importantes áreas verdes (Figura 6).

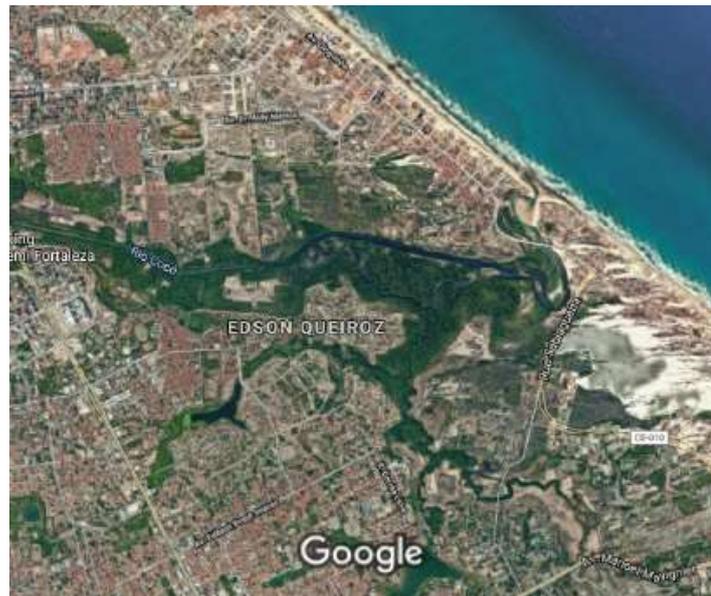
**Figura 5** – Mapa das Regionais de Saúde do município de Fortaleza, Ce.



Fonte: Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza (2008). Disponível em:

<http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br/v1/>

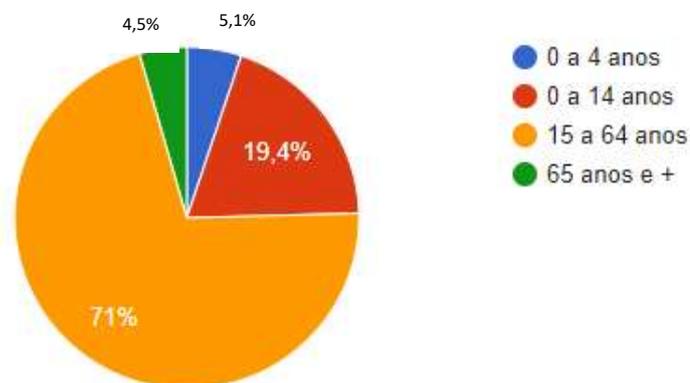
**Figura 6** – Vista Aérea por Satélite do bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.



Fonte: Google Maps (2019).

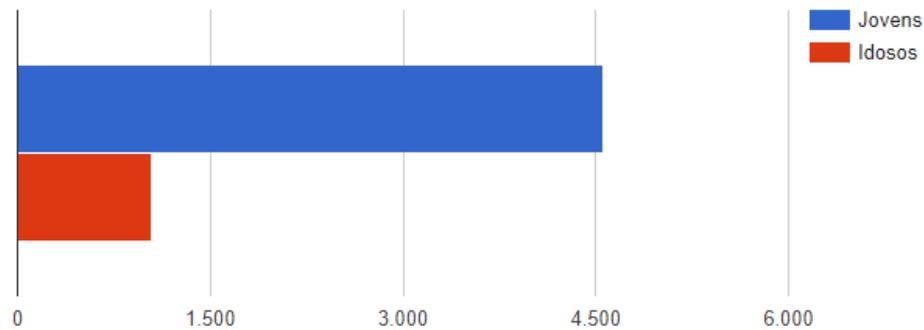
Em relação à população, são cerca de 22.110 habitantes, onde 11.624 são mulheres e 10.586 são homens. De acordo com o Censo de 2010, quando se estratifica a população do bairro, há uma porcentagem de 5,1% para a faixa etária de 0-4 anos, 19,4% para 0-14 anos, 71% para 15 a 64 anos, e 4,5% para 65 anos ou mais (Figura 7). Além desses dados, o Censo ainda traz o dado de que a população é composta por em torno de 20,5% de jovens e 4,7% de idosos (Figura 8) (IBGE,2010). De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2010, o bairro apresenta um baixo IDH, ocupando a 57ª posição com 0,350.

**Figura 7** – Porcentagem do número de habitantes por faixa etária do Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.



Fonte: IBGE (2010). Disponível em [http://populacao.net.br/populacao-edson-queiroz\\_fortaleza\\_ce.html](http://populacao.net.br/populacao-edson-queiroz_fortaleza_ce.html)

**Figura 8** – Número de habitantes por classificação de “Jovens” e “Idosos” do Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.



Fonte: IBGE (2010). Disponível em [http://populacao.net.br/populacao-edson-queiroz\\_fortaleza\\_ce.html](http://populacao.net.br/populacao-edson-queiroz_fortaleza_ce.html)

Atualmente, encontram-se no bairro importantes equipamentos sociais, como o Tribunal de Contas da União no Ceará, o Fórum Clóvis Beviláqua e a Escola Superior da Magistratura do Estado (ESMEC), fato que originou o nome da praça que fica em seus arredores – Praça da Justiça (Figura 9), além do Centro de Eventos, uma agência do Instituto Nacional de Segurança Social (INSS) e um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS-Dendê).

**Figura 9** – Praça da Justiça, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.



Fonte: acervo da pesquisa (2019).

Dentre as escolas existentes podemos destacar a Escola de Ensino Fundamental e Médio Dom Antônio de Almeida Lustosa (Figura 10), a Escola

Municipal Professor Francisco Maurício de Mattos Dourado, e a Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, mantida pela Universidade de Fortaleza (Unifor) e inaugurada em 1982 com o objetivo de oferecer ensino gratuito às crianças das comunidades circunvizinhas.

**Figura 10** – Escola de Ensino Fundamental e Médio Antônio de Almeida Lustosa, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.



Fonte: acervo da pesquisa (2019).

É possível perceber a forte presença das entidades religiosas por meio de seus templos como, Igreja Católica (Capela Mãe Rainha, dentre outras), Igreja Universal do Reino de Deus e outras igrejas neopentecostais, e Salão do Reino das Testemunhas de Jeová.

O bairro dispõe de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), a UAPS Francisco Maurício de Mattos Dourado (Figura 11), gerida pelo sistema municipal de saúde de Fortaleza, que tem como objetivo, segundo consta no Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (BRASIL, 2010), prover ações e serviços de Atenção Primária considerando a longitudinalidade do cuidado, atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural a partir do acesso de primeiro contato no SUS. Contudo, de acordo Sousa (2016),

dos 22.110 moradores do bairro, somente 6.096 recebem a cobertura de acesso e atendimento na UAPS.

Além da UAPS Mattos Dourado, o bairro também conta com outros equipamentos de saúde como o Núcleo de Atenção Médica Integral (NAMI) (Figura 12), estabelecimento de atenção secundária da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), e que beneficia a população do bairro e do município de Fortaleza por ofertar atendimento especializado. E em 2018, foi inaugurada pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA), a Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Yolanda Queiroz (Figura 13).

**Figura 11** – Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Mattos Dourado, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.



Fonte: acervo da pesquisa (2019).

**Figura 12** – Núcleo de Atenção Médica Integral (NAMI), Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE.



Fonte: UNIFOR (2019). Disponível em: <https://www.unifor.br/nami>

**Figura 13** – Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Yolanda Queiroz, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, Ce.



Fonte: Prefeitura Municipal de Fortaleza (2019). Disponível em: [fortaleza.ce.gov.br](http://fortaleza.ce.gov.br)

#### **4.3.2 Comunidade do Dendê**

A Comunidade do Dendê ser é muito lembrada quando se fala do bairro Edson Queiroz, e isso pode estar ligado ao fato de que essa comunidade se constituiu organicamente antes mesmo do próprio bairro, que foi oficializado com esse nome na década de 80, em homenagem ao então empresário Edson Queiroz.

Anteriormente, ele se chamava bairro Água Fria, e apresentava características rurais por ser constituído por fazendas, o que fez com que ele fosse considerado como fora do perímetro urbano em décadas passadas. Porém, a comunidade do Dendê começou a se formar no início dos anos 70, com a chegada de seus primeiros moradores – vindos do interior do Estado ou de outras áreas da cidade de Fortaleza. Ou seja, a comunidade é anterior ao próprio bairro.

De acordo com Oliven (2010), ocorreu, no Brasil, a partir dos anos 64, uma rápida acumulação capitalista industrial, tornando as cidades centros dinâmicos de produção, como símbolo ideológico de desenvolvimento. O regime que começou em 1964 levou essa acumulação capitalista industrial a níveis mais elevados em associação com o capital estrangeiro. As cidades, portanto, tornaram-se crescentemente mais importantes como centros dinâmicos da produção, e como símbolos ideológicos de desenvolvimento, propiciaram o processo migratório do meio rural para o urbano.

Miranda e Gomes Junior (2017) também comentam sobre esse período, e retratam a situação do crescimento populacional no Brasil, que no auge do desenvolvimentismo, de 1950 a 1980 (apogeu neoliberalista), houve um aumento da população em grandes centros urbanos, ocasionando arranjos urbanos intermediários devido ao deslocamento espacial, no sentido rural-urbano, gerando espaços desordenados e sem muita atuação do poder público.

Assim, tal efeito também ocorreu na cidade de Fortaleza, Ceará. Bento (2011), relata que a partir da década de 1970 houve uma expansão urbana na cidade, consolidando Fortaleza como capital e principal centro urbano cearense, mediante crescimento demográfico e econômico. Assim, a racionalização dos padrões urbanísticos passou a ser exposta a partir da elaboração dos planos de remodelação do espaço urbano, em que após 5 anos foi possível perceber uma segregação espacial entre a sede municipal e seus subúrbios, representando uma divisão indicativa de centro e periferia.

De acordo com fontes jornalísticas (DIÁRIO DO NORDESTE, 2005), nesse mesmo período, anos 70, época em que a comunidade do Dendê dava seus primeiros passos para a organização comunitária, o empresário Edson Queiroz iniciava na região, mais precisamente nas proximidades da Comunidade, a construção da Universidade de Fortaleza (Unifor) (Figura 14). Desse modo, podemos dizer que a Unifor foi a primeira instituição de importância social instalada

no bairro, o que tornou a região mais conhecida e fez com que outros estabelecimentos importantes convergissem para lá, como o antigo Centro de Convenções, o Fórum Clóvis Beviláqua, já citado anteriormente, o Shopping Iguatemi, dentre outros.

**Figura 14** – Campus da Universidade de Fortaleza (Unifor) em 1971 (ano de sua criação)



Fonte: Fortaleza em Foco (2010). Disponível em <http://www.fortalezaemfotos.com.br/2010/09/bairro-edson-queiroz.html>

Porém, esses empreendimentos não foram suficientes para melhorar o padrão de vida de todos os moradores do bairro, onde é claramente percebido que há uma área nobre, e outra que apresenta vulnerabilidades sociais, como é o caso da Comunidade do Dendê. De acordo com Moura *et al.* (2010), a comunidade do Dendê trata-se de uma área estabelecida no bairro Edson Queiroz, limitada ao Norte pela região de mangue do rio Cocó (lat.3°46'0,58", long.38°26'21,71"), ao Sul pela área da Fazenda Colosso (lat.3°46'38,38", long.38°28'31,5"), ao Leste pela Cidade Ecológica (lat.3° 46'20,94", long.38° 28'14,12") e ao Oeste pela Avenida Hill Moraes (lat.3°48'31", long.38° 28'38,98") (MOURA *et al.*, 2010).

Dessa maneira, para os autores, a Comunidade do Dendê estaria situada na área central do bairro, fato que pressiona o aumento populacional no local, por conta das facilidades de emprego, apresentando maior aglomeração de domicílios no bairro Edson Queiroz. Para Moura *et al.* (2010), o Dendê apresenta a forma de um paralelogramo (figura 15), por tratar-se de um assentamento subnormal.

**Figura 15** – Imagem aérea da comunidade do Dendê.



Fonte: Dende Project (2012). Disponível em: <http://brzilla.blogspot.com.br/2012/10/dende-project-will-benefit-about-5000.html>. Acesso em 21 de abril de 2018.

Segundo Bento (2011), a cidade de Fortaleza apresentava na década de 70 um programa que consistia na remoção dos residentes de núcleos favelados para a construção de obras públicas tais como abertura de vias e edificação de equipamentos urbanos. Contudo, o mesmo autor ainda coloca que a expansão periférica de Fortaleza se deu para além do planejamento estatal da época, que consistia em um “Programa de Desfavelamento de áreas” por meio da então Fundação de Serviço Social de Fortaleza (FSSF).

Esse deslocamento para áreas periféricas se deu também pela dificuldade em obter terrenos a preços baixos nas proximidades do centro, o que criou uma periferia desordenada, com predominância de autoconstruções residenciais, o que nos indica que o “Programa de Desfavelamento” talvez tenha empurrado as “favelas” para seu entorno, e não contribuído para desfazê-las.

Tal fato histórico nos faz lembrar das palavras de David Harvey em seu livro *Cidades Rebeldes*:

O direito à cidade é fruto de uma ambição coletiva, com raiz na seara dos direitos humanos, e que visa se sobrepor à lógica liberal - ou neoliberal - em que predominam o direito de propriedade privada, puro e simples, e a taxa de lucros acima dos direitos essenciais para a vida da própria sociedade (HARVEY, 2014, p. 27).

Para Harvey (2014), reivindicar o direito à cidade equivale a reivindicar alguma espécie de poder que se configure sobre os processos de urbanização,

sobre a forma como nossas cidades são feitas e refeitas, e implica fazê-lo de maneira radical e fundamental.

Assim, é com as lentes da visão de mundo (ou de cidade) de Harvey que procuramos compreender o local da pesquisa. Foram, e são, tantos atravessamentos na construção da Comunidade do Dendê que há, inclusive, contestações sobre a qual área ela, de fato, corresponde. Informações obtidas com informantes-chave revelaram que alguns dos primeiros moradores do território se fixaram em uma área mais interior do bairro, próxima de onde hoje se localiza a Capela de São José, a mais antiga da região, formando a chamada (primeira) “Comunidade do Dendê” (Figura 16), e que somente anos depois o espaço identificado com a forma de um paralelogramo apresentado anteriormente foi se estabelecendo.

**Figura 16** – Imagem aérea da comunidade do Dendê (primeira comunidade do Dendê).



Fonte: Google Maps (2019).

De acordo com o Blog intitulado “Bairro Edson Queiroz”, de autoria de populares, é possível compreender um pouco mais acerca desse impasse sobre qual área é, de fato, a comunidade do Dendê. O idealizador do Blog, em um post publicado em 2012, citou que a comunidade está localizada entre a Avenida Hill Morais, também identificada por Moura *et al.* (2010), até as proximidades da Capela de São José, abarcando assim toda a área territorial corresponde a “primeira comunidade do Dendê” e a área do paralelogramo.

Contudo, acreditamos que haja razões especiais para que Moura *et al.* (2010) tenham dado ênfase ao “paralelogramo”. Se formos considerar o processo social e

histórico de ocupação desse território, a comunidade do Dendê, ou melhor, a ocupação do lugar, surgiu, ao longo do tempo, a partir de diversas formas de organização social: terrenos comprados, assentamentos e invasões. O paralelogramo representa a visão aérea de um espaço que cresce de forma abrupta e desordenada, o que poderia explicar a rápida expansão do bairro associada à lenta ação do estado. Assim, ao considerarmos a história oral, entendemos que há diversos *lôcus* formados na área conhecida como Dendê (Figura 17).

**Figura 17** – Imagem aérea das diversas localizações da Comunidade do Dendê.



Fonte: Google Maps (2019).

Além da(s) área(s) denominada(s) de comunidade do Dendê, existiu a área chamada de “Sem Terra”, iniciada em 1999, por um grupo de sem tetos, que inicialmente foi batizada de "Sem Terra", e depois de Comunidade Chico Mendes (figura 18).

**Figura 18** – Comunidade Chico Mendes "Sem Terra I" no ano de 1998/99



Fonte: ARAÚJO (1999)

Também existiram a área “Sem Terra II”, a área da Rocinha e a área da Baixada (figura 19), localizada na área das proximidades do mangue, e que atualmente passa por um período de deslocamento de seus moradores devido ao risco físico-ambiental que o local oferece. A área da Baixada localiza-se na região norte da comunidade é banhada pelo mangue do Rio Cocó, apresentando áreas alagadiças.

**Figura 19** – Área da Baixada (antiga Baixada).



Fonte: acervo da pesquisa (2018).

Em 2018, foi inaugurado pelo Governo do Estado do Ceará, por meio da Secretaria das Cidades, do programa Pró-Moradia, através do Ministério das Cidades, e em parceria com a Caixa Econômica Federal, a primeira etapa do Residencial Dona Yolanda Vidal Queiroz, com 528 unidades habitacionais destinadas para os moradores da área de risco do mangue do Rio Cocó (Baixada e Sem-Terra II). A segunda etapa desse projeto habitacional foi entregue em julho de 2019 para outros moradores da comunidade do Dendê que serão afetados pelas obras de Urbanização – iniciada pela esfera estadual e do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-1).

Segundo Eufrásio *et al.* (2016), os primeiros moradores do Dendê chegaram ao local na década de 70, e vieram removidos das favelas Verdes Mares, Dom Luiz, Cervejaria Brahma, Cidade 2000, Hospital Geral de Fortaleza e Praia do Meireles. Depois de sete anos, um grupo de religiosas da Igreja Católica iniciou vários trabalhos de catequese e luta pelos direitos da comunidade. O trabalho das religiosas, por volta de 1981, inspirou os moradores a montar a Associação dos Moradores da Comunidade do Dendê (AMCD), com o objetivo de buscar melhorias

nas condições de vida: saúde, educação, moradia, água, energia, transporte, esporte, lazer e etc. (EUFRÁSIO *et al.*, 2016).

Dessa forma, ao analisarmos o território com lentes que nos aproximam da microdinâmica da organização social, percebemos que a Comunidade do Dendê é, na verdade, um território simbólico, constituído de grupos de pessoas, vindos de muitos lugares, que construíram em uma área de deslocados, um lugar que por muitos anos foi compartilhado de forma comunitária.

Porém, dado ao crescimento desordenado, com aglomeração de moradias (Figura 20), e deficiência no saneamento básico, na coleta dos resíduos sólidos, a falta de atividades para adolescentes e jovens, aliado a um enfraquecimento da Associação de Moradores, a comunidade do Dendê adquire determinados riscos que implicam na saúde das pessoas.

**Figura 20** – Áreas com deficiência no saneamento básico e coleta de resíduos sólidos



Fonte: acervo da pesquisa (2019)

Ao caminhar pelo território que corresponde à Comunidade do Dendê é possível visualizar esse “desordenamento” na construção das moradias, onde muitas ruas são classificadas como travessas, e algumas não tem saída (Figura 21). A maioria encontra-se com iluminação inadequada, sem rede de esgoto e deficiência na coleta dos resíduos sólidos urbanos.

**Figura 21** – Áreas representativas de moradias aglomeradas



Fonte: acervo da pesquisa (2019)

Atualmente, uma marca do território é o domínio de diferentes grupos organizados que disputam a Comunidade, demarcando os espaços por meio do registro de suas siglas nas paredes dos imóveis (Figura 22), contribuindo para reforçar que as pessoas que ali moram estão inseridas em um contexto de violência e/ou vulnerabilidade social (MOURA *et al.* 2010; BENTO, 2011; SOUSA, 2016).

**Figura 22** – Marcação territorial feita por grupos organizados



Fonte: acervo da pesquisa (2018)

De acordo com Sousa *et al.* (2017), a comunidade do Dendê apresenta problemas referentes às necessidades básicas de saúde, em que a solução de muitos desses problemas estão fora da governabilidade dos moradores, resultando em um contexto de disparidades sociais, e de saúde. Daí a importância de serem efetivadas ações que garantam a equidade, reduzindo ou eliminando as diferenças evitáveis, promovendo, com isso, a saúde. Os autores ainda pontuam que mesmo apresentando esse quadro social, a comunidade apresenta uma forte articulação interna na busca do bem-estar social e da resolução dos problemas.

Dessa forma, podemos considerar que a formação de grupos comunitários que se unem para lutar por melhorias das condições de vida dos moradores é outra forte característica dessa comunidade. Além da AMCD já citada, ainda existem em torno de oito outras associações, como a Associação de Mulheres Dendê Sol (Figura 23), e o Centro Comunitário de Defesa Social Celina Queiroz (Figura 24). Essas associações realizam atividades voltadas para as diversas faixas etárias – crianças, jovens, mulheres e idosos, e oferecem desde curso de confecção de artesanatos, fabricação de vassouras feitas com material reciclável, empréstimos de livros infantis, a realização de festas comemorativas (como a Dia das Crianças, Dia Internacional da Mulher, dentre outras).

**Figura 23** – Sede da Associação de Mulheres Dendê Sol



Fonte: TV Verdes Mares (2012).

**Figura 24** – Sede do Centro Comunitário de Defesa Social Celina Queiroz



Fonte: acervo da pesquisa (2018).

Durante o trabalho de campo foi possível ouvir relatos de que alguns moradores articulavam estratégias – provindas de um esforço individual ou de pequenos grupos – para coletar os resíduos sólidos e descartá-los nas ruas onde há a passagem mais efetiva do carro-coletor. Contudo, e sem dúvidas, a ação mais efetiva nesse campo foi a do recém-formado Dendê de Luta, um grupo de jovens que, com a parceira estabelecida com a EcoFort, conseguiu transformar a realidade de um terreno utilizado para o descarte de resíduos em um espaço recreativo – a quadra do Chico Coco (figura 25).

**Figura 25** – Quadra do Chico Coco



Fonte: acervo da pesquisa (2019).

O Dendê de Luta não se autodenomina uma associação. Prefere identificar-se como um coletivo, composto em sua maioria por jovens, que busca fortalecer o trabalho comunitário, promovendo espaços de discussão, empoderamento e atividade recreativa nos ambientes públicos existentes na comunidade como a Praça da Juventude (Figura 26). Outra história escutada durante o trabalho de campo foi a de que houve uma época em que um grupo de pessoas que moravam nas proximidades da praça da Juventude pretendia instalar um portão em uma das ruas de acesso à praça, fato que impediria outros moradores do bairro a utilizar como lazer. Porém, essa ideia não foi levada adiante.

**Figura 26** – Praça da Juventude, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza, CE



Fonte: Secretaria de Cultura do Estado do Ceará (2017). Disponível em:  
<https://mapacultural.secult.ce.gov.br/espaco/289/>

Assim, esse é o *lócus* de realização da pesquisa, uma comunidade fincada no bairro Edson Queiroz, cujo território está cheio de “tensões”, que ora obriga seus moradores a recuar, ora os desafia a se reinventar na busca de uma melhor condição para viver.

#### **4.4 Participantes da pesquisa**

Fizeram parte da amostra 11 pessoas, com idades entre 34 a 91 anos, de ambos os sexos, selecionadas por meio da técnica *snowball* (bola de neve), que será descrita no tópico seguinte. Porém, cabe ressaltar que, por meio dessa técnica, os primeiros entrevistados sugeriram os novos, formando uma rede de indicações, e que a primeira pessoa a ser entrevistada, de acordo com Vinuto (2014), chama-se “semente” – interpretada por nós como aquela que faz germinar as flores e/ou frutos, ou tecnicamente falando, aquela que possibilita a obtenção das informações necessárias para a análise. Por ser a “semente” peça fundamental na dimensão “participantes da pesquisa”, falaremos sobre ela, e possivelmente adiantaremos passos das técnicas de obtenção de informações, uma vez que, na realidade, tudo está conectado.

*A priori*, pensávamos que a semente dessa pesquisa pudesse ser uma mulher identificada pelo estudo de Souza (2016) em seu trabalho dissertativo realizado na comunidade do Dendê. Assim pensávamos, porque se tratava de uma pessoa que desenvolve um trabalho social com a finalidade de “livrar” crianças e adolescentes da comunidade do contato e uso de drogas. De acordo com Sousa (2016), essa mulher realiza coleta e cataloga livros, guardando-os em uma geladeira velha, com o fim de empréstimo para a comunidade, especialmente o público infanto-juvenil. Esse

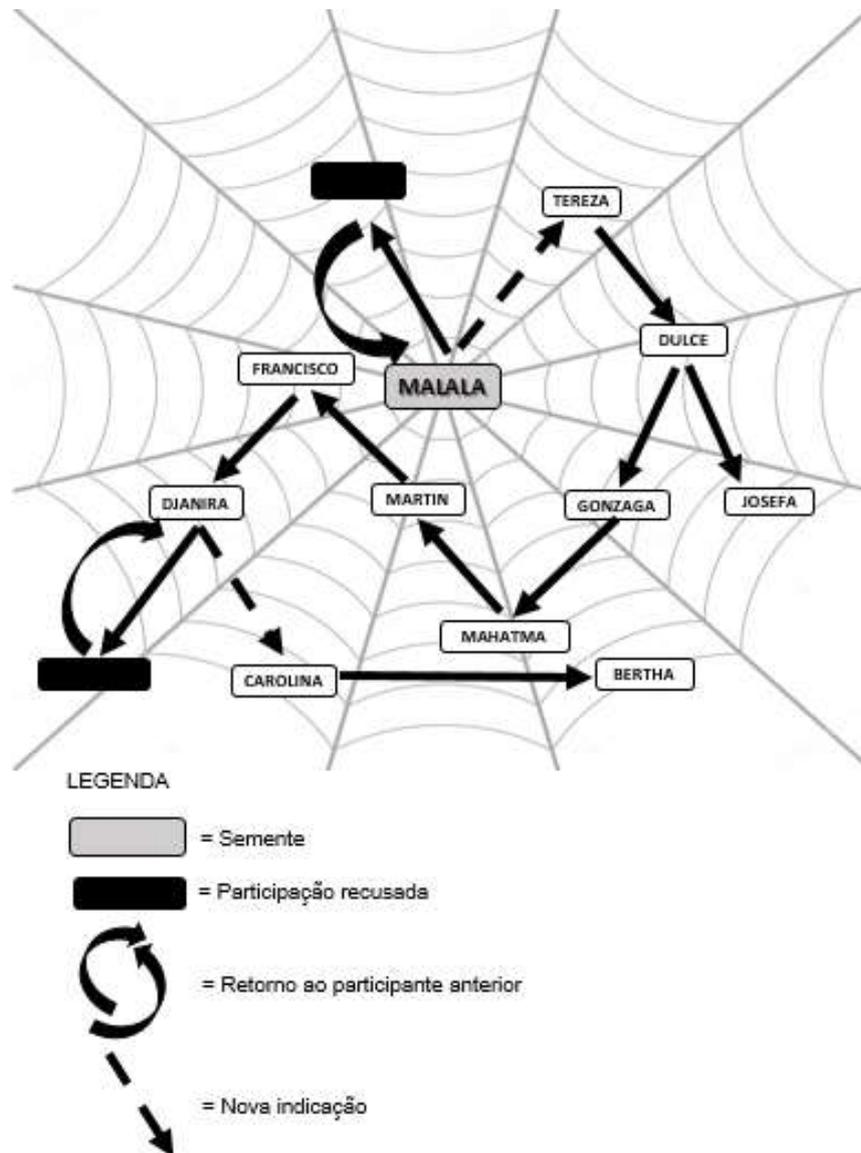
projeto social ficou conhecido na comunidade como “geloteca”. Diante disso, essa mulher encaixava-se na nossa proposta de pesquisa.

Porém, no período em que iniciamos o trabalho de campo, conhecemos Malala. Malala é psicóloga, e foi indicada por uma colega, professora de Psicologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), para conversar comigo, e o motivo da indicação foi o fato de ela ser moradora do Dendê desde que nasceu, e ter o sonho de ver sua comunidade em uma situação melhor.

Por meio de sua colaboração, fomos conhecendo pessoas e grupos de pessoas que buscavam transformar a realidade na comunidade do Dendê, e isso nos permitiu participar de eventos realizados nos feriados, em datas comemorativas, fins de semana, rodas de debate e reuniões comunitárias. Em uma primeira apreciação, Malala apresentava as características ideais que procurávamos nos participantes da pesquisa: conhecia e vivia (ou viveu por muito tempo) na comunidade, se sentia implicada na resolução das vulnerabilidades existentes (ou preocupava-se em compreender a origem das mesmas para poder saná-las), e apresenta uma potência, no sentido nietzschiano, de “poder se efetivar”, ou seja, de criar meios para se manter forte e mudar a sua realidade e a de quem vive ao seu entorno. Essas características foram evidenciadas de maneira tão intensa que decidimos que Malala seria nossa “semente” e não por menos demos a ela esse nome fictício – em alusão a Malala Yousafzai.

Dessa maneira, além dela, fizeram parte da pesquisa, como entrevistados, outras 10 pessoas, inclusive a “mulher da geloteca” citada por Sousa, que foi indicada no decorrer das entrevistas. Esse grupo compôs o que chamamos de “teia participativa” (Figura 27), conjunto de participantes indicados uns pelos outros e que ao final podemos verificar que apresentavam características comuns e relevantes para a pesquisa: a maioria deles mora na comunidade há mais de 28 anos (salvo um participante), na grande maioria nunca pensaram em morar em outro lugar e estão envolvidos no desenvolvimento de ações sociais e de luta por melhoria da qualidade de vida dos que vivem no Dendê. Atribuímos nomes fictícios aos participantes.

Figura 27 – Teia Participativa



Fonte: elaborado pela autora.

Dos 11 entrevistados, 04 possuem ensino superior, 06 possuem ensino médio, e desse total 02 concluíram curso técnico (técnico em finanças e técnico em contabilidade), e 01 não estudou. Em relação à religião ou espiritualidade, 07 são católicos, 02 evangélicos, e 02 não se definem pertencentes a nenhuma religião, porém, acreditam em Deus, e desses, 01 simpatiza com o espiritismo. Em relação à ocupação, 03 são aposentados, e os demais apresentam afazeres em áreas diversas como: participante de projeto ligado a prefeitura municipal de Fortaleza, porteiro, professor, radialista, do lar, agente comunitário de saúde (ACS), comerciante e trabalhadores na área comercial.

Quando indagados em relação ao lazer, mais da metade deles colocou o próprio trabalho comunitário como lazer, no qual relataram que sentem prazer em realizar as lutas coletivas junto com as pessoas, ensinar capoeira para as crianças e adolescentes, ajudar as mulheres a aprender a fazer artesanatos, realizar a comunicação comunitária, desenvolver atividades dançantes com pessoas da comunidade, e participar dos eventos da associação em que fazem parte. Os demais citaram como lazer estar com a família, tomar banho de mar, ouvir música, participar de corridas esportivas e beneficentes, e viajar.

#### **4.5 Técnicas e Instrumentos de coleta de informações**

Propusemo-nos a fazer uma imersão no campo, a partir dos olhares de moradores, antes de entrevistarmos a semente. Afinal, uma preocupação nossa era manter forte a aproximação com o local de estudo, e queríamos que a semente fosse escolhida de forma segura, a fim de permitir que uma autêntica teia de participantes fosse formada, representando, de fato, o território de análise.

Nesse processo, o olhar etnográfico de Márcio Goldman nos influenciou. Goldman é professor adjunto do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional – UFRJ, e nos coloca o desafio, a partir da experiência que ele obteve em um trabalho etnográfico no estado da Bahia (GOLDMAN, 2003), que devemos manter um certo equilíbrio entre o que já nos está dado (ensinamento pronto) por alguém e aquilo que iremos encontrar no campo empírico (“terreno vivo”). O autor insinua que todo trabalho de campo deve também, pacientemente, “catar folhas” – sinais e evidências que só a vivência empírica nos dará.

Portanto, o passo inicial deu-se por meio de conversas livres com amigos, discentes e colegas de trabalho que já haviam pesquisado sobre o local de estudo, ou viviam nele. Essa aproximação nos permitiu conhecer pessoas que mais tarde virariam Informantes-Chave, e nos ajudariam a realizar caminhadas pela Comunidade, participar de ações sociais e festividades realizadas pela própria comunidade.

Desse modo, a coleta de informações deu-se a partir de duas frentes de trabalho empírico: (1) a participação em reunião, rodas de debate e eventos organizados pela própria comunidade, onde era possível observar a dinâmica utilizada pelas lideranças e/ou grupos comunitários, conversar com moradores, e

compreender a forma de organização social existente no território do Dendê; (2) as entrevistas propriamente ditas, realizadas, na maioria das vezes, nos domicílios dos participantes, que resultou na conversação com 11 pessoas, gerando um material transcrito de 138 páginas para análise.

#### **4.5.1 Fase Empírica no território da pesquisa**

Essa fase durou de outubro de 2018 a agosto de 2019, com exceção dos meses de dezembro/18 e janeiro/19, pois nesses dois meses a cidade de Fortaleza sofreu vários ataques organizados por facções criminosas atuantes no Estado, obrigando-nos a recuar no trabalho de campo, visto que o território da pesquisa fazia parte dos bairros-alvo dessas organizações.

As pessoas com quem tive contato nessa fase tornaram-se Informantes-chave (IC) muito preciosos para o andamento da pesquisa, pois, sempre que havia alguma atividade agendada, eles nos convidavam a participar, colaborando para a concretude da “fase empírica no território da pesquisa”.

Assim, nossa participação nas atividades organizadas pela comunidade resultou em nove meses de pesquisa de campo, e que só foi possível pela contribuição generosa dos IC, que, em muitas ocasiões, se disponibilizaram a conversar ou caminhar conosco pelo território, colaborando para endossar nossa compreensão do lugar.

São denominados IC pessoas com envolvimento ativo na comunidade ou indivíduos que tenham informações amplas e profundas sobre o sistema ou assunto de interesse do pesquisador (SCHENSUL, 2004).

Atuaram como IC em torno de 12 pessoas. 11 delas moram na comunidade, 02 trabalham nas proximidades, e 01 estuda na Unifor. Dessas 12 pessoas, 06 fazem parte de grupos comunitários ou associações, e 03 são agentes comunitários de saúde. A identificação dos IC deu-se por meio das conversas iniciais com amigos, colegas de trabalho e discentes da Unifor que foram indicando informalmente outras pessoas que apresentavam relação com o território.

Podemos citar como principais atividades participadas: as festividades do dia da criança; ato em favor da democracia; primeira parada da diversidade do Dendê; II Seminário de Políticas Públicas para a comunidade do Dendê; audiência pública

pela reforma do CIP Dendê; oficina de biscoito para mulheres; rodas de conversa, dentre outras.

Em relação à participação nesses momentos organizados pela própria comunidade, a observação, e o diário de campo, foram técnicas e instrumentos que colaboraram de forma muito positiva para a posterior interpretação. Em alguns momentos, utilizamos a gravação como recurso técnico, por meio de um gravador Sony ICD-PX312. Para Minayo (2012), o observador, face a face com o observado, faz parte do contexto em observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto. A autora ainda coloca que a melhor forma para registrar as observações é o instrumento chamado de “diário de campo”.

A técnica de observação empregada nessa pesquisa foi do tipo observação assistemática, ou não estruturada, que de acordo com Marconi e Lakatos (2016), trata-se de uma observação mais informal, que objetiva recolher e registrar os fatos da realidade sem que o pesquisador utilize meios técnicos especiais ou precise de um roteiro específico para a observação.

#### **4.5.2 Fase das entrevistas da pesquisa**

A técnica empregada para identificação das pessoas que foram entrevistadas foi a *snowball*, também conhecida como “bola de neve”. De acordo com Vinuto (2014), essa técnica trata-se de:

(...) uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência. Ou seja, a partir desse tipo específico de amostragem não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas torna-se útil para estudar determinados grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014, p. 203).

Para Vinuto (2014), o desempenho dessa técnica se ergue a partir do contato do pesquisador com documentos e/ou informantes-chaves, nomeados como *sementes*. A finalidade é que “as sementes” ajudem a localizar algumas pessoas com o perfil necessário para a pesquisa, dentro de uma população geral. Dessa maneira, as sementes, ou melhor, a semente, nos auxiliou a iniciar a fase de entrevistas. Ainda segundo o autor supracitado, deve-se, em seguida, solicitar que as pessoas indicadas pelas sementes indiquem novas pessoas com as mesmas características comuns, a partir de sua própria rede pessoal, e assim

consecutivamente. A pergunta norteadora que utilizamos para desencadear essa rede de indicações foi: *“Você me indicaria mais alguém que realiza (ou já realizou) atividades comunitárias aqui no bairro?”*.

De acordo Bernard (2005), a técnica de bola de neve é útil para analisar certos grupos que podem ser difíceis de ser encontrados ou nos quais não há exatidão sobre sua quantidade. O mesmo autor ainda comenta que o problema está mais presente quando se averigua grupos com poucos membros e que estão espalhados em uma grande área; ou são estigmatizados.

No caso de nossa pesquisa, os participantes moram em uma comunidade que vem apresentando um aumento populacional considerável, e situa-se em um território de “acesso restrito” devido à regulação territorial por parte de grupos e organizações que disputam o espaço territorial, o que nos impôs determinados cuidados para entrar na comunidade. Outra questão que nos moveu a utilizar essa técnica foi o fato de que, a priori, não se tinha ideia da quantidade de pessoas que se encaixariam no perfil pretendido.

Dessa maneira, a amostragem realizada por bola de neve caracteriza-se como um processo constante de coleta de informações, que procura percorrer as redes sociais dos entrevistados identificados, ficando finalizado o processo a partir do critério de ponto de saturação (VINUTO, 2014).

Outro aspecto importante que foi preciso ter consciência foi que o quadro de amostragem pode tornar-se saturado quando não há indicação de novos nomes, ou quando os novos nomes não trazem novas informações ao que se pretende analisar. Contudo, há ainda o fato de que as novas pessoas indicadas podem não necessariamente aceitar fazer parte da pesquisa, o que prejudica o aumento da rede de contatos para a pesquisa (VINUTO, 2014).

Vinuto (2014) alerta ainda sobre a “conclusão”, que para se definir o ponto de saturação, deve-se permanecer vigilante às sutilezas do campo empírico, haja vista que o pesquisador tem dificuldades, em alguns casos, para compreender as informações novas narradas pelos participantes, e assim conclui a pesquisa mais cedo do que poderia.

Na nossa pesquisa, tivemos recusas, porém, o artifício utilizado foi o retorno ao entrevistado anterior para uma nova indicação. A conclusão das entrevistas deu-se quando não houve indicação de novos nomes.

E por último, ainda sobre *snowball*, cabe registrar que a técnica de bola de neve é especialmente utilizada para fins exploratórios, habitualmente a partir de três objetivos: desejo de compreender melhor acerca de um tema, testar a viabilidade de realização de um estudo mais amplo, e desenvolver os métodos a serem aplicados em todos os estudos ou fases subsequentes (VINUTO, 2014).

Cabe ressaltar que essa pesquisa pretendeu explorar a face salutogênica de pessoas que, apesar de viverem em um território vulnerabilizado, conseguem manter acesa a chama do bem-estar individual, e coletivo.

Desse modo, assim como os primeiros estudos de Antonovsky, que se ancoraram em metodologias qualitativas, por meio de estudos empíricos (FERREIRA, 2007), a nossa pesquisa procurou se debruçar na compreensão dos recursos generalizados de resistências (RGR) das pessoas que conseguem manter um forte Sentido Interno de Coerência, ou seja, um SIC elevado, diante de situações desfavoráveis de vida.

Cabe ressaltar que não fez parte da proposta de nossa pesquisa aplicar o QVO. O que se pretendeu foi analisar o que torna as pessoas mais próximas do polo saudável verificando os conceitos estruturantes do SIC – compreensão, manejo e significado – a partir de suas experiências específicas de vida.

Portanto, o principal instrumento empregado para o alcance dos objetivos propostos foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), cuja primeira parte é composta por pontos referentes a uma breve caracterização dos participantes, e a segunda parte constituída de pontos que permitiram a compreensão dos RGR e sua relação com o SIC (ANTONOVSKY, 1987) em cada participante indicado para compor a “teia participativa”. Desse modo, as perguntas emergiram em torno da compreensão que os participantes apresentavam de si, do território e dos eventos de suas vidas, além de conhecer quais formas de manuseabilidade possuem para a superação de seus problemas, e qual o significado que a vida exprime para eles.

Assim, participaram da fase de entrevistas 11 pessoas, incluindo a semente, e essa fase durou de fevereiro a agosto de 2019. Para garantir a privacidade dos entrevistados, utilizamos nomes fictícios.

Vale lembrar que à medida em que as entrevistas ocorriam, percebemos a conexão que um entrevistado tinha com os demais. E essa ligação não estava associada somente à sua indicação, mas ao fato de que eles apresentavam características semelhantes em diversos aspectos, principalmente em relação ao

exercício da alteridade, considerando-se, assim, uma teia, pela conexão existente entre os participantes. Por isso denominamos simbolicamente o produto final das entrevistas de “teia participativa”, tendo em vista que uns foram indicando os outros por meio de uma tessitura analítica própria sobre a importância do outro na comunidade, ressaltando as potencialidades de cada um para o coletivo – formando, ao final, uma grande teia relacional e de potência comunitária.

É importante ressaltar que os RGR da teoria antonovskiana também destacam a potencialidade de cada um em determinadas experiências específicas de sua vida ou de sua trajetória de vida. As entrevistas foram registradas em gravador de voz da marca Sony ICD-PX312, após a permissão dos participantes.

O momento de realização da entrevista também possibilitou realizar observação acerca da realidade dos participantes. Marconi e Lakatos (2016) situam a observação como o ponto de partida da investigação social, ajudando o pesquisador a identificar e a obter evidências a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que guiam seu comportamento. Os fatos observados também foram registrados em diário de campo.

#### ***4.5.3 Passos percorridos pela pesquisa***

Para que se compreenda melhor o percurso feito pela pesquisa, segue abaixo os passos percorridos:

1º Passo: Conversas informais com pessoas que apresentavam algum tipo de envolvimento com o território a ser estudado;

2º Passo: Aproximação com o campo empírico – participação em atividades desenvolvidas pelos próprios moradores e caminhadas pelo território (Fase Empírica no território da pesquisa). Esse passo foi desenvolvido juntamente com o terceiro e quarto passo;

3º Passo: Definição da “semente” e agendamento da primeira entrevista;

4º Passo: Fase das entrevistas.

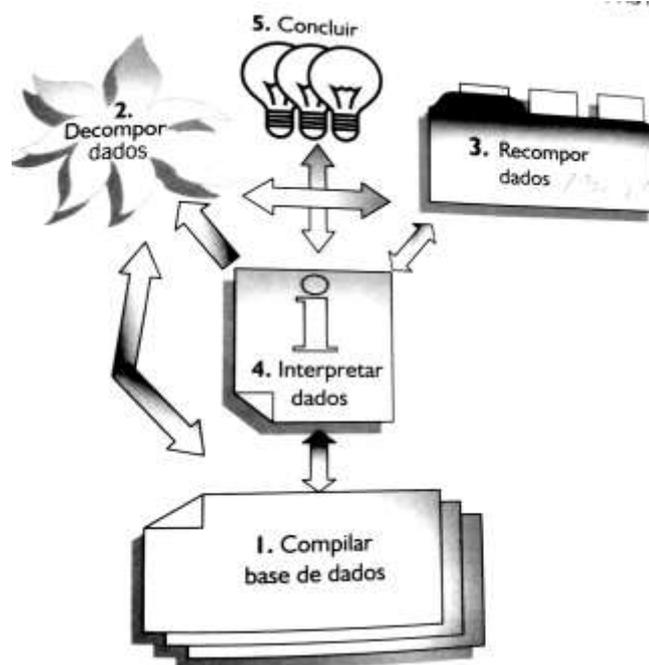
## 4.6 Análise e interpretação das informações do campo empírico

O material de análise foi constituído das observações anotadas no diário de campo, composto por 29 páginas, e das entrevistas contidas em 138 páginas transcritas na íntegra.

Segundo Gomes (2012), o papel da análise é ir além do que está descrito nas transcrições, tratando-se de uma decomposição das informações e ao mesmo tempo buscando as relações existentes entre as partes decompostas. Já a interpretação é realizada após a análise, buscando os sentidos presentes nas falas com a finalidade de se compreender melhor o que se deseja.

Dessa maneira, o conteúdo do material discursivo foi analisado de acordo com o ciclo proposto por Robert K. Yin que estabelece 5 fases (Figura 28) que muitas vezes se retroalimentam: (1) Compilação, (2) Decomposição, (3) Recomposição, (4) Interpretação, e (5) Conclusão.

**Figura 28 – Ciclo de Análise de Yin**



Fonte: Yin (2016, p. 159).

Para Yin (2016), a análise é diferente da descrição, que se releva como a “opinião dos participantes”, enquanto que a análise vai além do que está descrito. Ela procura decompor o que está dito e estabelecer uma relação entre as partes

decompostas. Depois dessa relação estabelecida, é hora de buscar sentido para as falas e ações observadas a fim de se chegar em uma compreensão ou explicação.

De acordo com o mesmo autor, a fase de compilação (primeira fase) corresponde a uma espécie de “base de dados”, em que colocamos todo o material em ordem, organizando para depois realizar a fase de decomposição (segunda fase), significando decompor os dados compilados em fragmentos ou elementos menores, podendo ou não criar códigos para esses fragmentos, e em seguida, realizar a terceira fase – a recomposição – momentos em que o(a) pesquisador(a) desenvolve um novo arranjo por meio das recomposições feitas (YIN, 2016).

Assim, podemos dizer que a compilação de nossos dados culminou na transcrição das entrevistas, registro da participação nos encontros e atividades no território da pesquisa e observação do campo empírico, em que, em seguida, decomparamos seus “fragmentados” sob orientação não de códigos específicos, mas de conceitos centrais na teoria salutogênica, que fundamenta esse estudo. Foram eles: compreensão, manejo e significado da vida. Em seguida, reagrupamos (recompondo) as falas que mantinham o sentido em relação aos elementos salutogênicos.

Sobre as duas últimas fases de Yin, interpretação (quarta fase) e conclusão (quinta fase), o autor relewa que a fase da interpretação deve fazer uso do material reorganizado, decomposto e recomposto, para criar uma nova narrativa. E que é na fase de conclusão que as relacionamos com a interpretação realizada, e que por meio dela, a todas as outras fases (YIN, 2016).

Em relação à fase de interpretação e conclusão é, sem sombra de dúvidas, a Teoria da Salutogênese de Aaron Antonovsky e seus axiomas que nos dá ares para fazê-las. Logo, essa forma sistemática proposta por Robert Yin, alinhada aos conceitos centrais da teoria antonovskiana é a base sólida para a organização e interpretação dos resultados obtidos e do surgimento de cinco categorias interpretativas: (1) Teia Participativa, (2) Compreensão da relação interpessoal e comunitária, (3) Manejo das forças propulsoras para a superação, (4) O Sentido de Vida, e por último, (5) Contribuições de Antonovsky para a Promoção da Saúde.

#### **4.7 Aspectos éticos da pesquisa**

Esse estudo respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 (BRASIL, 2012) do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa que envolve seres humanos. Os participantes da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, momento em que explicamos minuciosamente a natureza do estudo, seus objetivos, métodos, possíveis riscos e benefícios, bem como explicamos a participação voluntária e o direito de retirar-se da pesquisa no momento em que desejassem, sendo garantida a confidencialidade e sigilo.

Cabe ressaltar que os riscos que envolveram essa pesquisa são considerados mínimos, em virtude de se tratar de uma pesquisa que utilizou a entrevista como principal técnica de coleta, em que foi clarificado que no caso da ocorrência de alguma necessidade sentida por parte dos participantes, a pesquisadora estava disponível para ajuda-los. Quanto aos benefícios, consideramos que a compreensão sobre as formas de ser e estar no território possam ampliar o empoderamento comunitária e as ações de saúde coletiva.

Após a aceitação, explicamos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e o Pós-informado (APÊNDICE C), e em seguida fizemos a leitura do mesmo para cada participante e solicitamos a assinatura em duas vias, ficando uma conosco, e a outra com eles.

Essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza (Unifor) para apreciação, e foi aprovada sob o Parecer Consubstanciado de número 2.916.564 (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

### 5.1 Teia Participativa

Antes de abordar as categorias de análise da pesquisa, pretendemos aqui apresentar uma síntese da história de vida das pessoas entrevistadas – componente da teia participativa – visando dar maior visibilidade a esses sujeitos que propiciaram um rico material analítico para a compreensão do território, dos Recursos Generalizados de Resistência (RGR) e do Sentido Interno de Coerência (SIC) de Antonovsky. Optamos por uma narrativa que exponha de forma sucinta suas trajetórias de vida, trazendo à tona, em alguns momentos, a descrição que foi possível apreender desse encontro entre pesquisadora e território/participantes pesquisados. Aos participantes, atribuímos nomes fictícios de pessoas/personalidades que apresentavam certas características ou histórias de vida semelhantes, ligadas ao campo do aprendizado, ideais, fé, superação, força de vontade e resiliência.

#### 5.1.1 *Malala: a semente*

(...) eu sou uma pessoa que gosto muito de deixar as coisas na melhor forma possível, de ter uma consciência em relação a ética, em relação à crítica das coisas. (...) eu tinha vontade de fazer um projeto, sabe, para as crianças, que depois da escola ficam tudo no meio da rua, e alguns prédios aqui tudo fechado, como a antiga creche. Isso é como se fosse um espinho no meu pé, não dá para passar por isso e fingir que nunca existiu, isso me afeta demais. Se a gente tivesse um espaço de cuidado para essas crianças no contraturno da escola seria um lugar de proteção, promoção de saúde, de relação aos direitos humanos, relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente, ia ser um espaço que dava para gente fazer muita coisa". (MALALA)

Malala tem 34 anos, 2 filhos, mora com eles e uma irmã. É psicóloga, e está concluindo um curso de especialização em “Educação Popular e aprovação de territórios saudáveis em convivência com o semiárido”. A entrevista aconteceu em seu domicílio, uma casa localizada em área elevada da comunidade, perpendicular a uma rua principal que, atualmente, se encontra em obras estruturais. O acesso à sua residência ocorre por meio de uma escada estreita situada na rua em obras. Ao subirmos, foi possível ver um agrupamento de moradias (casas e pequenos sobrados) que se apertaram no espaço, formando uma espécie de vila, com vistas

para o mangue do rio cocó e para o pôr do sol. Malala nasceu e cresceu na comunidade do Dendê. Não tem uma religião definida, mas acredita que o que faz sentido é a doutrina espírita, pois crer na espiritualidade, e na força energética provinda das pessoas. Adora tomar banho de mar, ou lagoa, e faz disso seu principal lazer.

Atualmente é integrante de um grupo chamado “Coletivo Dendê de luta”, que batalha pela reabertura dos prédios abandonados pela última diretoria de uma das associações de moradores – a AMCD, além de promover atividades recreativas para as crianças, e rodas de conversa educativa e de empoderamento político/comunitário para os jovens. O que motivou a aproximação de Malala com esse grupo foi justamente o desejo de transformar sua realidade local. Ela reconhece as vulnerabilidades que o território apresenta, mas, ao mesmo tempo, consegue enxergar as potencialidades, e demonstra um dever ético diante da situação em que vive, procurando ser protagonista da história de sua vida, e de sua comunidade.

E assim como a paquistanesa Malala Yousafzai, que se tornou em uma das ativistas mais influentes da atualidade, por lutar pelo direito das mulheres frequentarem a escola em seu país, um território dominado pelo talibã, a Malala de nossa pesquisa também procura implicar-se, por meio de uma consciência coletiva, naquilo que pode trazer benefícios para os moradores do Dendê, transformando-se em agente de mudança da realidade em que vive.

Cabe ressaltar que antes de realizarmos a entrevista propriamente dita com Malala, tivemos outros encontros com ela, e três deles foram bem importantes. O primeiro foi o dia em que a conhecemos. Ela chegou devagar e atenta no local combinado – um dos bancos espalhados pela UNIFOR. Trazia consigo uma espécie de curiosidade cuidadosa de quem queria compreender a nossa proposta de pesquisa. Por algum tempo nos ouviu, e quando falamos que queríamos ver o Dendê para além das suas vulnerabilidades sociais, foi possível observar um filme passando por sua cabeça, e quando falou, falou com muita lucidez sobre a comunidade, e com a propriedade de quem lá vive. Relatou-nos que compreende que a vulnerabilidade social no Dendê é ‘gritante’ [SIC], mas que não há só isso, e narrou uma cena que viu outro dia na rua de um grupo de adolescentes tocando música, cada um com um instrumento diferente. Falou que para chegar em casa, ela passa por ruas que, quando chovem, alagam, e às vezes não é possível usar o

guarda-chuva aberto porque a rua é bem estreita. Porém, também falou com entusiasmo da vista que tem de sua casa, que de lá é possível ver parte do parque do cocó. Ouvi-la na naquele primeiro encontro foi, paradoxalmente, um ‘alívio inquietante’. Alívio, pois, compreendemos que ela seria uma pessoa que muito poderia ajudar, e inquietante, já que a dimensão que a pesquisa tomaria não estava mais em nossas mãos, mas, no campo empírico.

O segundo encontro com Malala foi quando ela nos convidou para conhecer as festividades do dia das crianças realizadas na Comunidade. Combinamos de nos encontrar no início da noite na UPA do bairro, e seguimos a pé pelas ruas até chegar na praça da Juventude. E apesar das conhecidas dificuldades da Comunidade, ao andarmos pelas ruas e ruelas, foi possível ver pequenas festas ‘pipocarem’ por todo lugar – fruto do trabalho voluntário das associações ou de pessoas que doam brinquedos, roupas, desenvolvem brincadeiras com as crianças, trazem pula-pula, trenzinho, dentre outras atividades.

Já o terceiro foi uma caminhada que fizemos pela antiga Baixada, em um sábado à tarde, onde pudemos perceber que tem surgido um novo deslocamento desenfreado de pessoas para a comunidade do Dendê, formando uma nova ocupação de barracos, o que nos fez lembrar do deslocamento ocorrido das décadas de 80 e 90. Essa nova ocupação ocorre nas proximidades do mangue, onde há um agrupamento de barracos que cresce a cada dia. As suspeitas são de seja uma estratégia utilizada por famílias, igualmente vindas de outros lugares, para conseguir a contemplação de uma moradia no Conjunto Habitacional recém-inaugurado no Bairro.

### **5.1.2 Tereza**

(...) no último dia de assinar o convênio da creche estava chovendo. Foi no dia primeiro de abril de dois mil e oito. Eu saí para ir para o Cambéba assinar o papel e quando fui atravessar a avenida Washington Soares, uma moto me atropelou e passou por cima de mim. A moto quebrou todinha. E eu não vi. Eu já ia me levantando quando o cara da moto deu minha bolsa, que ainda bem que era muito grande e não molhou os papeis né. Aí dois rapazes em outra moto voltaram e queriam me levar ao médico. Eu disse ‘que médico!’. Eu tenho que assinar hoje os papeis senão a creche não funciona e as criança não vão ter o que comer. Aí ele disse ‘e você vai pensar mais nos outros agora do que em você?’. E eu continuei o meu caminho (TEREZA)

A citação acima é a essência de Tereza, uma senhora de 71 anos, que chegou na comunidade do Dendê no início da década de 70, quando a configuração do lugar ainda lembrava o meio rural, com vastas áreas descampadas, terrenos e sítios. Foi morar com os 2 filhos pequenos, um com 3 anos e outro com 10 meses de nascido, em um barraco [SIC] comprado por ela e o Marido. *A priori*, seu marido ficou na antiga residência pois, na época, não havia facilidade de conseguir meios de transporte até o centro de Fortaleza – local onde ele trabalhava. Chegou no Dendê à noite, contou com a solidariedade dos poucos moradores que ali estavam, até que um dia, foi sua vez de retribuir. Viu o antigo ‘campo nacional’ (um campo de futebol) dormir vazio e acordar com centenas de pessoas deslocadas das favelas verdes mares, e de áreas como Dom Luiz, Hospital Geral de Fortaleza e Praia do Meireles – consequência das obras de urbanização da cidade.

Ouvir Tereza é ter a oportunidade de escutar a história viva da construção do lugar, que apesar de ter tido vários atravessamentos, é também marcado por muita solidariedade entre as pessoas, e um valioso trabalho comunitário voltado para o bem comum. Seus olhos brilhavam ao contar as histórias de luta por melhorias do bairro, e da comunidade. Entrevistamos Tereza em sua residência. Era de manhã, e assim que chegamos, a chamamos na calçada. Não tardou para que uma senhora aparecesse, olhando por uma abertura no portão que só permitia ver seus olhos. Nos apresentamos e ela fez um gesto com a cabeça confirmando que já sabia do que se tratava. Tereza usava óculos e um vestido de cor clara. Nos convidou para entrar, e sentamos na sala. Os móveis eram antigos, típicos de uma casa de interior, e nas paredes de cor salmão havia um cartaz de uma chapa para disputar as eleições da associação de moradores do bairro. Tereza estava nesse cartaz como um dos membros da chapa. Ela trabalhou por 30 anos na Escola Dom Lustosa, mas hoje é aposentada. Frequenta a igreja evangélica, e relata que uma das melhores coisas que já fez na vida foi trabalhar para que a comunidade tivesse determinados serviços, como creche, escola e casa de parto.

Dessa maneira, a Tereza de nossa pesquisa nos fez lembrar de Madre Teresa de Calcutá, cujo sonho era ajudar os mais pobres, e para alcançar esse sonho, buscou incessantemente ajuda nos mais diversos setores sociais, planejando cada passo e cada ação que necessitaria realizar.

### 5.1.3 Dulce

(...) eu sou uma pessoa muito sincera, não gosto de mentir por nada, (...) e eu gosto de ajudar. E não quero nem saber, não meço esforço, mesmo se for uma pessoa que tenha feito coisas ruins, se eu puder ajudar – dar comida, roupa, calçado – eu ajudo! Eu trabalhei em uma escola, e procurei ajudar com o que pude. Conseguia material escolar em outras escolas maiores para as crianças, conseguia muita coisa com a Unifor. E tudo isso era a minha forma de ajudar. Conseguimos também alfabetizar adultos, pelo projeto Mova Brasil. E essas pessoas ficavam felizes por serem alfabetizadas. Diziam que queriam tirar o RG depois de aprender a ler e escrever. (DULCE).

Dulce tem 54 anos, é casada e mora com os filhos e o marido. Ela nos recebeu em sua residência. Marcamos de nos encontrar em um dia à noite, na praça da Juventude. Seguimos a pé em direção à sua casa, aproximadamente a 15 metros da praça. Sentamos em um banco de cimento no jardim, e em meio às flores, começamos a conversar. Atualmente Dulce está aposentada, mas ainda exerce atividades como professora. Mora no bairro há mais de 40 anos. Ela contou-nos que antes morava no Papicu e depois na Cidade 2000, até que sua mãe se separou de seu pai, e resolveu ir morar com a sua avó, em uma casa construída em um terreno invadido [SIC] no Dendê. Chegou na comunidade do Dendê por volta de 1977, com 12 anos de idade. E logo depois de terminar os estudos, começou a colaborar com o trabalho comunitário no bairro, ajudando crianças e adultos a aprender a ler e escrever. Houve tempos que, por falta de espaço, as aulas aconteciam debaixo de árvores. Porém, isso não era motivo para a alfabetização não acontecer, nem Dulce desanimar.

Foi toda a sua história de Dulce querer ajudar ao próximo, e focar na educação como um caminho de melhoria na vida do outro, que nos fez lembrar de “Irmã Dulce”, que sempre teve vocação para trabalhar em benefício da população carente, além de conservar um destemor e senso de justiça inabalável. Irmã Dulce teve como primeira missão como freira ensinar em um colégio mantido pela sua congregação. Em 1939, inaugurou o Colégio Santo Antônio, escola pública voltada para operários e filhos de operários.

#### 5.1.4 Josefa

(...) Eu era parteira, e quando eu pegava um menino, que cortava o ‘umbigo’ [SIC], aí vinha outra pessoa, pegava ele e ia dar banho, e arrumar a criança. Eu achava muito bom. Trabalhava à noite. E quando chegava o dia de trabalhar, eu ficava animada (...) achava tão bom que às vezes eu ‘tirava’ os plantões pelas outras colegas.

Demoramos muito para encontrar Josefa. Primeiro porque fomos orientados para só ir à sua residência acompanhados de alguém da comunidade. Depois, não conseguíamos encontrá-la em casa. Foi por meio de um IC que conseguimos. Essa pessoa conversou com Josefa, explicou sobre nossa pesquisa, e a mesma autorizou nossa ida à sua residência. Para acessar onde ela mora, tivemos que caminhar por uma rua principal que se estreitava até formar uma travessa. O início dessa travessa é marcado por um portão de ferro que nos confundiu, *a priori*, com a delimitação de uma casa. Ao atravessarmos o portão, deparamo-nos com um conjunto de pequenas casas e sobrados, e um beco sem saída. Por coincidência, chegamos lá, em uma quinta-feira pela manhã, no dia de seu aniversário de 91 anos de idade.

Josefa nasceu e cresceu no Dendê, o que a faz parte de uma das primeiras famílias que se fixaram na região e ajudaram a povoar o bairro. É católica e dona de uma fé inabalável. Não frequentou a escola, mas apresenta uma sabedoria ímpar, daquelas que só tem quem já viveu muito. Desde cedo trabalhou na roça, ajudando sua família, mas conta com muito orgulho e emoção sobre a época que começou a trabalhar como parteira na casa de parto montada na comunidade, fazendo vir ao mundo muitas crianças que hoje já são adultos.

Atualmente leva uma vida mais ‘tranquila’ [SIC], procurando estar mais em casa ou visitando o filho que mora em outro bairro. Relatou-nos que algo que lhe dava muito prazer era fazer artesanato com revista e jornal, e crochê. Durante sua entrevista, contou-nos que já teve dois netos mortos por facções, mas que em nenhum momento ela perde a esperança de que o futuro do bairro seja melhor.

A história de vida de Josefa e seu trabalho como parteira na comunidade nos remete à história de Maria Josefa Maria da Silva Santos, conhecida como ‘Zefa da Guia’, parteira e líder comunitária do Estado de Alagoas, e reconhecida nacionalmente como símbolo de sabedoria, força e muita fé.

### 5.1.5 Gonzaga

Quando a gente veio morar aqui, eu conheci o grupo sociedade alternativa, que era um grupo de dança, (...) tinha disputa da quadrilha que dançava melhor(...). Eu também via que a juventude estava se perdendo na droga, e na bebida. E eu sempre gostei muito de curtir, de sair, mas resolvi não sair mais. Resolvi não ir mais para as festas aos sábados com eles [amigos]. Eu preferi vir para a cultura, para a dança, aí eu aprendi e estou até hoje.

Gonzaga tem 49 anos, mora na comunidade do Dendê há 39. Veio com a família do interior de Pedra Branca, e antes de se fixar aqui, moraram no Conjunto Ceará, onde a mãe atuava como liderança comunitária. Sua entrevista aconteceu em sua residência. Recebeu-nos pelo turno da manhã. Sentamos na sala, onde era possível ver por todas as partes vestígios de adereços juninos. Ele estudou até o ensino médio, não tem religião, mas acredita em Deus. Trabalha como porteiro, e nas horas vagas se dedica ao grupo de quadrilha formado por ele: a Quadrilha Brilho da Noite. É a dança que o move, e ele faz dela seu principal lazer e motivo para levar a vida de forma mais leve. Para Gonzaga é impossível viver longe das artes, da música, e da cultura. Ele nos contou que é apaixonado pelas festividades juninas – pelo ‘São João’ [SIC], e que procura envolver toda a família – pai, mãe, irmão, sobrinhas, filha. E confessa que a mãe foi sua grande inspiradora. Foi por meio de sua ligação com ela, e com as atividades culturais que ela participava, que ele decidiu que sua vida também seria regada à dança.

Assim, lhe atribuímos o nome fictício de Gonzaga. Gonzaga de nossa pesquisa apresenta certas semelhanças em relação a trajetória de vida de Luiz Gonzaga, músico e compositor reconhecido com o “rei do baião”. Os dois, desde muito cedo, entraram para o mundo das artes – um na música, o outro na dança. Também foram influenciados dentro do meio familiar: um pelo pai (sanfoneiro primoroso), o outro pela mãe (mulher de fibra que viu na dança e na música um caminho para fortalecer o trabalho comunitário). Desde cedo, Luiz Gonzaga começou a frequentar e animar as festas da região onde morava com sua sanfona, e Gonzaga de nossa pesquisa, passou a animar a Comunidade com suas quadrilhas juninas.

### **5.1.6 Mahatma**

(...) eu nunca deixei a comunidade de lado, eu continuo batalhando pela comunidade, continuo estudando, batalhando, ajudando a família, mas ajudando também a comunidade. Enfim, eu sou uma pessoa cheia de objetivos para conseguir na vida. E eu nunca desisto.

Mahatma começou a entender a importância do movimento social ainda na época de secundarista, a partir de seu envolvimento com o movimento estudantil. Ele participou do movimento 'Fora Collor', lutou por melhorias do ensino público junto ao grêmio estudantil, até se envolver em atividades de cunho comunitário em sua comunidade. Participou como membro do Conselho Comunitário do bairro, e hoje assume a missão de manter de pé o Conselho Comunitário de Defesa Social Celina Queiroz, local onde nos encontramos para realizar a entrevista. Marcamos a entrevista para o turno da tarde, e no dia combinado, cheguei um pouco antes do previsto. Uma senhora que morava em frente ao Conselho Comunitário me ofereceu uma cadeira para sentar na calçada, e eu me pus a conversar, até que um senhor chegou e abriu o Conselho. Não era Mahatma, era outro colaborador. Enquanto o aguardava, fiquei observando o movimento do Conselho, e algo me chamou a atenção: as paredes de parte do prédio estavam chamuscadas, descascando, como se tivessem sido queimadas.

Mahatma chegou, e iniciamos a conversar ali mesmo na recepção, improvisamos duas cadeiras e começamos a entrevista. Ele veio do Trairi com a família ainda pequeno, no início da década de 80. Morou por 37 anos no Dendê, e mudou-se esse ano para o bairro vizinho (Luciano Cavalcante), mas, seu sonho é retornar. Tem 46 anos, é casado e considera-se católico. Possui graduação em educação física e seu lazer é praticar, e ensinar, capoeira. Revelou que tem o desejo que a violência no bairro diminua, e ver no seu projeto de ensinar capoeira para crianças e jovens uma possibilidade para afastá-los da violência. Mahatma reconhece as dificuldades que a comunidade e seus atores sociais passam. Explicou-nos, por exemplo, que o Conselho Comunitário tinha sido, há alguns meses, alvo de facções, que atearam fogo no prédio, achando que se tratava de um imóvel do governo do estado, e por conta dessa situação, eles perderam muitos materiais e equipamentos que seriam utilizados em benefício da comunidade.

Porém, reforçou que não podiam desanimar, e que era preciso ser persistente diante das dificuldades, mantendo sempre a cultura de paz.

Na cultura indiana, palavra 'Mahatma' significa 'grande alma', e foi instituído a Gandhi – Mahatma Gandhi. Foi por esse motivo que conferimos ao nosso participante essa denominação. Mahatma e Mahatma Gandhi apresentam a mesma ideologia da “não violência”, a partir da construção de um movimento pacífico, mas, ao mesmo tempo, atuante na realidade em que viveram.

### **5.1.7 Martin**

(...) as minhas características [risos seguidos de pausa]. Eu sou um cara sonhador. Eu sou uma pessoa assim, muito sonhadora, sabe. Essa me pegou. E as minhas principais características são: ser honesto, sincero, sonhador, idealizar coisas que, às vezes, estão além até do meu próprio eu, mas eu gosto de buscar algo mais. Eu não me conformo com aquela coisa de se conformar. Não! Eu vou sempre mais um pouquinho. Sempre fico buscando mais um desafio. E o desafio me impulsiona para ir buscar algo mais longe.

Martin nos recebeu em uma manhã, na sua residência, que fica localizada nas proximidades da primeira capela católica do bairro – a capela de São José. Ele mora com a mãe, uma senhora de 82 anos. Ao chegarmos na sua casa, Martin já se encontrava na calçada à nossa espera. Apresentou-nos sua mãe, e fez questão que a entrevista ocorresse no estúdio da rádio comunitária que ele mantém. Eles chegaram na comunidade do Dendê há 38 anos, e antes moravam no final da Rua Antônio Sales, localização onde foi construída uma linha férrea (hoje readaptada para o Veículo Leve sob Trilhos – VLT). Mudaram-se de lá por conta das obras de urbanização, que incluía a construção da linha férrea.

Martin tem 49 anos, possui curso técnico de finanças, mas, contou-nos que, quando jovem, tinha o desejo de se formar em Direito. Hoje, viu na comunicação comunitária, uma forma de realizar-se pessoal e profissionalmente, fazendo também de sua profissão atual, o seu lazer, e uma forma de fortalecer o movimento comunitário. Ao indagarmos sobre sua religião, ele comentou que se sente “desigrejado”, explicando-nos que tem respeito por todas as religiões, mas que entende que a fé se encontra dentro de cada um de nós, e que essa é nossa verdadeira salvação.

Assim como Martin Luther King, que em seus discursos dizia “eu tenho um sonho”, e que usava o dom da oratória para lutar em defesa dos negros e das mulheres na década de 60, nos EUA, Martin usa sua rádio comunitária para propagar notícias a favor do bem comunitário e de um território mais pacífico para os que ali vivem.

### **5.1.8 Francisco**

Eu sou católico apostólico romano. E, hoje, aqui no bairro Edson Queiroz, eu sou o animador, represento os padres. Então, quando eles não estão presentes, eu posso, em nome deles, tomar decisões que realmente sejam melhores para a caminhada religiosa, espiritual e social da comunidade.

Francisco mora com a mulher e a sogra, e nos recebeu na sua residência, em um sábado pela manhã. Sentamo-nos na garagem, de onde se podia ouvir, de instante em instante, o som do ônibus que vinha da parada do transporte público localizada em frente à sua casa. Trata-se de um homem de 45 anos, com curso técnico em contabilidade, e que exerce a função de “animador paroquial”. Ao perguntarmos sobre o que faz um “animador paroquial”, ele nos explicou que se trata de alguém que colabora com os padres na manutenção das capelas, e estabelece um elo entre as pessoas e os párocos. Mora no Dendê há mais de 15 anos, vê na música seu principal lazer, e sempre fala que procura viver ajudando ao próximo, e procurando atingir maturidade espiritual. Revelou-nos que aos 14 anos de idade decidiu seguir a vida religiosa, mas que compreendeu que poderia exercer as práticas cristãs mesmo sem tornar-se padre. Conheceu sua atual esposa, e foi esse o motivo que o fez deixar o Mucuripe, e morar na Comunidade do Dendê.

Em referência à sua história de vida, resolvemos chamá-lo de ‘Francisco’, vindo de Francisco Marto, um dos três pastorinhos de Fátima, que com apenas 8 anos de idade pôde presenciar a aparição de Nossa Senhora, e viver intensamente em oração contemplativa.

### 5.1.9 Djanira

Eu me sentia tão depressiva. Mas eu sabia que tinha que fazer um esforço para me curar porque meus filhos eram muito pequenos. (...) e eu jamais imaginei que eu pudesse fazer um artesanato, que eu pudesse transformar, que a minha mão pudesse pegar algo e transformar, (...) foi dois anos de aprendizado. Resultado, me curei da depressão através do artesanato.

Na primeira vez que vimos Djanira nem sabíamos que ela seria indicada para participar da pesquisa. Foi em uma de nossas visitas ao Centro Comunitário que a vimos pela primeira vez. Ela estava com um grupo de aproximadamente dez mulheres, fazendo uma oficina de biscuit. Nessa ocasião, o que mais nos chamou a atenção enquanto observávamos, foi uma voz de criança que se pronunciou no momento exato em que todas as outras pessoas calaram: 'Djanira, o que nós vamos aprender hoje?!' Nesse instante, fixamos os olhos na direção da criança, que tinha em torno dos seus sete anos de idade, e já era uma aprendiz na arte do biscuit. De forma instantânea, nossos olhares se cruzam e a criança se pôs, timidamente, a sorrir. Djanira seguiu o curso, explicando para a criança quais seriam os próximos passos. Meses depois, Djanira foi indicada, e marcou conosco no mesmo local.

Conversamos na tarde marcada por ela. A mesma chegou apressada, e pediu desculpa pelo atraso, pois estava de mudança, mas, mesmo assim, deixou o caminho aberto para que conversássemos o tempo que fosse necessário. Desse modo, nos pomos a conversar, uma de frente para a outra, em duas cadeiras na recepção do Centro Comunitário – o mesmo que havia sofrido o incêndio por parte de facções meses atrás. Ela tem 50 anos, foi doméstica por muito tempo, e hoje sobrevive do artesanato. Tem o ensino médio completo, e sua religião é evangélica. Mora há 41 anos na Comunidade do Dendê. Quando chegou aqui, com seus pais e irmãos, tinha 9 anos de idade. Vieram do bairro Aldeota porque foram indenizados pelo Estado para saírem de lá. Djanira diz que foi por meio do artesanato que superou o diagnóstico de síndrome do pânico que adquiriu já adulta. Esse é o motivo principal que a faz desenvolver cursos e oficinas de artesanatos para as mulheres do Dendê: para que elas tenham momentos de descontração, troca de experiências, em que uma ajuda a fortalecer a outra, além de aprenderem algo que possa lhes gerar renda, e preencher o tempo.

A Djanira descrita aqui apresenta características que vão ao encontro de Djanira da Motta e Silva, pintora, desenhista, cartazista e gravadora brasileira, que

descobriu seu talento enquanto tratava-se de tuberculose em um sanatório, na década de 30, e retratou em suas obras o tema de religiosidade e das paisagens cotidianas do Brasil. A Djanira de nossa pesquisa faz da fé a força motriz para sua arte, e retrata nela os afazeres e necessidades cotidianas das mulheres do bairro.

### **5.1.10 Carolina**

Eu tenho um grupo, o grupo da alegria que é um grupo de idosas, de mulheres hipertensas, e diabéticos, pessoas que tem os netos presos e que sofre, né. Nós nos reunimos toda terça-feira, às oito horas da noite. E esse grupo existe há vinte anos. E quando a gente se reúne, é exatamente para 'botar o papo' em dia, para ouvir umas às outras. E a gente chamou de Grupo da Alegria porque a gente procura estar sempre alegre. Todo mundo tem problemas, mas a gente procura estar sempre com alegria, e adora fazer festa.

Carolina tem 54 anos e mora no Dendê há 40. Chegou no território com 14 anos de idade, e seguiu os passos da família no que se refere a ajudar ao próximo por meio da catequese – método de evangelização da Igreja Católica, que também procura dar suporte às pessoas em momentos de necessidade. Assim, foi catequista, e hoje trabalha como Agente Comunitária de Saúde (ACS).

Ela marcou conosco na UAPS Mattos Dourado, onde conversamos, por quase todo o período de uma manhã, em um dos consultórios da Unidade. Ela contou-nos que antes morava nos arredores de onde é o Iguatemi, e que com as mudanças urbanísticas, sua família teve que sair, vindo para a então comunidade do Dendê. Carolina é formada em Pedagogia, chegou a fazer uma pós-graduação na área e lecionou por alguns anos, porém, quando passou na seleção para ACS, resolveu assumir e está trabalhando nessa área há 10 anos.

É católica, tem como principal lazer viajar e participar de corridas de rua. Faz parte de uma associação de mulheres, a Associação Dendê sol, e desenvolve, juntamente com outras pessoas, dois projetos sociais no bairro: (1) o grupo da alegria, voltado para o público idoso e mulheres, em que utilizam técnicas da terapia comunitária, fazem rodas de conversa e educação em saúde, e (2) o projeto da geloteca que existe há 20 anos. Esse último trata-se do catálogo de livros doados, que são guardados em geladeiras, com o objetivo de que sejam emprestados para crianças, jovens e adultos, proporcionando, com isso, um canal de acesso à leitura aos moradores da Comunidade.

Considerando que a leitura e a possibilidade de ter uma educação justa, seja um dos meios para que as pessoas se libertem de situações vulneráveis, como as drogas, a violência, a ignorância, melhorando assim sua condição de vida, é que Carolina nos fez lembrar de Carolina Maria de Jesus, uma escritora brasileira, negra, que superou as dificuldades de uma catadora de papel, e tornou-se uma das escritoras brasileiras de maior renome internacional. Por isso, atribuímos a nossa participante, o pseudônimo de Carolina.

### **5.1.11 Bertha**

(...) foi um período muito bom. Além da nossa satisfação de ganhar o nosso dinheiro, de envolver a comunidade, ainda tinha aquela sensação boa de fazer o mercantil com o meu dinheiro, comprar minhas coisas, o meu esmalte, a minha tinta do cabelo, que são coisas simples, mas que eu nunca tive na vida. Sabe você dizer 'eu vou pagar com o meu dinheiro'. São momentos assim que marcam, e você nunca esquece. Foi um momento muito bom que a gente passou, e que transformou nossas vidas. Nessa época, o grupo todinho viajava né, trocando experiências. Teve gente que foi para fora do Brasil, para outros países. Eu conheci o Brasil, conheci muitos lugares da região nordeste. Houve um grande desenvolvimento das mulheres que participaram.

Bertha nos recebeu no início da noite no seu trabalho, uma lanchonete que funciona em uma das ruas mais movimentadas da Comunidade. Ela é casada, tem 47 anos, é católica, e mora no bairro há 28 anos. Relata-nos que inicialmente estudou até a Oitava série, mas que no ano de 2002 conheceu um projeto chamado 'Economia Solidária', que a motivou a continuar os estudos. Dessa forma, ela completou o ensino médio, e a partir daí começou a se envolver em projetos sociais na comunidade.

*A priori*, a proposta da economia solidária pretendia despertar nas comunidades uma forma de geração de renda, mas desenvolvendo também nos empreendedores o espírito consciente, e para isso, o projeto oferecia cursos e oficinas com temáticas diversas sobre o assunto. Bertha nos relata que foi a partir dessa experiência que um grupo de mulheres, e em menor número, de alguns homens, despertou para o fortalecimento comunitário, pensando, para além das formas individuais de geração de renda, na construção coletiva da mesma, fazendo surgir a Associação de Mulheres Dendê sol.

Bertha nos conta que foi um momento de muita aprendizagem, e que as participantes da Associação puderam trocar experiências tanto nacionais como

internacionais por meio do apoio de institutos como o Instituto Florestan Fernandes, possibilitando um grande empoderamento pessoal, predominantemente feminino, como ações de caráter comunitário na Comunidade.

O protagonismo de Bertha nos recorda o protagonismo de Bertha Lutz, mulher de fibra, que lutou pela igualdade de direitos entre homens e mulheres, atuando especificamente no direito da mulher ao voto, o que a tornou uma das fundadoras do movimento de sufragistas no Brasil. Por isso, resolvemos prestar essa homenagem às duas 'Berthas' – idealizadoras de um mundo mais justo e mais igual.

## **5.2 Compreensão da relação interpessoal e comunitária**

Quem olha para fora, sonha. Quem olha para dentro, acorda.

(Carl G. Jung)

A compreensão é um dos elementos que, na teoria salutogênica, compõe o Sentido Interno de Coerência (SIC). Retomando o que nos indica Mazza (2015), trata-se da percepção que os indivíduos apresentam de si mesmos e dos eventos que ocorrem em suas vidas, construindo um pensamento ordenado ou desordenado dos mesmos. Para a autora, e em consonância com os escritos de Antonovsky, uma pessoa com forte senso de compreensão confia que os eventos vividos são explicáveis.

Para contextualizar essa categoria, trazemos a seguir subcategorias que a compõem, denominadas por nós de: percepção de si, superação e aprendizado, sentimento de alteridade e empatia, espiritualidade e percepção do território.

### **5.2.1 Percepção de Si**

À medida que íamos realizando as entrevistas, também íamos percebendo histórias de vida muito peculiares, cada uma com qualidades próprias. Contudo, algo era comum a todos: escolheram o território da comunidade do Dendê como morada, apresentam um forte engajamento na organização do território, e compreendem

quem de fato são, e o que podem fazer para si e para o outro na busca do bem-viver.

A partir disso, elencamos algumas falas que demonstram sobre a percepção que apresentam de si, retratando características que nos remetem a pessoas que adotam uma postura de diálogo e participação, com coragem de lutar pelo que se quer, e ao mesmo tempo sem deixar de perceber a importância que o outro (familiares, vizinhos e amigos) tem nas suas vidas.

Nos depoimentos a seguir é possível perceber parte do dito no parágrafo anterior.

(...) tem gente que se encabula de falar, e eu não. Eu falo porque não sou muda (JOSEFA).

Eu era meio doida mesmo. Não tinha medo de nada. Eu queria ver as coisas direitas. Eu gosto de fazer o que é certo (TEREZA).

Eu sou muito persistente. Eu gosto muito de correr atrás das coisas, dos meus objetivos, tanto que eu passei muito tempo para me formar em educação física, que era um sonho, mas não desisti. Então, eu sou persistente. Eu não aceito um “Não” como resposta, e isso não quer dizer que eu vá ficar insistindo com uma mesma pessoa ou com uma mesma coisa. Isso significa que se eu percebo que eu levo um ‘não’ de uma pessoa, eu vou atrás de outra pessoa, de outra forma, até eu conseguir um ‘sim’ (MAHATMA).

Para Eriksson e Lindstrom (2006), a teoria salutogênica colabora para a compreensão do que protege o indivíduo contra as consequências prejudiciais de situações estressantes, haja vista que todos nós possuímos recursos internos e externos que podem ser utilizados nesses casos, mas, que é preciso reconhecê-los e compreendê-los de maneira que se entenda que os estímulos são previsíveis e explicáveis. As identificações nas falas dos participantes de “não sou muda”, “eu gosto de fazer o que é certo”, e “não desistir” nos ajudam a compreender que essa foi uma forma com que os entrevistados encontraram para dizer que compreendem o que devo ser feito, e se imobilizam na busca de uma solução com a coragem necessária para isso.

Tereza é exemplo vivo dessa coragem de lutar. Em seu depoimento, ouvimos muitas histórias nas quais foi necessário ter coragem para enfrentar os desafios da luta comunitária por direitos. O trecho de sua fala a seguir retrata bem o que queremos dizer:

Passamos três meses indo lá, com um monte de papel na mão. Sempre tinha um guarda lá olhando para nós. Quando se passou três meses, esse guarda olhou para nós e disse que a gente não podia andar com aquele monte de papel não. Porque era a ditadura, né. E agora é a morte dura (risos). Aí ele mandou a gente ir embora, e não andar mais com abaixo-assinado porque senão ele ia nos prender. Aí eu falei 'não tem problema. O senhor mostra o nosso crime, que a gente vai, porque cadeia foi feita para homem, e para mulher'. Toda vida fui muito atrevida, né (TEREZA).

Era por volta de 1973 quando Tereza começou a se envolver na luta por uma organização social mais justa para com as pessoas que chegavam “aos montes” na comunidade do Dendê, e foi a coragem de Tereza, e de muitas outras pessoas, que transformou essa comunidade, como podemos ver no relato a seguir:

A ocupação continuou, e nós fomos comprar material lá na Caucaia para construir as casas do povo. Fomos pedindo carona porque ninguém tinha dinheiro, e a gente não ia pedir para eles, porque não tinham nem onde morar, imagine se tinham dinheiro. Quando eu me lembro, meu Deus, eu era doída, só podia ser doída, porque meus dois filhos eram tão pequenos, e eu ganhava o mundo atrás de coisas. Primeiro foi a escola, depois calçamento, água, luz. A gente conseguiu muita coisa. A gente conseguiu duas creches, uma casa de parto. Era uma beleza! E hoje não tem nada (TEREZA).

Todas as realizações citadas por Tereza na fala anterior fazem parte, de certa forma, do imaginário dos participantes. Todos eles reconhecem o árduo trabalho das antigas lideranças comunitárias pela busca de melhores condições de vida e moradia para a comunidade. Além do mais, boa parte dos familiares dos entrevistados também mora na comunidade do Dendê, e tornou-se frequente nos depoimentos a necessidade de manter um relacionamento saudável com familiares e vizinhos, como mostra as falas a seguir.

Eu gosto muito de ajudar, sou muito sincera, sou muito amiga dos meus filhos, dos meus netos, das minhas noras. Não gosto de brigar com eles. E eu também sou muito emotiva, (...) sabe (DULCE).

Sou uma pessoa que graças a Deus, em todo canto que eu moro, todo mundo gosta de mim, sabe. Se eu vou me mudar, todo mundo sente é saudade (DJANIRA).

Sou uma boa vizinha, e graças a Deus eu nunca briguei com essas vizinhas que tem por aqui. Eu sou uma pessoa comportada, sabe (JOSEFA).

A fala de Josefa ainda nos coloca em uma postura de reflexão mais profunda, quando ela traz para nós a ideia de “ser comportada”. O que é ser comportada em

um território de múltiplos poderes como o Dendê?! A história de vida de Josefa apresenta uma marca muito forte das transformações que tem ocorrido nas últimas décadas. Ela teve dois netos mortos de forma violenta. Mas isso não a limita, não faz com que ela alimente medo, e sim faz com que ela se adapte à situação. E nossa interpretação pode ser reafirmada ao considerarmos outras duas falas suas:

(...) eu nasci e me criei aqui e acho bom, acho bom. Não vou dizer que é ruim porque não é, mas, não é para quem sabe viver. Agora quem não soube viver, já morreu (JOSEFA).

Eu vivo com o meu coração sossegado (JOSEFA).

O depoimento de Josefa denota a capacidade de adaptação que os moradores da comunidade do Dendê devem adquirir, o que nos remete ao conceito de resiliência. Segundo Oriol-Bosch (2012), resiliência significa a capacidade para viver, desenvolvendo-se positivamente ou superar-se diante de estresse ou adversidades que normalmente podem ser causa de consequências negativas. Os conceitos de Aaron Antonovsky também vão ao encontro da resiliência. Segundo o autor, é um SIC elevado que leva à adoção de estratégias adaptativas (ANTONOVSKY, 1993).

Alguns dos participantes compreendem que suas posturas podem não agradar a todos, mas entendem que faz parte da constituição de seu ser, e buscam a melhor forma de lidar com isso.

Sou muito exigente, gosto das minhas coisas organizadas e se eu pedir uma coisa eu gosto que faça e não fique me enrolando para fazer depois (...). Então assim, considero isso como as minhas características (DULCE).

Eu me acho uma pessoa comunicativa, me acho amigo na hora necessária, mas também sou ranzinza às vezes. Guardo muitas mágoas, mas estou aprendendo porque sou ser humano, né, tenho meus erros, mas gosto muito de ajudar o próximo, quem está perto de mim (GONZAGA).

Outra importante característica percebida foi o exercício de tentar compreender o que se deseja por meio da reflexão, da procura de sentido para as suas vidas, e esse sentido é alcançado, seja por meio de um lazer, de um esporte, ou de uma atividade compartilhada com outras pessoas.

A reflexão que fazem de si, na busca de um entendimento sobre si mesmos, pode ser representada pela fala de Francisco e Gonzaga.

Eu posso dizer que desde quando eu passei a me entender como pessoa, eu busco me reconhecer, busco entender de verdade o que eu quero. Então, é algo dentro da minha personalidade me questionar. Eu me questiono muito, no sentido de compreender sobre o que eu estou fazendo para mim, e para o outro (FRANCISCO).

Eu decidi me envolver com as quadrilhas, com as festas juninas ainda jovem. Decidi não estar nas festas todos os sábados, virando as noites como meus amigos, porque eu vi que alguns deles estavam usando coisa que não era boa. Eu preferi vir para a cultura, e aí aprendi. Até hoje eu respiro a cultura (GONZAGA).

As falas tanto de Francisco como de Gonzaga nos fazem considerar a importância da reflexão sobre o mundo que nos cerca, para poder tomar as decisões que mais nos farão bem.

De acordo com Corrêa (2011), a tomada de decisão sofre interferência da percepção, emoção, atenção e memória dos indivíduos, dependendo também da experiência prévia dos mesmos e de sua competência de identificar os fatores fundamentais da situação na qual se deve decidir, de quais desses fatores são enfatizados e valorizados, além da afetividade relacionada à decisão.

Também foi perceptível que muitos dos entrevistados compreendem a importância do lazer como algo que os alimenta, os deixa fortes para seguir a vida.

(...) eu adoro uma corrida. Adoro participar de corridas. Não para ganhar, mas para participar mesmo. Eu gosto daquele monte de gente, e eu com aquele nomezinho aqui na frente, na blusa, eu adoro. Eu sou animada, sou extrovertida (risos). Eu gosto muito de brincar (CAROLINA).

Eu vejo que muito do meu lazer está na dança, na música. Está na minha cultura de dança, né (GONZAGA).

Eu me sinto bem com a capoeira. É o meu lazer, é o meu hobby. É tanto que eu tenho algumas atividades pontuais, mas tiro alguns momentos das minhas aulas para ter esse foco, porque é meu principal lazer (MAHATMA).

O meu principal lazer hoje, na verdade, é fazer a comunicação comunitária. É como diz aquele ditado: quando você faz o que você gosta, tudo se transforma em lazer e não existe feriado (MARTIN).

O respeito ao outro também é uma característica identificada como relevante pelos participantes. Nas falas a seguir de Josefa e Dulce, podemos perceber que elas acreditam na importância de manter o respeito com o outro.

Eu não estudei, mas sou uma pessoa educada, sabe. Da minha cabeça mesmo, porque eu sei respeitar, eu sei entrar em qualquer repartição, com

respeito, sem ter abuso por ninguém, né, porque tem gente que abusa, e eu não (JOSEFA).

Eu sou muito sensível, muito sensível, e também eu respeito. Sou uma pessoa muito respeitadora, respeito as pessoas (DULCE).

Josefa traz para nós a ideia do respeito em sua forma mais genuína. Aquela que não está atrelada a educação formal, mas à uma educação para a vida, e em respeito a ela e a quem se convive.

Peruzzo-Júnior (2017), resgatando o Relatório de Belmont, publicado em 1978, apresenta o respeito pelas pessoas por meio de duas dimensões éticas. Uma em que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e outra em que as pessoas que não apresentam autonomia, ou a possuem de forma reduzida, devem ter direito à proteção.

Alguns dos participantes se veem como instrumentos de cuidado, e apesar de algumas dificuldades, entendem que ser esse instrumento é missão importante nas suas vidas, e não podemos nos eximir de fazê-las.

Acho que eu fui ser parteira por causa da minha sogra. Ela pegava meus meninos [fazia o parto], dizia que ia me ensinar para quando ela morresse, eu ficar no lugar dela. No início, eu disse 'Deus me livre!' Mas que nada! Fui e dou graças a Deus. Consegui ajudar muita mulher a parir (JOSEFA).

Às vezes tem pessoas que estão comigo e não entendem certas escolhas que fazemos, que temos que fazer, e preferem viver outras coisas. Nessas horas, eu não posso também fazer nada, né, porque eu jamais, como filho único, posso abandonar essa senhora que está ali. Eu nunca vou abandonar minha mãe (MARTIN).

Atualmente existe um campo da psicologia, no meio das terapias cognitivo-comportamentais, que destaca a importância da aceitação de emoções e vivências como algo que colabora para a transformação da perspectiva das pessoas sobre seus pensamentos e sentimentos (VANDENBERGHE; VALADAO, 2013), propiciando mais um caminho possível acerca da compreensão necessária para manter o SIC elevado.

### **5.2.2 Superação e Aprendizado**

Quase todos os participantes tiveram eventos que abalaram as suas vidas, e de certa forma, e de diversas maneiras, aprenderam a lidar com isso. Foram perdas,

processos de adoecimentos, agravos, e necessidade de adaptação vividas e compreendidas como algo que precisava ser superado.

O retorno aos estudos foi um dos caminhos buscados por Josefa e Bertha para continuar exercendo sua pró-atividade, mas as dificuldades na vida de Josefa não permitiram que a mesma continuasse. Ao contrário de Bertha, que encontrou apoio no seio familiar.

Depois de grande eu voltei a estudar, e a professora dizia que eu ia aprender a ler era logo. Mas eu tive que abandonar porque minha filha 'endoidou', foi embora e deixou as crianças dela aqui comigo. Eu não podia deixar as crianças sozinhas (JOSEFA).

Eu estudei até a oitava série. Aí depois que eu tive meus filhos, e conheci a economia solidária, e comecei a participar dela, foi despertando em mim uma vontade de estudar. Aí fiz o terceiro ano. Então, mesmo depois que casei, mesmo depois dos filhos, me deu vontade de terminar o terceiro ano (BERTHA).

De acordo com Inouye *et al.* (2010), o vínculo entre familiares é de extrema importância para o desenvolvimento do ser humano, e servirá de alicerce para a concepção das percepções e capacidades interpessoais, estando a percepção de suporte familiar relacionada à competência social, capacidade de enfrentamento de problemas, percepção de controle, senso de estabilidade, autoconceito, afeto e, por resultado, ao bem-estar psicológico.

Além do suporte familiar, Mahatma compreende que o suporte de amigos também é fundamental para a formação da pessoa, tanto na superação dos problemas, como no aprendizado. Parte das atividades desenvolvidas por ele atualmente vieram por meio da ajuda de um amigo que lhe ensinou capoeira.

Eu vi uma roda de capoeira pela primeira vez em oitenta e cinco. Eu era recém-chegado em Fortaleza, porque nós viemos de Trairi, e foi na Praça Portugal. Eu morava no Dendê, e toda sexta-feira eu ia para a Praça Portugal, 'pastorava' até começar aquele movimento de feira, e das rodas de capoeira. Eu nem sabia o que era uma roda de capoeira, mas me aproximei, fiquei encantado com o movimento das pessoas saltando, e com o tempo fui sabendo do que se tratava. E aí um colega começou a treinar e me chamou para treinar com ele, começou a me ensinar (Mahatma).

Duas das participantes tiveram depressão, e ao compreender a importância de seus protagonismos na superação desse adoecimento, conseguiram reverter os sinais que as mantinham sem ver sentido na vida.

Foi uma época que eu fiquei desempregada. Eu ficava em casa, depressiva. Tinha dias que eu lavava roupas, redes, sem necessidade. Lavava só para poder sair de casa, porque eu estendia em uma cerca que tinha na rua. Aí eu ia estender as roupas para ver o povo passar, de tanto ficar dentro de casa. Mas quando eu conheci a economia solidária, eu me animei, eu descobri que podia cozinhar e trabalhar para ter o meu dinheiro, que podia ter voz (BERTHA).

Cabe ressaltar que, segundo Santos e Carneiro (2008), a economia solidária pode ser compreendida como um fenômeno importante, surgido nos anos 90, que auxiliou na multiplicação de várias experiências coletivas de trabalho, tanto nos espaços rurais como urbanos, organizadas sob a forma de cooperativas, associações, dentre outras, que realizaram atividades de produção, prestação de serviços, finanças solidárias, comércio justo e consumo solidário.

Eu tive um problema muito sério de depressão. Fui diagnosticada com síndrome do pânico, tinha tanto medo. Na época eu tinha medo até de sair no meio da rua, tinha medo da claridão do sol. Tinha medo de conversar, tinha medo de tudo. Passei dois anos só tremendo e suando muito. O meu coração acelerava tanto que eu ia parar no hospital. Aí entrei em tratamento com medicação por uns três anos e dois meses, até que resolvi tirar o remédio do corpo, mas não fiquei me sentindo bem. E foi o artesanato que me ajudou (DJANIRA).

O Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar traz o “artesanato” como uma atividade ocupacional caracterizada como lazer, podendo favorecer a promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Dessa maneira, Bertha e Djanira encontraram formas de superar a depressão, e identificam com clareza o que as ajudou: uma, a economia solidária, e a outra, a arte de fazer artesanato.

É possível perceber a força interior que Bertha e Djanira precisaram resgatar para poder transformar suas vidas, como nos mostra a fala de Djanira, que além de trazer à tona esse fato, nos faz refletir sobre as formas de resgate que o pensamento biomédico adota.

(...) eu tinha que fazer um esforço para me curar, até mesmo por causa dos meus filhos, que eram pequenos. E quanto eu tomava os remédios ficava ‘grogue, grogue’ (DJANIRA)

Há outras formas terapêuticas complementares e eficazes que podem atuar como coadjuvantes no processo de superação de problemas. Seguindo a linha de raciocínio de Tesser e Barros (2008), é compreensível que a medicalização esteja

associada a formas legitimadas pelo campo biomédico, apresentando foco acentuado, mas que, paralelo a isso, tem crescido o interesse por terapias alternativas e complementares, devido à comprovação dos benefícios.

Assim, ainda considerando essa questão, é importante destacar o apoio que as mesmas obtiveram dos grupos que começaram a conhecer, e frequentar. As falas a seguir reforçam a importância desses movimentos como um fator potencializador para a superação na vida das mesmas.

Então, não houve psicólogo para me tirar da depressão. Foi só as oficinas de autoestima com as mulheres, que tinha na economia solidária, que foi mudando totalmente a minha visão (BERTHA).

Foi quando surgiu um curso, uma oficina para aprender a trabalhar com garrafa pet, dirigido até pela finada Z, e eu agradeço muito a ela, porque foi uma pessoa que deixou um legado grande para nós da comunidade. Então, com esse curso eu me ocupei, ocupei a minha mente. Foi uma terapia. Me curei da depressão! Me curei através do artesanato (DJANIRA).

Não somente Bertha e Djanira construíram estratégias próprias para compreender o que passa em suas vidas. Outros participantes também trazem, em seus relatos, um potencial para a superação de conflitos que só poderemos compreender melhor sobre sua origem na categoria denominada por nós como “manejo”. Contudo, selecionamos alguns dos depoimentos mais marcantes para uma análise sobre a compreensão que os participantes apresentam acerca dos acontecimentos da vida.

O primeiro retrata uma experiência vivida por Gonzaga:

Eu tive uma netinha. Ela era uma criancinha, uma meninazinha de vidro. Ela não crescia, ela já tinha três anos e parecia uma criancinha de um ano. É uma síndrome bem rara, aí o doutor disse que ela ia viver pouco tempo. E a gente aproveitou ao máximo o momento que ela estava aqui, com a gente. E hoje eu agradeço a Deus pelo tempo que convivi com ela. Deu tudo certo nesses três anos, ela deu muita alegria (GONZAGA).

A morte não foi o bastante para abalar Gonzaga. Os momentos vivenciados foram suficientemente bons para deixar a certeza de ter aproveitado o tempo que foi possível para viver ao lado da neta, e seguir a vida com a energia vital necessária para vivê-la.

Maesso (2017), ao interpretar as considerações freudianas sobre o luto, destaca que o mesmo consiste em uma reação natural à perda, em que após determinado período, ocorre a superação do luto, consistindo gradativamente no

enfrentamento da falta do ente querido. Antonovsky (1987), ao abordar o significado dos eventos ocorridos em nossas vidas, considera a morte como um caso que é preciso ser entendido e superado, para que consigamos concluir seu processo de luto no tempo “ideal”.

Foi possível perceber que alguns dos participantes apresentam clareza de seus potenciais para a superação. E a religiosidade está presente em suas falas.

Independente de quem seja você, você tem condições de superar os problemas, e você vai sempre superar. Se você colocar Deus à frente, você vai superar. E nas minhas maiores necessidades, eu busco a Deus, não tenho outra pessoa para buscar. É isso (MARTIN).

Tem que ter coragem. Você tem que ter coragem e sabedoria, porque a maior virtude nossa é a sabedoria. Se você tem sabedoria, e não é de leitura, nem de estudo não, é a que vem do coração, a que vem do teu querer, você faz as coisas. Se você dizer que vai fazer, e que Deus vai ajudar, nada acontece com você, nada mesmo, e você faz (TEREZA).

Há a compreensão de que os maus momentos sempre existirão, mas a confiança de que eles passarão é presente nos relatos obtidos. Francisco e Bertha nos trazem à tona o pensamento de que a nossa vida é um constante “ir e vir”, “altos e baixos”, e que é preciso estar consciente e confiante de que as coisas podem melhorar.

Eu enfrento a vida hoje do jeito que ela é para mim, né. Eu me preparo para a vida. Sempre agradeço pelo o que eu recebi e pelo o que ainda vou receber. E aqui, acolá, aparece umas mazelas na vida da gente, coisas ruins, mas a gente sabe driblar, saber lutar e vencer (FRANCISCO).

Tem os momentos mais baixos que é o que a gente está vivendo hoje, mas tem momentos mais elevados que vão acontecer ainda, porque o movimento não para. O movimento não para. O que acontece é que as forças ficam um pouco mais fracas, às vezes cai um pouco. Mas depois ela se ergue novamente (BERTHA).

Apesar das dificuldades vividas, Mahatma e Djanira, ao comentarem sobre um mesmo incidente que os afetou, compreendem que, apesar das dificuldades encontradas, e inclusive também por conta delas, é preciso que se entenda que o caminhar deve prosseguir, encontrando meios de suplantar e de conseguir o que se deseja.

O conselho comunitário, por exemplo, pegou fogo, né. Atearam fogo no conselho. Mas logo tudo isso aqui vai estar reerguido! Logo, logo vai ter

uma fábrica de vassoura novamente, vai ter um grupo de idoso, um grupo de capoeira, um grupo de zumba, de taekwondo. Nós vamos começar a ter reforço escolar. Então assim, os movimentos não vão deixar de acontecer por conta disso, pelo contrário, isso nos motiva ainda mais, porque a gente sabe que quem fez isso, e não sabemos quem foi, mas sabemos que podem ser jovens que estão na ociosidade, por falta de ocupações (MAHATMA).

Mas, eu vejo que nada acontece sem a permissão do Senhor. Deus sabe todas as coisas, né. A gente não foi atrás de nada, bater de frente com ninguém. Fizemos só agradecer a Deus pelo espaço que ainda está aqui, apesar do prejuízo, Graças a Deus, e está funcionando. Continuamos com o curso, e eu costumo dizer, e os meninos até acham graça, porque eu digo que é do lixo ao luxo, né (DJANIRA).

A grande fundamentação da teoria salutogênica está no argumento de que ver o mundo como compreensível, manejável e com significado promoveria a escolha de recursos e comportamentos eficazes e culturalmente adequados para o enfrentamento de situações adversas, permitindo ao indivíduo enfrentar os estressores presentes na vida diária (ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007; BONANATO *et al.*, 2009).

A sabedoria e perseverança encontradas nesses depoimentos nos levam a considerar quão necessária é a resistência diante das adversidades, e o quão relevante se torna apresentar um olhar benevolente para com os acontecimentos, pois, assim, pode ser possível prosseguir sem se deixar oscilar.

### **5.2.3 Sentimento de Alteridade e Empatia**

Tereza foi uma das primeiras moradoras da comunidade do Dendê, e sua história de vida se mistura com a história da própria comunidade. Por meio de seu depoimento, podemos perceber que o início da organização social do Dendê foi marcado por muita solidariedade, relevando que o sentimento de empatia já é exercitado por muitos, presente desde a formação da Comunidade.

Em 1973, eu fui comprar pão em um botequim que tinha aqui, aí chegou uma senhora do conjunto Ipase, a dona X e me perguntou 'senhora, onde é que seus filhos estudam? '. Eu respondi que eles ainda não estudavam porque eram pequenos. E ela me perguntou se eu tinha coragem de abrir uma escola. A escola já estava feita, e a gente tinha que arranjar quem tomasse de conta, ou o município ou o governador, né, ou o município ou o estado. Aí a gente saía de casa às sete horas da manhã, e chegava às sete horas da noite, indo nos departamentos públicos (TEREZA).

Todo dia nós andávamos atrás de gente que pudesse ajudar. Uma vez nós fomos atrás de ajuda para fazer as casas do povo que chegaram para ocupar o Dendê. A primeira nossa luta foi conseguir o campo do nacional [antigo campo de futebol], que era o único terreno que tinha, para construir as casas do pessoal da ocupação (TEREZA).

De certa forma, podemos considerar que esse protagonismo comunitário, com o objetivo de ajudar as pessoas que chegam ao território para habitá-lo, foi preponderante para que o processo de urbanização ocorresse, oportunizando aos moradores acesso a serviços nas áreas de educação, saúde e assistência social, como nos revelam os depoimentos de Tereza. A conquista do campo do nacional a que ela se refere, talvez possa simbolizar a perene luta comunitária no início da formação da comunidade. A fala a seguir reforça o que defendemos, mas, contudo, nos possibilita traçar uma interpretação acerca dos desafios que um território como o Dendê apresenta.

Nós construímos cento e noventa casas no campo do nacional. No final, foram mais de quinhentas casas que nós conseguimos construir. A gente passava a noite pastorando os materiais, essas casas do Alvorada foi assim. Nós pastorávamos o material para ninguém tirar. Mas aí você vai perdendo o gosto de arriscar a vida, né, porque nós arriscamos a vida. (TEREZA).

A fala de Tereza denota que algo, de certa forma, enfraqueceu a luta comunitária, e é necessário compreender os motivos, para reacender a fortaleza que havia nos envolvimento por melhorias na comunidade.

Contudo, o importar-se com o outro não foi perdido. Foi com muita frequência que ouvimos de todos os participantes, falas carregadas de alteridade. A seguir trazemos algumas delas.

Hoje eu trabalho mais em prol do bem comum, e não quero nada só para mim. Antes, eu tinha essa visão, se eu desse, eu queria receber. Mas hoje, eu quero dar o meu melhor, o que eu tenho de melhor. Eu não posso te dar uma coisa ruim porque eu não te conheço, eu tenho que dar o que eu acho que é o melhor para você, independente de quem seja (BERTHA).

Ahhh, basta eu ver uma pessoa com dificuldade, não quero nem saber quem é e de onde é. O pessoal me chamava prefeita daqui, né, e ainda hoje tem gente que ainda chama. Já me meti em tanta coisa, mas não me arrependo de nada (TEREZA).

Eu estou dando algo que eu recebi quando eu estava precisando, e muitas delas, que participam, estão precisando, estão precisando dessa atitude. Se tivesse mais pessoas, para fazer diferença dentro da comunidade, essa comunidade seria outra. Ia ser muito melhor (DJANIRA).

Não é a questão de ser santo, é a questão de buscar realmente aquilo que é melhor para mim e para o outro. Eu sempre penso assim, né. Por isso que hoje eu vivo como essa 'maturidade da fé', pensar no que eu quero de melhor para mim, e esse melhor tem que chegar também até o outro (FRANCISCO).

A minha verdadeira vontade em fazer a comunicação comunitária foi de poder informar uma comunidade carente, que é algo diferenciado, porque isso não é passado pelas rádios comerciais (MARTIN).

Norbert Elias, em seu clássico “a sociedade dos indivíduos”, constrói uma fundamentação que inicia considerando, por suposição, a oposição imposta aos conceitos de *indivíduo* e *sociedade*. Contudo, o que Elias pretende é desarranjar essa dicotomia e levar-nos à compreensão de que há uma interdependência entre pessoas de uma mesma sociedade, em que existem processos subjetivos de alteridade (ELIAS, 1994).

Claudine Haroche também apresenta pensamento parecido com o de Elias, e nos sugere que a subjetividade supõe a alteridade, que, por sua vez, supõe uma fronteira entre o eu e o não-eu. Porém, mesmo ao situar esse limite, considera que as relações sociais entre indivíduos estabelecem um “modo político (*polis*)” de conviver com o outro, considerando os encontros e desencontros no espaço-tempo (HAROCHE, 2009), o que pode promover a compreensão de que é preciso estar firme para superar os “desencontros”, ou as eventualidades negativas, ocasionados por esse convívio.

Assim, há nas falas dos participantes entrevistados uma visão consciente da necessidade de ajudar o outro. Para eles, o importante é empregar os recursos que se tem na tentativa de colaborar com a melhoria social, o que podemos verificar nos trechos a seguir:

Você pode ter a visão que tem que ajudar todo mundo e não pode, mas aquela pequena parcela que ajudar já vale (BERTHA).

Eu ficaria muito triste se eu não pudesse contribuir com a minha comunidade. Mas tem muitas pessoas que não veem assim, que acham perda de tempo (...), mas a gente fica tentando gerar informação educativa (MARTIN).

Mas o que leva uma pessoa a enfrentar todas as dificuldades vividas em prol do desenvolvimento de ações para o bem viver comunitário? O que faz as pessoas deixarem de olhar só para si, e voltar seu olhar ao outro? Alguns depoimentos nos

revelam uma consciência ética de que é necessário repensar nossas posturas, e empreender esforços para dividir, compartilhar e lutar pelo coletivo.

Eu não me vejo de forma alguma morando longe daqui, muito pelo contrário, eu tenho projetos para aumentar essa associação e para alimentar a nossa comunidade, educando de uma forma bem diferente, que é a forma da comunicação comunitária (MARTIN).

Mas eu gosto de estar aqui também, sabe. Às vezes eu fico nessa crise interna. Eu fico com receio de sair daqui justamente por essa vulnerabilidade da nossa comunidade. Se eu sair, vou estar me livrando disso, eu, meus filhos e a minha irmã, mas, e os outros que ficarem? É como se fosse um dever ético, moral e social de não ir. De ficar e resistir, pelo ao menos até enquanto eu puder, né, e tentar modificar essa situação, e não dar as costas para ela (MALALA).

Eu não vou parar. (...) enquanto vida eu tiver, eu estou aqui ajudando, né. Eu tenho que continuar com o grupo porque nesse grupo, elas se sentem bem, e eu também me sinto. Às vezes tem gente da minha família que diz assim 'mulher, o que tu está fazendo ali, trabalhando de graça?'. E eu sempre digo que não estou trabalhando de graça, eu estou dando o que eu recebi, porque é dando que se recebe (DJANIRA).

Fonseca (2008), ao abordar sobre a ética na perspectiva interdisciplinar traz concepções filosóficas que podem encaixar-se no contexto das falas anteriores, pois, resgata o dever ético necessário para o convívio em coletividade. Afinal é possível viver em totalmente isolamento? Quando compreendermos que, durante todo o tempo, há interconexões entre os nossos atos e os atos de outros, talvez entenderemos a importância de fortalecer as ações para um bem viver.

Dessa forma, a autora supracitada traz à tona a reflexão de que o significado de “coletivo” sinaliza a presença do outro, e que enxergar esse outro, nos remete ao sentido de alteridade, fundada tanto na solidariedade como no aquecimento das paixões, das vontades e das forças na direção de uma sociedade justa (FONSECA, 2008).

Para Elias (1994), sociedade é um termo que se refere a “todos nós”, ou a uma porção de pessoas juntas, em que para o bem, ou para o mal, seres humanos individuais ligam-se uns aos outros em uma pluralidade. Porém, ao contestar a formação da sociedade que compomos, muitas vezes não planejada por “todos nós”, Elias problematiza o fato de que uma sociedade individualista só é possível porque ainda há pessoas que adotam em pensamento individualizador.

Porém, é fortemente caracterizado nos depoimentos dos participantes o ideal de uma sociedade – comunidade – em que o bem viver coletivo seja um princípio.

Todos os entrevistados participam, ou já participaram, de associações e/ou grupos comunitários e outros coletivos voltados para a própria comunidade. Porém, identificamos na fala de uma das entrevistadas que existe uma mobilização social que vai além do bairro Edson Queiroz.

Bertha nos revela que ela faz parte de um grupo de pessoas que se une para prover um dia de alimentação e conforto para os moradores de rua do centro de Fortaleza.

A gente faz um movimento junto com a igreja de distribuir quentinhas na Praça do Ferreira, na praça do Coração de Jesus. E é gente demais para comer, está horrível. Eu não sei de onde é que está surgindo tanta gente. Acho que é das pedras. Acho que estão brotando das pedras porque é gente demais. Da última vez, nós levamos mil e setecentas quentinhas, e agora não dá mais porque é gente demais (BERTHA).

A gente ajuda os moradores de rua de seis em seis meses. Não dá para ser mensal porque a gente não tem doação, não tem nada. Tudo é feito através de muito movimento, de pedir, e você sabe que a gente não pode estar todo tempo pedindo, porque a dificuldade está geral, não está muito fácil (BERTHA).

Torna-se inspirador ouvir Bertha e sua fala viva sobre como devemos, de fato, nos importar uns com os outros, agir pelo bem comum, e ela identifica mais uma vez, a economia solidária como um divisor de águas na sua vida.

A gente aprende a luta pelo direito de todos: melhorar as condições das mulheres, das crianças, dos catadores. Tudo isso a gente luta, né. Pela Lei da economia solidária, que ainda não tem, existem muitas lutas que precisam ser abraçadas, independente de religião (BERTHA).

Além do que discutido até então, outro aspecto que surgiu nos depoimentos, e que de certa forma já relacionado com uma postura empática e de alteridade, refere-se ao nosso papel nas microrrelações da qual fazemos parte, percebendo-se e percebendo as necessidades do outro.

Ali é a realidade de todos eles. Tem o travesti que está marginalizado (...). Em algumas atividades, alguns começam com uma arrogância, e depois já terminam com mais humildade, achando que aquilo é legal. Começam com aquele entusiasmo da arrogância, aí depois vem, vai percebendo que eles não são nada, assim como nós também não somos. Mas, é muita gente, é muita gente para ser abraçada, e no fim, todo mundo se abraça (BERTHA).

Eu acho que é importante, a cada dia, nas microrrelações, e de uma forma natural, conseguir tratar as pessoas da forma como elas merecem ser tratadas. Não é nem como eu queria ser tratada, porque às vezes o que eu

queria para mim, não é o melhor para ti. Então, é tratar as pessoas como elas merecerem ser tratadas (MALALA).

O depoimento de Malala é regado de muita consciência de si e do seu entorno. Por várias vezes, sua fala nos impactou, provocando novos caminhos para a interpretação do território do Dendê. Nas falas a seguir, podemos perceber que ela reforça a necessidade de entender o outro a partir do lugar que este outro ocupa, sem deixar de lado o que se deseja para si mesma. Nesse contexto relacional, ainda nos releva que nem sempre é fácil, porém, é necessário.

(...) eu fiquei pensando sozinha, sabe, eu acho que a gente precisa ter uma relação com o outro, da forma em que o outro, e é claro que a gente tem que se respeitar, né, mas da forma que o outro precisa. Porque às vezes como eu gostaria de ser tratada, não é a forma que o outro realmente precisa e merece, sabe (MALALA).

Eu gosto de ver como as coisas são, qual o fim das coisas, e às vezes inclusive sai um pouco cansativo, sabe. Mas eu acho que é assim que eu consigo caminhar da forma que não seja bom só para mim, mas que seja boa em comum também, sabe. Eu acho que é isso (MALALA).

Empatia pode ser entendida como a capacidade de se colocar a/na expectativa subjetiva do outro para compreender suas emoções e sentimentos, sendo propiciada pelo estado emocional do outro e uma compreensão dos estados mentais da pessoa que tenta “se colocar em seu lugar”. (FERREIRA, 2011). Há vários campos de estudos que discutem a empatia, inclusive nas relações sociais entre os seres humanos. Pavarini e Souza (2010) sugerem que:

Quando, literalmente, sentimos a dor, o sofrimento, a aflição de outra pessoa, tornamo-nos mais motivados a agir pró-socialmente de modo a reduzir esses sentimentos negativos em nós mesmos e no outro, sendo essa, uma das razões pelas quais a empatia tem sido considerada uma habilidade evolutivamente relevante e essencial para a manutenção das comunidades humanas (PAVARINI; SOUZA, 2010, p. 615).

A fala de Malala nos demonstra um exercício empático diante das pessoas que convive, enxergando suas necessidades, fazendo interpretações das mesmas e de si. Aliás, a psicanálise já nos revelou que enxergar o outro é também enxergar-se, como nos fala Ferreira-Lemos (2011):

(...) desvela-se a necessidade de se ser mediatizado pelo desejo do Outro, afinal é o Outro quem diz “você é este no espelho”, marcando o destino do sujeito. O sujeito se reconhece no espelho através do Outro, instaurando-se o eu, desde sempre narcísico, e será a imagem refletida, o eu ideal, base

das identificações que acompanharão o sujeito daqui por diante. (FERREIRA-LÉMOS, 2011, p. 91).

Foi tomando emprestado a convicção de Malala, principalmente quando diz que “gosta de ver como as coisas como são, qual o fim das coisas”, que nos colocamos no lugar de interpretadores dos participantes da teia composta, para tentar compreendê-los como são, considerando suas histórias de vida, de moradia e visão de mundo.

Outra grande característica que sobressaltou aos nossos olhos foi a espiritualidade presente em seus discursos, descrita no sub-tópico a seguir.

#### **5.2.4 Espiritualidade**

Um dos fatores salutogênicos para que uma pessoa se mantenha sadia e ‘forte’, segundo Antonovsky é justamente a espiritualidade. Quando ele começou a trabalhar nos campos de concentração nazistas, percebeu que aqueles indivíduos que desenvolveram maior espiritualidade, tiveram maior chance de sobrevivência e de resiliência. Assim, Antonovsky concluiu que, além de outros fatores, a espiritualidade é fundamental para que o ser humano sobreviva (MORAES, 2014).

Não há predominância de uma única religião do grupo de participantes. Alguns são católicos, outros evangélicos, simpatizantes da doutrina espírita, e os que não seguem nenhum dogma religioso. Porém, todos mencionam Deus. A palavra Deus vem carregada de sentidos em suas falas, como podemos detectar no discurso de Bertha e Djanira:

Deus é maravilhoso! Eu acho que sem ele nada é possível. Eu acho que toda força que se tem como pessoa, como grupo, como ser humano, tudo vem de Deus, não tem nada que nos mova. Não adianta você pensar que você está viva, que você abriu o olho, se não for pela força de Deus. Não adianta você pensar que conseguiu algo se não for pela força de Deus, através da fé. Eu acho que eu não sou nada sem Deus (BERTHA).

Deus mudou minhas características. Hoje eu sou uma pessoa totalmente mudada, hoje eu posso olhar para o meu próximo, e dizer assim ‘eu te amo’. Posso abraçar, me sinto bem em abraçar o próximo, em conversar, em passar o que eu sei (DJANIRA).

Outro fato marcante nas falas é em relação ao respeito que demonstraram apresentar em relação a diversidade religiosa, evento que colaborou para que identificássemos esse tópico como “espiritualidade”.

Koenig (2008), ao diferenciar espiritualidade de religião, a define como “uma relação pessoal com o transcendental”, trazendo consequências que se referem a paz interior, ligação com os outros, conforto, que são resultados da prática espiritual. Já religião, para o mesmo autor, trata-se de “aspectos comunitários da espiritualidade”, sejam eles tradicionais ou não.

O depoimento a seguir nos remete a consequência da ligação com o outro por meio da prática espiritual que Koenig fala.

Eu tenho um pensamento próprio, que talvez seja muito difícil de algumas pessoas compreenderem, que é o seguinte: o pastor não salva, a igreja não salva. Eu acho que Jesus está dentro de cada um de nós, e a salvação é individual. A gente tem que perceber isso em cada um. Se a gente não conseguir perceber isso, eu acho que já existe um erro. Por isso que eu me considero ‘desigrejado’ (MARTIN).

A fala anterior proferida por Martin nos desponta para a necessidade de olhar o outro a partir do que ele representa para nós, e para a sociedade, independente do credo, reconhecendo que não é por meio da religião que devemos (des)qualificar o outro, e nossa relação com o mesmo. Assim, a vivência entre as pessoas poderá ser pautada a partir da garantia de possuir liberdade religiosa.

Souza e Ficagna (2016), nos trazem que quando nos referimos à religião, devemos colocar em pauta a liberdade de expressão perante todas as formas de religiosidade, sendo indispensável que os seres humanos possuam plena liberdade para seu exercício. Os autores resgatam ainda a concepção aristotélica de liberdade, defendendo-a como ausência de constrangimentos externos e internos, em que não se encontra obstáculos para se realizar, nem se é forçado por algo/alguém para agir.

Já Francisco e Bertha, mesmo sendo católicos, reforçam o depoimento de Martin, quando falam:

Eu vivo os conceitos daquilo que Deus nos deixou. Não por religião, porque Deus existe para toda a humanidade, e dentro dessa presença de Deus, ele fez o sol nascer para todos, e dá oportunidade de vida para todos, dá oportunidade de realmente sermos felizes (FRANCISCO).

A minha religião é católica, mas no nosso meio, na economia solidária, e na associação, não tem só católico. Tem espírita, tem evangélico, tem gente da umbanda, tem gente que é índia, e todos nós somos irmãos. Quem fala é porque não aprendeu, né, a vivenciar os momentos de luta, nos movimentos sociais, de socialismo mesmo, porque a gente se reúne, se junta, pelo bem comum (BERTHA).

Além dessas concepções, Gonzaga nos traz a fala de quem não segue doutrinas religiosas, mas, que esse fato não o afasta de Deus, compreendido com uma fonte potencializadora em sua vida.

Nem me sinto católico, nem sou do candomblé, e muito menos evangélico. Mas eu acredito em Deus. Eu tenho uma força muito grande com Deus (GONZAGA).

Deus, na fala de Gonzaga, pode ser traduzido como uma fonte inesgotável de força, algo que ultrapassa a noção e prática religiosa, o que nos faz retomar a definição de Koenig (2008), quando identifica a espiritualidade numa relação que transcende.

### **5.2.5 Percepção do Território**

Haesbaert (2004), geógrafo brasileiro focado nos conceitos de território e região sob a ótica da geografia humana, fala que o território tem aproximação etimológica com *terra-territorium* e *térreo-territor* (aterrorizar), caminhando para dois sentidos: um, dizendo respeito à terra (o território como materialidade); e o outro, referindo-se às relações de poder que o território provoca. Zhouri e Laschefski (2010) percebem o território como patrimônio necessário para a produção e reprodução que garante a sobrevivência de determinada comunidade como um todo.

No entanto, nos acostumamos com a nova configuração espacial da sociedade contemporânea que promove moradias estruturadas por meio de apartamentos e condomínios fechados, que oferecem determinadas comodidades. Contudo, o vínculo entre as pessoas restringe-se, a ponto de não conhecermos, muitas vezes, os próprios vizinhos. A fala de Bertha sobre o território do Dendê nos remete a ideia de que a comunidade ainda consegue estreitar os vínculos.

(...) são momentos bons, posso dizer que são momentos prazerosos mesmo, viver em comunidade, viver com pessoas. Você pode xingar, pode abraçar, sabe, porque as pessoas ainda relevam muitas coisas umas para as outras (BERTHA).

De acordo com McMillan e Chavis (1986), o sentimento de comunidade está ligado a quatro elementos: fazer parte de; influenciar; de ter integração e obter satisfação das necessidades; e partilha de ligações emocionais. Os mesmos autores ainda o definem como um tipo de sentimento em que as pessoas se sentem pertencentes ao lugar, sentir que um importa para o outro e para todo o grupo, e ter a convicção de que as necessidades dos componentes serão adquiridas através da união de todos. O depoimento a seguir é emblemático em relação ao dito por McMillan e Chavis.

(...)parece que a gente enterrou o umbigo aqui. É o umbigo que a gente enterra na terra, né. A gente não se vê em outro espaço, em outro bairro (BERTHA).

Muitos participantes manifestaram um profundo afeto pela comunidade do Dendê, em que podemos intuir que isso possa ter reverberado no protagonismo comunitário exercido pelos mesmos.

Aqui é o meu xodó. O meu xodó é o Dendê. O Dendê, no Edson Queiroz, é minha casa, aqui é minha morada (MAHATMA).

Eu adoro essa comunidade, até brinco quando eu estou fazendo o programa, eu digo que é o melhor bairro do Brasil, a melhor comunidade do Brasil. É com muito orgulho que eu moro aqui, eu participei de todos os processos dentro da comunidade, de associações, de conselhos (MARTIN).

Várias vezes eu já pensei em voltar para o Mucuripe, mas eu boto o pé atrás e paro de pensar porque eu gosto daqui. Passei a gostar do Edson Queiroz, sabe (FRANCISCO).

De acordo com Feitosa *et al.* (2018), um dos processos mais importantes da interação indivíduo-ambiente está relacionado ao significado que o indivíduo dá ao espaço, transformando-o em território emocional, associados a conteúdos intelectuais, valores e representações, em que a afetividade releva como os indivíduos agem e se posicionam nesse mesmo território. Dessa maneira, é possível compreender de onde derivam os laços afetivos que as pessoas criam com os lugares, necessitando estarem próximas deles.

Outro aspecto da afetividade vem do fato da história de vida vivenciada no território, que faz com que as pessoas tenham apego ao lugar.

Eu nunca pensei em morar fora do Edson Queiroz, de jeito nenhum. Não penso, nunca pensei em sair daqui. É uma vida aqui, né. Já tem quarenta e um anos que eu vivo aqui. Foi onde eu criei meus irmãos, meus filhos (DJANIRA).

Além do afeto e do apego percebidos, o território ainda oferece fácil acesso a bens e serviços por localizar-se em uma área de privilégio comercial, como nos lembram Gonzaga e Mahatma:

Eu quase nasci, e me criei aqui. Cheguei ainda pequeno. Eu gosto demais daqui independente do que está acontecendo. Aqui é uma comunidade que tem como a gente se virar, tem onde a gente buscar apoio, ajuda, tem a Unifor, temos o Fórum, temos uma delegacia, tem vários shoppings perto. E aqui dentro da comunidade nós temos muitas coisas boas, apesar do lado ruim. Então, eu me sinto muito privilegiado de estar aqui (GONZAGA).

O Dendê é uma comunidade que cada vez mais cresce. A gente sabe da influência da violência, que atrasa muitas coisas, mas no Dendê nós estamos rodeados de coisas boas, tem fórum, shoppings, universidades, escolas, frigorífico, cartório próximo (MAHATMA).

Apesar de Antonovsky não focar no ambiente em si, em seus conceitos, é compreensível o significativo valor que atribuiu ao mesmo. Basta rememorar um de seus primeiros estudos, no qual procura analisar o porquê de mulheres que viveram condições degradantes em campos de concentração nazistas conseguirem manter sua saúde, e outras não. Além desse estudo, também investigou aspectos salutogênicos de comunidades negras nos Estados Unidos, que apresentavam condições vulneráveis. Assim, tornar visivelmente compreensível que o lugar – para Antonovsky – tornar-se relevante, pois, é esse mesmo lugar que pode promover aspectos negativos que precisam ser superados pelas pessoas.

Diante do exposto, é possível entender a importância que o lugar apresenta para os participantes dessa pesquisa, o que nos faz encontrar sentido para a compreensão que eles apresentam de si mesmos, para a preocupação que possuem com todos os moradores da comunidade, e para as fortalezas que conservam em si para superar os desafios.

### 5.3 Manejo das Forças propulsoras para a superação

“O que é, então, um ser humano? (...)  
É o ser que inventou as câmaras de gás,  
mas é também aquele ser que entrou nas  
câmaras de gás,  
com uma oração nos lábios”  
Victor Emil Frankl

De acordo com Antonovsky (1993), a manuseabilidade refere-se a uma espécie de esfera do agir, em que o indivíduo consegue resolver as questões que surgem na sua vida prática. Essa resolubilidade acontece com mais facilidade quando se percebe que existem recursos para superar, como um sistema de crenças favorável à superação, ou um amparo afetivo em comunidade, família ou pessoas afins.

Assim considerando seu constructo salutogênico, e tendo como base os discursos dos participantes da pesquisa, elencamos três subcategorias analíticas: a força de Deus, a família como suporte, e o apoio da própria comunidade.

#### 5.3.1 A força de Deus

Já seria esperado que pudessemos encontrar, em um grupo tão espiritualizado, respostas que cunhassem a existência e força de “Deus” como suporte. E foi exatamente o que ouvimos em demasia. Deus traduzido sob diversas formas, mas sempre com um sentido de força provedora de superação, de resistência e aceitação.

A discussão sobre Deus permeia o cotidiano das pessoas, e também da filosofia, que assume diferentes interpretações a depender da época ou filósofos a que nos referimos. Platão é, sem dúvidas, um deles, seguido de Aristóteles, e outros.

O discurso de Platão é marcado por alegorias, analogias ou narrativas míticas, em que Deus é comparado ao sol, haja vista que este exerce importante papel no que se refere ao conhecimento advindo da visão das coisas do mundo visível, pois a luz emana dele, aferindo visibilidade a tudo (PLATÃO, 2012).

Possivelmente por influência platônica, Aristóteles cria o argumento do motor para provar a existência de Deus, em que defende que tudo o que está em movimento é movido por outra coisa, sendo Deus a causa basilar (GADAMER, 2009). O depoimento a seguir apresenta um certo encontro com os pensamentos platônico e aristotélico:

Ah meu Deus! Deus para mim é muito importante! Se não fosse Ele, o que seria de nós. Eu acho que não existia nem o mundo, né. Para mim, tudo no mundo é Deus, e nós só fazemos alguma coisa com o consentimento dele. Nós só estamos vivas por causa dele (JOSEFA).

Aristóteles aceita a existência de um Deus distinto do mundo, um Deus vivo, onipotente, que é a 'Causa Primeira', um motor imóvel (que move tudo e não é movido por nada fora de si mesmo), que vive de forma soberana, eterna e perfeita, além de infinitamente inteligente e invisível em si mesmo, mas visível em suas obras (GADAMER, 2009). A fala de Tereza corrobora com o depoimento de Josefa e com o pensamento de Aristóteles:

Deus é grande. Deus é o maior do universo. É Ele quem pode, quem rege o universo. Eu tinha uns amigos da faculdade que eles diziam, 'Tereza não existe Deus'. Como é menino?! Não existe Deus?! Deus é poder (TEREZA).

De acordo com Coelho (2010), ao analisar a consciência e matéria a partir do pensamento de Bergson, o filósofo referiu-se à existência de uma energia criadora provinda do amor, e que Deus seria essa própria energia.

Na fala a seguir, de Dulce, podemos traçar uma aproximação com o pensamento de Bergson, pois é possível verificar que, para Dulce, Deus está na relação amorosa com o outro e consigo mesma.

Deus para mim é a fé, é o amor, é uma coisa boa. É o bem, e fazer bem. Ele ajuda a não guardar maldade no coração, né, não guardar maldade, rancor, não querer fazer mal a ninguém. Esse é o Deus da gente, é o meu (DULCE).

Para Bergson, "Deus é amor e é objeto de amor", sendo o amor divino o próprio Deus e não um de seus predicados. Assim, por ser algo "inexprimível", a definição de Deus seria "interminável", e o amor divino deve ser compreendido como "uma força de criação", como uma "energia criadora" cuja natureza poderíamos conjecturar a partir dos exemplos de pura criação de que dispomos.

Todo o entendimento por parte dos participantes de que Deus é força suprema em suas vidas, torna-se relevante para que os mesmos consigam superar os momentos de aflição, e se reerguerão, tornando-os resistentes às adversidades da vida. Os depoimentos abaixo nos indicam Deus como esse “porto seguro”.

Deus para mim é tudo. Deus é tudo! É a base de tudo. Acho que a pessoa que não tem Deus, não tem nada (DJANIRA).

Mas a minha base é Deus e minha família. Eu vou à igreja, eu vou à missa, e peço força à Deus, e isso me motiva a cada vez mais continuar nessa luta (MAHATMA).

Deus é tudo para mim. Deus me proporciona muitos momentos bons. Eu sei que passo alguns momentos ruins, mas também todo mundo passa, é quase que natural. Mas Deus é o maior porto para continuar lutando, para continuar insistindo. Deus me fortalece em todos os momentos (MAHATMA).

Nos depoimentos a seguir, de Francisco e Martin, podemos perceber que Deus é explicado como uma força interior, algo que está dentro de si, e os mobiliza.

Aonde está Deus? Dentro de você, dentro de mim, dentro do meu coração, dentro das minhas atitudes. Atitudes que me levam a buscar em mim o melhor também para o outro. É assim que eu percebo Deus, sempre olhando para o outro, e percebendo que Deus também está no irmão (FRANCISCO).

Deus para mim é aquele criador que faz o impossível, que tem o mundo nas suas mãos, mas deixa o livre arbítrio para cada um de nós. Ele está sempre presente dentro da gente, e é a gente que talvez nem busque estar perto dele. Deus para mim é maravilhoso (MARTIN).

A espiritualidade é um forte aspecto da teoria salutogênica. Antonovsky inicia seu constructo teórico investigando indivíduos que sobreviveram a campos de concentração nazistas, como já citado, e descobre exatamente que aqueles mais religiosos, que apresentavam sua espiritualidade para se apoiar, foram os que tiveram chance mais elevada de sobreviver, e de resistir. Assim, chegou à conclusão de que além de outros itens tais como boa genética, solidariedade e apoio, amorosidade, boa educação e formação cultural (dentre outras), a espiritualidade é fundamental para que o ser humano sobreviva (ANTONOVSKY, 1993).

Assim, pessoas com alguma bagagem espiritual, seja por meio da religião, ou outra forma, apresentam maior aptidão para o autocontrole, para manter a

serenidade e até mesmo equilíbrio imunológico diante de situações estressoras (MORAES, 2014).

Além de Antonovsky, podemos lembrar dos escritos de Viktor Emil Frankl, que, apesar de ambos não citarem um ao outro, apresentam ponto de vista muito próximos. Para Moraes (2014), Frankl e Antonovsky têm em comum, justamente, o fato de investigarem uma espécie de fenômenos anímico-espirituais em sobreviventes de campos de concentração nazistas, após a Segunda Guerra Mundial, sendo que Frankl falou dele mesmo.

Frankl foi um psiquiatra austríaco que durante a Segunda Guerra Mundial foi preso, e passou por quatro campos de concentração, dentre eles, Auschwitz. Após resistir às atrocidades da Guerra, Frankl inicia uma análise existencial para compartilhar com outras pessoas como pode ser possível suportar um grande sofrimento, e chega à conclusão de que o ser humano deve resgatar seu “ser espiritual” (FRANKL, 2019).

Moraes (2014), corrobora como o pensamento de Frankl sobre o fato de as pessoas terem abandonado seu lado espiritual ao colocar que os indivíduos modernos vivem tão sem espiritualidade, ou a colocam em um plano tão distante, que isso é definido como ‘normal’. Compreendendo que ‘normal’ é quem segue a norma vivida pela maioria, muitas vezes o caminho mais fácil, que é o caminho mediano, ou seja, da média das pessoas.

Esse “ser espiritual” de que Frankl fala pode ser representado de diversas formas, dentre elas por meio da crença em Deus. As falas a seguir nos relevam pensamento parecido.

(...) não existe um fardo que você tenha que você não possa carregar, se Deus dá um fardo para você, é porque você pode carregar, você pode superar e isso é independente da sua religião. Então, nos momentos difíceis, em busca a Deus (MARTIN).

Eu converso com Deus como se eu tivesse conversando com uma pessoa, e tem gente até que acha que eu sou meia maluca, mas não sou. É porque eu converso com Deus, e eu sei que ele é um Deus vivo, que está do meu lado, me ajudando a resolver os problemas (DJANIRA).

O depoimento de Djanira nos faz lembrar de Frankl, que para suportar as barbaridades dos campos de concentração por onde passou, encontrou força em um sentido interno, uma espécie de “voz interna” que o ajudava a superar os momentos de maior desespero, dando-lhe energia e esperança (FRANKL, 2005).

Eu sinto que Deus está do meu lado vinte e quatro horas por dia, nas minhas horas de alegria, nas minhas horas de tristeza. Sempre é com ele que eu me apego. Sinto que Ele está do meu lado. Eu tenho uma amizade muito grande com Deus (GONZAGA).

Para Frankl (2005), a vida tem um sentido mais amplo que inclui, também, a doença, o sofrimento e a morte. O sentido de que ele fala é aquela meta que o indivíduo deseja alcançar e, por ela dispõe-se a suportar todas as dificuldades do caminho. Este sentido pode ser encontrado em uma obra, no amor e no próprio sofrimento, gerando uma certa confiança de que no final o desejo será alcançado. Os depoimentos de Francisco e Tereza ratificam essa questão:

Eu sempre me faço algumas perguntas todas as manhãs, quando eu acordo, rezo, e coloco diante de Deus o que ele tem de melhor para mim. Eu digo 'Senhor, tu és o melhor para mim', mas me ensina ser o melhor neste dia (FRANCISCO).

(...) na terça-feira chegou um carro do exército cheio de polícia e eu disse 'o que vocês vieram fazer aqui'. A gente veio resguardar a senhora. Precisa não, pode ir embora, aqui quem manda é Deus, e ninguém vai fazer nada comigo não. Eles foram embora, né, e a gente continuou a nossa luta (TEREZA).

Coelho (2010) considera que o pensamento de Bergson sobre Deus envolve o que ele chamou de "pessoas místicas", que não se preocupam com as tentativas racionais de demonstrar a existência de Deus, nem com as objeções contra elas levantadas, pelo fato de acreditarem na sua própria natureza e positividade.

### **5.3.2 A Família como suporte**

A primeira vivência do ser humano acontece em família, constituindo-se em um espaço para a gênese psíquica, social e espiritual. Para Baptista, Baptista e Dias (2001), ter suporte familiar significa possuir provisão de informações, como conselhos, conforto, suporte emocional, valorização de atitudes, acesso a expressão de sentimentos e outros. A presença da família foi outro aspecto citado pelos participantes com fator manejável para suas vidas.

A família é meu alicerce para tudo. Eu tenho uma família grande, aí não é difícil, todo mundo se ajuda, porque nos momentos mais difíceis, como a gente já teve, por exemplo caso de doença na família, a gente se ajuda (CAROLINA).

(...) eu procuro apoio da minha irmã mais nova, porque a gente mora juntas, e ela contribui muito comigo, tanto em relação ao trabalho, como em relação aos meninos. E também eu acho que há essa busca interior. Eu acho que é ela que contribui para a gente se achar quando se encontra meio perdida (MALALA).

(...) é a família que eu tenho, e ela vai me ajudar, e se eu estiver errado eles vão me dar carão, mas vão estar do meu lado. Então eu recorro à Deus e a minha família (GONZAGA).

A presença da família é estruturante na vida das pessoas, colaborando como sustentação. Baptista (2012) considera que a família deve ser entendida como algo importante e capaz de influenciar as pessoas em seus relacionamentos, comportamento, sentimento de pertencimento social e saúde psíquica.

(...)um domingo que a gente se encontra com a família, família toda reunida, já vai espiritualmente alimentando a sua alma, está entendendo? (CAROLINA).

Antonovsky e Sourani (1988) alertam que o interesse pela resiliência familiar contribui para reorganizar o pensamento, focando os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar em vez de avultar seus desajustes e falhas. O ambiente social, constituído, dentre outros aspectos, pela família, torna-se um importante manejo na lidar com os problemas.

O conhecimento adquirido com a experiência humana envolve os diversos estímulos existentes no ambiente e na vida dos indivíduos, promovendo formação da cognição e adaptação (CARVALHO, 2016).

Saber que poderá contar com a família nas horas difíceis, mesmo essa não estando presente em todos os momentos, torna-se preponderante da construção da segurança. Mas, como lidar com a perda física daqueles que lhe ofereciam apoio? Malala traz uma postura interessante para obtermos essa compreensão:

(...) é um pouco difícil [breve silêncio] (...) porque a gente não tem mais a minha mãe. Fazem dois anos que a gente não tem mais ela, e apesar da gente ser bem resolvida com isso, quando o negócio 'arrocha', ela faz falta, porque era sempre com ela que a gente contava, tanto em relação as coisas negativas, quanto as coisas positivas. Mas ela também faz parte de quem somos, então é como se a gente conseguisse fazer umas reflexões, uma autoanálise, e é como se a gente conseguisse pensar no que ela faria, no que ela falaria, e isso contribui, sabe (Malala).

A fala de Malala colabora para o fortalecimento de que é necessário que haja nova reconstrução mental diante das perdas, reconstruindo, dessa maneira, mecanismos internos que nos ajudem a suportar as ausências, e mais, transformá-las em presenças.

### **5.3.3 O apoio da própria Comunidade**

Elvas e Moniz (2010) detectaram que um forte sentimento de comunidade reflete um maior sentimento de proteção e segurança nos bairros, em que é possível associar, também, a um baixo índice de problemas mentais, suicídios, diminuição da criminalidade, além do fortalecimento das próprias pessoas.

Dessa forma, a organização social própria de comunidade coopera para a promoção de diversos sustentáculos que, em geral, a vida em grandes cidades tem se distanciado, como a manutenção de vínculos entre vizinhos, e por consequência, a conservação de afeto nas relações e nos momentos de necessidade, como mostra a fala a seguir.

Teve uma vez que cortaram nossa água (...) e isso foi todo um transtorno né. Aí o pessoal daqui ficaram dando água para a gente, ficaram dando balde d'água. E quando uma vizinha via eu pegando água em alguma casa, ficava oferecendo também. Então, aqui a gente tem essa contribuição (MALALA).

Tanto a fala supracitada de Malala como os discursos a seguir exemplificam a vigilância criada pelas singularidades do viver em comunidade, em que as pessoas cooperam umas com as outras quando percebem que podem fazê-lo.

Quando incendiaram a associação, foram os vizinhos, né, que sentiram o cheiro de fumaça e viram que aqui estava 'fumaçando', em chamas, e ligaram para a polícia, e a polícia chamou de imediato os bombeiros (MAHATMA).

A gente tem muita ajuda aqui da comunidade, e é como se eles constituíssem a nossa rede de apoio, sabe. Por exemplo, minha irmã estava lembrando que às vezes quando a minha mãe fazia compras, e o entregador vinha entregar e não tinha ninguém em casa, ele deixava na casa de qualquer vizinho, e quando minha mãe chegava, a pessoa vinha entregar (MALALA).

O discurso de Malala nos faz recordar do chamado "monitoramento participativo" proposto por Jaime Breilh, epidemiologista equatoriano, situado na

epidemiologia crítica, que analisa as desigualdades sociais e suas repercussões sobre a saúde em um determinado contexto histórico, tais como espaço social, reprodução social, classe social, condições de vida, dentre outros, e ver como possibilidade o próprio monitoramento da comunidade como uma estratégia para a resolução de seus problemas (BREILH, 2003).

Já Martin e Gonzaga nos levam à compreensão de que o reconhecimento que lhes é conferido pela comunidade torna-se um importante suporte para o dia-a-dia.

A comunidade praticamente inteira me conhece. Seja aquele que mora lá na rua do comércio, ou que mora em outro local, em um mais longe. Todos me conhecem. Os meus vizinhos me apoiam, apoiam o trabalho social que nós fazemos, (...) inclusive tem pessoas que estão me ajudando, resolvendo alguns problemas aqui da rádio. A convivência com os vizinhos é maravilhosa (MARTIN).

(...) eu me sinto muito querido, muito abençoado pela comunidade, né, que sempre está me apoiando (...), eu me sinto, aqui na minha redondeza, muito querido, e eu me dou muito bem com meus vizinhos (GONZAGA).

Além dos aspectos já descritos foi comum ouvir dos participantes da pesquisa que uma das potências de superação dos eventos desagradáveis no Dendê é o apoio colaborativo que encontram dos grupos que fazem parte. O discurso de Francisco exemplifica essa questão ao manifestar a importância que uma liderança comunitária teve em sua vida.

O 'M' foi uma das pessoas que mais me ajudou a ser quem eu sou hoje. (...) pois quando eu cheguei aqui ele me mostrou muito do lado social que aqui precisava, ele e a mãe dele. Eles me ajudaram a não ter medo de andar nas áreas de risco (FRANCISCO).

Dessa maneira, finalizamos essa categoria analítica corroborando com Moraes (2014, p. 163): “não temos como mudar o mundo. Mas podemos mudar o nosso mundo interior. E podemos ainda mudar muita coisa do nosso mundo de convívio. Só precisamos de referências”.

## 5.4 O Sentido da Vida

Tudo passa: sofrimento, dor, sangue, fome, peste. A espada também passará, mas as estrelas ainda permanecerão quando as sombras de nossa presença e nossos feitos se tiverem desvanecido da Terra. Não há homem que não saiba disso. Por que então não voltamos nossos olhos para as estrelas? Por quê?”

Mikhail Bulgakov

Além da “compreensão” e “manejo”, outro elemento basilar da teoria salutogênica é o “significado”, representado nessa categoria pelo “sentido da vida”.

O Sentido da vida é abordado, na atualidade, por várias disciplinas como a filosofia, pedagogia, psicologia, sociologia e psiquiatria, e cada uma delas reporta-se por meio de elementos que tragam uma visão integral do mesmo. Hernández (2005) nos remete à reflexão de que o sentido da vida perpassa por uma existência individual, em que ninguém pode escolher um determinado sentido para a vida do outro. Será preciso que cada um consiga encontrar o seu, e devemos recorrer às nossas potencialidades biopsicossociais para nos orientar.

Outro aspecto trazido pelo autor é que se faz necessário que exista uma autoanálise, compreendendo que o sentido de vida para cada um depende do fundamental papel da sua *psiquis*, de sua posição no mundo e da sua própria subjetividade que justificam, juntos, a existência. Assim, o sentido da vida seria influenciado por hierarquias motivacionais ou por subsistemas de motivos que coexistem e apresentam a suficiente estabilidade, organização e potencial indutor para a atividade interna e externa (HERNÁNDEZ, 2005), colaborando na mobilização de recursos para superar eventos adversos que ocorrem na vida.

De acordo com Antonovsky (1987), o modo como cada uma das experiências vividas ao longo da vida (sejam elas negativas ou positivas) é interpretado por cada pessoa, seria capaz de afetar a maneira de lidar com a tensão e o estresse, influenciando, dessa forma, na percepção e utilização de recursos (experiências)

próprios para lidar e desenvolver benefícios para a superação das experiências negativas.

Assim, como último elemento para compor o Sentido Interno de Coerência (SIC), Antonovsky (1993) estabelece o “significado” como fator preponderante na manutenção e elevação do SIC. Significado este que poderia ser compreendido como o sentimento que a vida faz sentido apesar dos pesares.

Com isso, diversas qualidades cognitivas, comportamentais e motivacionais são acendidas a partir da assimilação desses recursos presentes em cada pessoa, e em sua comunidade. E essas qualidades podem ser entendidas como compreensão do contexto vivido, crença que se dispõe de recursos próprios para superar as adversidades e mudar para melhor seu contexto de vida (ANTONOVSKY, 1987).

Hernández (2005) nos alerta para o fato de que esses “recursos” advêm de fatores biológicos, psicológicos e sociais dos indivíduos e que só podemos separá-los mentalmente, pois, na realidade, eles estão mesclados de tal forma, e influenciam uns aos outros, que é impossível tecer uma separação.

Contudo, torna-se necessário compreender o que ajuda as pessoas a adquirir, ou manter, os recursos que fortalecem o sentido da vida de cada um. Parte de nossos entrevistados trouxe como depoimento o fato de reconhecer que o sofrimento faz parte da vida, o que denota aceitação do mesmo, como podemos constatar nos discursos a seguir.

O que me faz ter vontade de viver?! O pessoal diz que a gente sofre, sofre no mundo, e ainda quer viver, né. É assim mesmo. Mas, o que faz a gente querer viver é ter sempre o pensamento de que o amanhã vai ser melhor, é aquele dia que a gente espera coisa boa, e essa coisa vem, e ter o alicerce da família, das amizades (CAROLINA).

Hoje é hoje! E hoje você não deve mais voltar para atrás. Você deve seguir para frente. Então, a gente tem vários momentos como bom, como ruins, na nossa caminhada (BERTHA).

Compreender que o sofrimento faz parte da vida nos torna mais potentes?! Talvez reconhecer que não há vida sem pesar, sem dor e sem percas nos permita ser mais fortes perante ao enfrentamento de nossos problemas.

Sullivan (1989), estudiosa da teoria salutogênica, reforça que a centralidade da teoria é explicar como as pessoas conseguem ficar bem, apesar dos estressores onipresentes, e esclarece que a diferença entre problemas de saúde e bem-estar

pode depender mais da visão que se tem da vida, do que da prevenção do estresse, muitas vezes inevitável.

Dessa forma, compreender a vida, e conscientizar-se das implicações de nossas experiências em sua própria construção, faz-se relevante para arquitetarmos um sentido para o que se é vivido. O depoimento de Malala ratifica essa questão:

Eu estou tendo uma experiência em participar de um projeto social da prefeitura, estou trabalhando na Rede Aquarela, e a partir dessa vivência, eu consigo me tornar sensível para ter o afeto de fazer o que eu amo, fazer tanto lá no meu trabalho, como algum trabalho aqui da comunidade, e as coisas vão se complementando. Eu acho que se eu não tivesse essa vivência, talvez eu não estaria fazendo o que eu estou fazendo, da forma que eu estou fazendo, e onde eu estou fazendo (MALALA).

Cabe ressaltar que, para Antonovsky, é imprescindível ver as atividades da vida como significativas, e perceber que os eventos são compreensíveis e gerenciáveis, elevando o chamado de Sentido Interno de Coerência (SIC) (SULLIVAN, 1989). É o que podemos perceber na continuação do discurso de Malala:

E isso é muito satisfatório para mim. Eu me sinto plena fazendo isso, e me sinto muito grata ao universo inteiro que conspira para a gente estar aqui e agora. Mesmo com as coisas difíceis, tipo a violência, a perda da minha mãe, foi também a partir de tudo isso que as coisas se constituíram no aqui, e no agora (MALALA).

A rica compreensão de Malala reforçar os axiomas salutogênicos que defendem a complexidade como geradora de oportunidades para escolhas diferentes e flexíveis, possibilitando adaptação às mudanças e possibilidades de reorganização (ANTONOVSKY, 1993), mesmo diante do maior temor da humanidade – a morte.

No depoimento abaixo, também podemos verificar essa conformação adaptativa diante da perda de alguém querido.

Às vezes eu me pego com algumas coisas, né. No ano passado morreram umas pessoas muito amadas pela comunidade, né, assassinados [voz embargada]. Pois é, eu fiquei doente, agoniada e muito, muito triste. Fiquei sem sossego, não entrava nessa casa só, com medo de tudo. Foi quando eu fui muito na fé, pedi muito, rezei muito, conversei com minha irmã, fui várias vezes seguida na igreja, foi quando fui me acalmando. Não me acostumei com a morte deles, mas fui entendendo pouco a pouco (TEREZA).

Outros participantes colocaram com coerência o vislumbre de uma vida sem perfeição, em que é preciso superar os desafios e dificuldades do próprio processo existencial, conforme os depoimentos a seguir.

(...) eu sou feliz aqui. Falta alguma coisa?! Sempre vai faltar. Eu queria estar agora sabe aonde?! Na Caponga, olhando para o mar, comendo um peixinho, tomando uma água de coco e ouvindo música. (...) mas eu estou é aqui, e isso também me faz feliz (FRANCISCO).

(...)a melhor forma de encarar a vida é você saber que vai ter desafios, mas que vai ter que ter força para passar por cima deles. Porque se você pensar que tudo vai ser mil maravilhas, e não será. Então, você deve saber que está indo para aquela vida, e que pode ter desafios, ter a consciência que vai ter dificuldades, e você vai ter que passar por cima de muita coisa, de muita barreira e vai ter que superar (MARTIN).

Nós nascemos com a tendência de buscarmos o que é bom, né. E bom não significa ser perfeito, bom é buscar aquilo que você precisa. Para você ou para o seu semelhante (FRANCISCO).

O modelo salutogênico postula que o Sentido Interno de Coerência (SIC) ajuda os indivíduos a mobilizar Recursos Generalizados de Resistência (RGR) e recursos específicos de resistência diante de estressores psicossociais e físicos, podendo levar a (1) evitar os estressores, (2) defini-los como não estressores, (3) gerenciá-los e superá-los, e (4) levar a tensões que serão gerenciadas com sucesso, (5) ou sem sucesso (MITTELMARK; BAUER, 2016).

Assim, os RGR e os específicos promovem maior probabilidade de gerenciamento dos eventos estressores, haja vista que, de cinco possibilidades, somente uma é atribuída ao insucesso. O que, para Mittelmark e Bauer (2016), faz do SIC um postulado de orientação (no sentido de atitude, predisposição ou propensão), e não um mecanismo cognitivo e/ou emocional que converte informações sobre estressores e recurso em respostas de enfrentamento.

Quando Hernández (2005) teoriza sobre o sentido da vida, também se aproxima da ideia de que há mecanismos compensatórios desenvolvidos pelos indivíduos para superar determinadas questões. O autor coloca que cada um tem potencialidades próprias, ou desenvolvidas, devido a recursos compensatórios que se encontram em quaisquer dos fatores que dão sentido à vida: fatores biológicos, psicológicos e sociais (HERNÁNDEZ, 2005).

Será o reconhecimento da incerteza, mais um desses recursos compensatórios? Faz sentido acreditar na possibilidade do “sim” ou do “não” como

resultado da vida, sem criar, ou superando, frustrações advindas do resultado negativo, pois dessa forma, é possível acreditar na expectativa de estar bem apesar de ter de arriscar-se, e muitas vezes, perder.

Às vezes eu penso, será que eu vou conseguir? Mas, tem que ter fé, tem que ter força (...), mas vai ter coisas que você terá que pular, e tem que estar preparado para superar. Sonhar, eu sonho muito, sonho com cada coisa. Mas assim, a vida vai dando certo de acordo com o que a gente vai tentando (MARTIN).

A fala acima de Martin nos convidar para refletir, justamente, sobre a questão do “arriscar-se” como uma possibilidade de fazer nascer algo novo, sem deixar de ter a coerência de que o resultado pode ser diferente daquilo que se espera alcançar. E seu depoimento a seguir complementa sua ideia anterior, trazendo-nos uma analogia sobre como é preciso encarar as consequências de nossas escolhas.

A minha vida é uma linha reta. A nossa vida é uma linha reta, e se eu estou naquela linha reta, e eu sei que aquela ali é a linha certa da vida, eu não devo desviar, porque se eu desviar, eu vou cair em um buraco. Eu tenho que ir pela minha linha reta, mas mesmo assim, lamentavelmente algumas coisas não vão dar certo, e é preciso entender que isso acontece (MARTIN).

Além das óticas discutidas anteriormente, encontramos respostas que atrelam o significado da vida com hábitos de gratidão, como podemos verificar nos diálogos a seguir.

(...) independente do que você tenha sofrido hoje, é importante agradecer pelo amanhã porque você ainda está vivo (GONZAGA).

Todo dia, eu começo o programa da rádio, às seis da manhã, com a oração do bom dia. E eu sempre falo que é hora de agradecer a Deus. Agradecer pela vida, agradecer por mais um dia, agradecer pela saúde, e pedir sabedoria para traçar os melhores caminhos na nossa vida (MARTIN).

Todo dia (...) eu digo ‘meu Deus, muito obrigada porque eu me levantei, porque eu abri os olhos’. Aí eu agradeço pelo sol, pela chuva, se tiver chovendo. Quando eu vou tomar banho, eu agradeço pelo meu cabelo, porque eu tenho cabelo, agradeço pela minha roupa, agradeço por tudo que ainda está direitinho (BERTHA).

Agradeço por tudo, por tudo e começo logo pelo banho, porque eu me acordo muito cedo, acordo quatro e quarenta e no banho já vou agradecendo, pedindo a Deus, e quando eu não sei falar mais nada, eu canto e depois eu começo de novo, e assim é minha oração da manhã (BERTHA).

Agradecer, nas falas dos participantes, também pode ser entendida como aceitação daquilo que acontece em nossas vidas. Para Bonnie e De Waal (2004), a gratidão é uma adaptação evolucionária que adequa as respostas dos indivíduos às ações altruístas, que podemos com clareza associar aos participantes de nossa pesquisa.

Malala também apresentou um depoimento com esse mesmo sentido, registrando além da gratidão pela vida, o reconhecimento de que tudo o que foi conquistado já valeu a pena.

Eu sou muito satisfeita. Eu sou muito grata. Inclusive um dia desses eu estava raciocinando que se acontecesse alguma coisa comigo, eu acho que eu já conquistei um monte de coisa legal, e essas coisas legais não são concretas, não são monetárias, entende? São coisas que a gente consegue passar (MALALA).

Alves (2010) comenta que a gratidão tem sido delineada de diversas maneiras: emoção, estado de espírito, virtude moral, traço de personalidade, hábito, forma de *coping* ou, tão simplesmente, como modo de estar na vida, e que devido à importância da gratidão, torna-se proeminente entender de que forma e em que medida esta atividade afeta a vida, as relações e o bem-estar subjetivo das pessoas que a realizam.

Outro sentimento emergido nos participantes e que dá significado à suas vidas é a conservação de um pensamento positivo.

Araújo (2013) comenta que nos últimos anos têm aumentado os estudos sobre os aspectos positivos das emoções e do comportamento humano, e destaca a colaboração do psicólogo Martin Seligman, que destaca a importância em desenvolver o otimismo, a motivação e a resiliência para o bem-estar psicológico.

Nos discursos a seguir, podemos verificar que nossos entrevistados conservam um pensamento positivo sobre si e sobre a comunidade.

Eu vivo com o meu coração sossegado. Pela fé ele [neto] está liberto. Todo mundo deve ter fé né (JOSEFA).

É com atitude e coragem. É tendo atitude. É dizendo assim 'eu vou conseguir' e é partir para cima, ter fé, porque é pela fé que a gente consegue as coisas. É pela fé (DJANIRA).

A fé de Josefa e Djanira nos remetem a um pensamento otimista como forma de enfrentar a vida. Para Bastianello e Hutz (2015), mesmo que muitos pesquisadores atuais acedam à compreensão que o otimismo reflete uma expectativa de que coisas boas irão acontecer, enquanto que o pessimismo reflete uma expectativa de eventos ruins, não há concordância teórica, pois, Seligman (1998), um dos teóricos de renome desse campo, defende que ser otimista não se reduz a ter pensamentos positivos, mas ao modo como a pessoa pensa sobre as causas de eventos ruins.

Francisco e Martin, ratificam o pensamento de Seligman (1998), pois apresentam em seus depoimentos uma maneira muito própria de lidar as adversidades: não desanimar e continuar acreditando.

Não sei se vocês perceberam, mas eu gosto muito de usar a expressão lutar, e esse meu sentido de lutar é sempre construtivo, né. É lutar para buscar sempre o melhor, e nunca para destruir. Tem momentos que a gente desanima, mas temos que lutar para ser feliz (FRANCISCO).

Eu espero ainda muita coisa na minha vida, né. E a gente tem que botar Deus acima de tudo, e tentar seguir da melhor forma possível. Não adianta a gente ficar lamentando muito (MARTIN).

De acordo com Bastianello e Hutz (2015), pessoas otimistas são confiantes com relação ao sucesso na concretização de suas metas, portanto, continuam cultivando esforços mesmo diante de adversidades, fato que influencia na constituição da personalidade e de indicadores positivos, como a autoestima e a alegria. O discurso a seguir pode ser um exemplo do que nos indica Bastianello e Hutz.

Essa vontade de viver, né. Essa vontade de viver e de perceber as coisas, que cada vez mais pode melhorar. Isso me motiva, isso me alegra. Isso me rejuvenesce! Isso tudo nos agrega, no trabalho social que a gente faz, no acreditar no próximo, no acreditar nas melhorias. Eu sou muito otimista (MAHATMA).

A essa altura de nossa análise, já ficou compreensível que, para os participantes da pesquisa, o vínculo com o território é tão forte que enxergar um futuro melhor, é, antes de tudo, visualizar que o lugar está em melhores condições.

Hernández (2005) identifica os fatores sociais como um importante aspecto da conformação do sentido da vida, implicando em acelerar ou retardar as

realizações, e que quando há presença de condições sociais muito adversas, essas condições paralisam os indivíduos, não possibilitando que os mesmos projetem o futuro. Contudo, podemos concluir que as condições adversas do território do Dendê não promovem imobilidades nos participantes de nossa pesquisa. Pelo contrário, o senso de positividade e otimismo para com o futuro é uma característica perene, conforme podemos comprovar nas falas a seguir.

Então, eu acredito que está muito próximo de o Dendê dar um salto de qualidade. Tenho essa perspectiva, porque pelo andar da carruagem, estão acontecendo algumas mudanças, remoções de alguns moradores, de algumas casas em uma área de risco, áreas críticas, que estão indo para uma área muito melhor. É desenvolvimento, então, eu vejo isso como muito positivo, e acredito que será em muito breve (MAHATMA).

Eu só penso em coisa boa. Eu só penso em coisa boa para o futuro. Se for aberta as ruas como algumas ruas já estão sendo alargadas, melhorando os calçamentos, estão falando que vai ter um calçadão lá embaixo, que estão construindo uma pracinha, eu acho que vai melhorar, né (TEREZA).

Eu acredito que o futuro da nossa comunidade será bem melhor. O que está por vir será bom, será uma transformação muito grande nesses próximos dois anos, queira ou não queira, a gente tem que estar preparado e falar em políticas públicas (MARTIN).

Diante das falas, é relevante compreendermos que a esperança se caracteriza por um estado emocional positivo direcionado ao futuro, que surge da interação entre rotas e agenciamento na presença de um objetivo, e o otimismo, por sua vez, corresponde a uma convergência para enfatizar os aspectos favoráveis das situações, além de esperar que fatos bons aconteçam tanto no presente quanto no futuro, proporcionando maneiras diferentes de lidar com as adversidades (CARLOMAGNO *et al.*, 2014).

Corroborando com os autores supracitados, é possível verificar nos discursos de Francisco e Carolina a construção de formas de superar as vulnerabilidades, dando um outro sentido para a vida na comunidade.

(...) eu imagino um bairro sem violência, que agora diminuiu bastante, graças a Deus. Imagino sem violência, famílias com saúde, com seus problemas sociais resolvidos, (...) uma comunidade harmônica, buscam sempre o melhor para o outro (FRANCISCO).

Então assim, eu vejo que a melhor forma da gente viver é tentar esquecer um pouco essa violência. Também acho as pessoas precisam se unir mais e cobrar mais dos nossos governantes, a gente tem que ir para as ruas, lutar pelos nossos direitos mesmo, com coerência e sem violência, está entendendo? A gente precisa continuar fazendo esses momentos

maravilhosos na comunidade, porque se a gente for ficar só escutando sobre essas coisas ruins que estão acontecendo, a gente não vai viver (CAROLINA).

De acordo com Antonovsky (1993), um conflito pode levar à tensão, portanto, em uma comunidade que apresenta condições adversas, é crucial para a própria comunidade aprender a lidar com as tensões e evitar o estresse, haja vista que as dificuldades na resolução de conflitos vão desde o nível social, e de grupo, ao nível individual, e foi exatamente por essa dificuldade que Antonovsky enfatiza a importância de fortalecer o SIC, pois assim haverá oportunidade de gerenciar e se adaptar a uma vida “de caos”.

### 5.5 Contribuições de Antonovsky para a Promoção da Saúde

A objeção, o desvio, a desconfiança alegre, a vontade de trocar são sinais de saúde: tudo o que é absoluto pertence à patologia  
Friedrich Nietzsche

Nas categorias anteriores pouco falamos de “saúde”, ou, especificamente, do “setor saúde” e da promoção da saúde. Contudo, acreditamos que antes de adentrar ao campo da saúde (coletiva), era necessário compreender toda a subjetividade que envolve os participantes da pesquisa e o território em que vivem.

Reservamos a presente categoria para discutir a(s) concepção(ões) de saúde dos participantes da pesquisa, bem como realizar um entrelaçamento entre a teoria salutogênica e os seus relatos dos participantes, para propor um caminho mais concreto para a promoção da saúde no território do Dendê.

Concordamos com Moraes (2014) quando infere que habitualmente, as ciências da saúde estudam não a saúde (*salus*, em latim), mas o adoecimento humano e como evitá-lo, devido à total influência da patogênese (de *pathos*, sofrimento, do grego).

Contudo, a salutogênese procura fazer a abordagem contrária, perguntando-se o que devemos fazer para nos manter com saúde, e não absolutamente o motivo de adoecermos, ou como vamos tratar a doença. Mas também, compreendemos que esse é um penoso exercício para nós, seres humanos, que tememos a morte, e

negamos toda e qualquer forma de sofrimento – o que nos deixa sempre em uma postura de frágil equilíbrio, já que a morte é a finalidade última da vida, e sempre haverá algum tipo de sofrimento.

Assim, a teoria de Antonovsky colabora para a compreensão do que poderemos fazer para nos mantermos bem mesmo diante dos embates existenciais, sem precisar fugir do desafio de passar por eles – pela razão de que fugir é inevitável – e construir uma harmonia consciente perante os desafios da vida (MORAES, 2014).

A salutogênese foi o primeiro modelo teórico a explorar sistematicamente a saúde (ANTONOVSKY, 1979; 1987). Não houve negação da existência da doença. O que houve foi o entendimento da mesma como algo comum ao processo existencial, em que devemos aprender a conviver com ela, e com seus efeitos e fatores, no sentido de se aproximar cada vez mais da saúde, considerando assim a naturalidade do *continuum* saúde-doença. O contínuo estudado por Antonovsky nos remete à ideia de processo, mais especificamente, o processo saúde-doença. Contudo, o que percebemos é que se tornou corriqueira a elaboração instrutiva do que venha a ser o processo saúde-doença ainda com grande ênfase na prevenção/tratamento do adoecimento, e pouca valorização, ou pouca busca, para a saúde.

Antonovsky (1996), em um de seus últimos escritos, não poupou esforços para tecer uma ligação entre sua teoria e a promoção da saúde, propondo não uma mudança total e absoluta do paradigma patogênico para o salutogênico, mas uma ascensão da essência salutogênica no campo da promoção da saúde. Eriksson (2007) e Ericksson e Lindström (2005, 2006, 2007, 2008), estudiosos do pensamento de Antonovsky, defendem que após 30 anos de sua teoria, existem evidências suficientes e convincentes para se compreender (e executar) a promoção da saúde da maneira salutogênica.

Dantas (2007) colabora com o cerne de nossa discussão quando relembra que a OMS, por volta de 1997, introduz, nos documentos sobre promoção da saúde, elementos do constructo de Antonovsky sobre o SIC, inserindo-os particularmente nas linhas mestras das políticas de promoção da saúde mental.

Porém, ainda visualizamos uma evolução lenta no cotidiano das práticas em saúde, e essa vagarosidade já era sentida por Antonovsky, que em 1996 escreveu sobre a importância do paradigma patogênico considerar o paradigma salutogênico

como apoio preponderante para a manutenção da saúde dos indivíduos e comunidades. O que Antonovsky pretendia, por meio de uma parceria com a medicina preventiva e curativa, era criar uma existência autônoma acerca dos elementos que fortaleciam a saúde, e ele expressava esperança que os “defensores da promoção da saúde” a fizessem (ANTONOVSKY, 1996).

Defendemos que a essência do pensamento de Antonovsky possibilite um caminho concreto para a manutenção da saúde, uma vez que a *World Health Organization* (1997) considera que o SIC, conceito central da salutogênese, retroalimentado pela compreensão, manejo e significado, estabelece-se desde a infância do indivíduo e a partir das experiências familiares, escolares e de saúde, o que nos sugere desenvolver políticas voltadas para os locais onde estudam, moram e se divertem, considerando as singularidades de cada contexto.

O depoimento de Malala é, ao mesmo tempo, simbólico e estruturante para esse entendimento.

(...) tem gente que fica só no consultório, fica só no equipamento de saúde, e às vezes, tem uma linguagem muito técnica. A educação popular quebra com esse modelo. (...) a gente se utiliza muito das práticas integrativas de saúde com as práticas complementares de cuidado, né. E elas são muito importantes, não desmerecendo os remédios (...). Então porque não dar luz a essas formas de cuidado?! (MALALA).

O questionamento de Malala abre nossa proposta de subcategorizar as contribuições de Antonovsky para a promoção da saúde. No sentido de entender o “porquê” e “como fazer”, elencamos como subcategorias analíticas: (1) a concepção de saúde para os participantes da pesquisa e (2) as necessidades de saúde que a teia participativa apresenta.

### **5.5.1 Concepção de Saúde**

Ao indagarmos sobre as questões de saúde, e o significado de saúde para os participantes, percebemos que os mesmos apresentavam concepções variadas sobre a questão. Porém, todos eles mantinham uma definição holística consigo. Nos relatos a seguir, é possível perceber, na fala de uns, a visão ampliada de saúde. Na de outros, uma visão que muito se aproxima da teoria salutogênica, no sentido de

localizar o adoecimento como parte superável da vida, e ainda na visão de outros, a influência de energias (psíquicas) para a conservação da saúde.

Ter saúde é estar bem fisicamente, é estar bem psicologicamente, é a comunidade estar saudável também, com saneamento básico, com posto de saúde. É a nossa comunidade estar trabalhando, os moradores estarem trabalhando, né. Isso para mim é saúde (MAHATMA).

O depoimento de Mahatma nos remete ao que Bezerra e Sorpreso (2016) trazem para definir saúde: “saúde é o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BEZERRA; SORPPRESO, p. 11).

Gonzaga e Dulce, ao falarem sobre saúde, consideram como determinantes para o bem-estar: acesso à escola, alimentação, moradia, aos serviços de saúde, bem como viver em condições que permitam viver de forma tranquila.

Saúde é a saúde do bem-estar. É ir para uma escola, uma faculdade (GONZAGA).

O que faz eu estar com saúde é viver bem, é ter bom humor, ter condição de se alimentar direitinho, sempre buscar uma prevenção, e não deixar acumular nada, acumular doença. Então isso me faz ter saúde. E eu acho até que a gente ter condição de viver sossegado, de dormir sossegado, de viver bem, também contribui para a saúde da gente (DULCE).

Segundo a Carta de Ottawa, resultante da primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, para se alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos precisam identificar aspirações, satisfazer necessidades e transformar favoravelmente o meio ambiente. O mesmo documento ainda determina que para obter saúde, é necessário ter acesso a recursos essenciais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 2005).

Malala também contribui para enriquecer a concepção de saúde de Gonzaga e Dulce:

Eu acho que eu me sinto bem, que tenho saúde, (...) com atividade física, eu acredito que eu preciso dormir bem, comer umas coisinhas boas, respirar bem, ter uma relação saudável com as outras pessoas aqui dentro de casa, do trabalho, da comunidade e tudo isso contribui com a nossa saúde (MALALA).

Para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) não há uma definição do que seja saúde como algo que poderia ser generalizado, sendo um conceito que pode depender de valores, expectativas e posturas diante da vida, e por causa disso, foi sendo discutido a partir das mudanças sociais, políticas e econômicas que, direta e indiretamente, influenciam em sua formulação. É por isso que, talvez, encontramos nos discursos de nossos participantes a preocupação em destacar a importância de as pessoas da comunidade terem acesso ao trabalho, ou uma relação satisfatória entre elas mesmas, configurando a saúde para além da ausência de doença, conforme define Malala:

Eu acho que a saúde é uma coisa muito integral, né. Ter saúde para mim, além, daquela coisa da ausência de doença, porque a gente não tem como negar isso, eu acho que às vezes até com determinadas doenças, a gente ainda pode ter uma saúde. Então, eu acho que é um conjunto de fatores, de fatores pessoais, fatores espirituais, e fatores psicológicos. É quando você consegue deitar a cabeça no travesseiro e dormir, repousar. Saúde é isso, é aquele bem-estar (MALALA).

A concepção de Malala retomando a questão espiritual nos remete a Monteiro e Rocha Júnior (2017), que constataram em estudo realizado que há um crescimento, mesmo que sutil, no interesse da ciência em buscar compreender as relações da espiritualidade com a saúde. Ainda aproveitando as reflexões de Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), uma vez que defendem que se perguntarmos para várias pessoas o que significa ter saúde, ou estar doente, certamente encontraremos múltiplas respostas diferentes, destacamos os discursos de Francisco e Djanira, que dão ênfase à dimensão psicológica.

A doença, às vezes, ela está dentro de você, e se você realmente colocar na cabeça que não é doente, a tua cabeça, assim como o teu coração, vão trabalhar para que você busque a saúde. Muitos são curados quando realmente tem essa certeza de que a doença ela é, muitas vezes, psicológica (FRANCISCO).

Saúde, eu acho que primeiramente, é ter uma mente sadia. Eu acho que tudo vem pela mente, e da mente desce para o coração. É como eu digo, o artesanato ele ajuda muito na saúde mental das pessoas, porque enquanto você está ocupado, fazendo algum objeto, você está preenchendo a mente, e os problemas ficam para atrás. É um tipo de terapia (DJANIRA).

Os depoimentos anteriores nos remetem à importância de valorarmos as questões psicológicas, uma vez que já há comprovações científicas da influência

psíquica na manutenção da saúde ou da doença. Almeida e Malagris (2011), ao descrever sobre a atuação de psicologia no setor saúde, determina que seu interesse está no modo como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo, objetivando fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida um conjunto de atitudes e comportamentos que as induzam a promover a saúde.

Outra dimensão sobre a concepção de saúde que nos chamou atenção nos discursos dos participantes, foi essa com uma aproximação muito forte com o paradigma da salutogênese. Parte dos entrevistados tinham, em seus relatos, a clareza de que o ser saudável deve coexistir com os adoecimentos decorrentes da vida, trazendo, assim, uma visão contra-hegemônica, que se afastava da ótica patogênica, como podemos verificar nos depoimentos a seguir.

Graças à Deus, eu sou uma pessoa que eu tenho saúde. Eu tenho diabetes, eu tenho colesterol e pressão alta, mas tenho saúde. Um tempo eu tive a tal de Chikungunya, outra época tive outra que fui até operada, tiraram um caroço da minha barriga, mas graças à Deus eu estou contando a história de todas elas (JOSEFA).

Ter saúde para mim é você entender que precisa estar bem consigo mesmo, (...) é eu me amar. Se eu me amo, e me vejo de manhã cedo com perspectivas de um melhor, isso me previne até de doenças, por experiência própria (FRANCISCO).

Doença, doença, eu não sei o que é doença. Pode aparecer uma dor de cabeça, uma gripe e quadro virótico. Mas fora isso, eu não tenho enfermidade séria. Eu estou trabalhando muito esse meu lado de autoanálise, para que eu possa cuidar de mim mesmo (FRANCISCO).

Eu tenho uma 'gastritezinha', mas ela não me maltrata. Hoje eu posso não estar muito bem, mas a gente vai levando. Então, eu acho que ter saúde é não ter uma doença grave, porque as outras a gente vai levando, vai curando, né (DULCÉ).

Antonovsky, em contraste a orientação patogênica, assume a essência salutogênica do contínuo saudável-doente, iluminando fatores salutares que promovem ativamente a saúde, que podem estar relacionados a todos os aspectos da pessoa, ou uma "comunidade de pessoas" (ANTONOVSKY, 1996; MITTELMARK; BAUER, 2016).

A terceira dimensão encontrada sobre a concepção de saúde refere-se ao entendimento da saúde como "movimento", algo que existe por meio de uma biopotência alimentada interiormente, por algum ou vários motivos, e que tange à matéria concreta.

Assim, nos referimos a essa nova visão obtida com os discursos porque, para nós, ficou nítida a resistência pensada no momento de definir saúde. Tratou-se, como se pode verificar a seguir, de um rompimento da gênese biomédica do que vem a ser saúde, o que, sob lupas, podemos enxergar como uma aproximação com o que nos tem indicado Antonovsky.

Ter saúde é você ter coragem, porque a saúde é tudo na vida, né. É você ter coragem para trabalhar, para falar, coragem para sair, para ajudar (TEREZA).

Ter saúde é ter força de viver, é ter ânimo para fazer as coisas. É a participação. Participar é saúde. Eu estou com saúde quando estou fazendo as coisas, quando tenho garra para fazer. Claro que a gente sabe que existe a doença, né. Mas não é bem por aí não. Ter saúde é ter a energia para sempre pensar, sempre caminhar, para viver, para ter vontade de viver. É mais ou menos por aí (CAROLINA).

Pelbart (2015), ao abordar sobre “as políticas da vida e a produção do comum”, em uma perspectiva de Espinosa, Foucault e Deleuze, coloca como feito da própria vida quando “aquilo que parecia submetido, subsumido, controlado, dominado, (...) revela num processo mesmo de expropriação, a sua positividade indomável e primeira” (PELBART, p. 21). E explica que é como se fosse a resposta da vida (biopotência) ao biopoder.

Dessa forma, entendemos, nos discursos de Tereza e Carolina, que há um rompimento em relação ao que pode lhes imobilizar. Mesmo com a presença de determinadas doenças, o movimento (comunitário e político) é possível, e ganha foco nos depoimentos. Bertha e Gonzaga também ratificam os discursos anteriores:

Ter saúde é trabalhar, é lutar pelos seus ideais, é não parar. Porque saúde não é deitar, e ficar assistindo, vendo o dia anoitecer. Isso não é saúde. Saúde não é não ter uma dor de cabeça, que a gente tem que ter, pelo menos uma vez a gente sabe que vai ter. Saúde é estar com a cabeça de pé, é poder sair, e não ficar parada (BERTHA).

Eu acho que saúde não é só ir no médico, e ter um diagnóstico. Eu acho que a saúde está no sorriso, está no dia a dia, onde você está com seus amigos. Então tudo isso se torna saúde, porque quando você fica dentro de casa, que não tem o que fazer, você pensa em outras coisas, e você adocece (GONZAGA).

Mittelmark e Bauer (2016) comentam que a associação feita por Antonovsky entre o SIC e a saúde pretendeu entender o potencial que determinadas pessoas apresentam para mobilizar forças, que Antonovsky entende como recursos, diante

de situações de contraste, em que, para ele, o SIC pode ser entendido no sentido de atitude, de predisposição ou propensão, e não um mecanismo cognitivo. De certa forma, os discursos Bertha e Gonzaga nos levam à ideia de atitude abarcada por Antonovsky.

Assim como Antonovsky, que resgata a multifatorialidade do que mantém a saúde, Seligman (2012), em seu livro intitulado de “Florescer – uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar”, elenca uma série de razões que colaboram com o contentamento das pessoas, como a emoção positiva, entendida por ele como uma vida agradável, o engajamento, o sentido (que mantém forte coerência com a emoção positiva), a realização, e o relacionamento positivo.

O depoimento a seguir denota características definidas por Seligman em seus escritos sobre ‘bem-estar e felicidade autêntica’.

Para ter saúde é preciso ter um conjunto de coisas. Eu acho que é você estar feliz, você estar fazendo o que quer, você estar podendo compartilhar com alguém alguma coisa bacana, é você poder fazer alguém feliz. Eu acho que tudo é saúde. Para mim, a saúde é eu poder dar alguma coisa de mim para fazer alguém feliz. Eu acho que independentemente da saúde pessoal, física, que Deus manda, para a gente ter saúde é preciso ter felicidade (MARTIN).

O bem-estar é um constructo que não pode existir apenas na cabeça de quem acha que sente. Ele deve ser a combinação entre sentir-se bem e ter obtido bons relacionamentos e realizações, maximizando nossa trajetória de vida. Já a felicidade é estimada em relação as escolhas feitas na vida, e a direção que seguimos para alcançar novas felicidades (SELIGMAN, 2012).

Não resta dúvida que o aporte teórico de Seligman fortalece valores da teoria salutogênica, no sentido de que, para a salutogênese, a promoção de bem-estar e acúmulo de esforço para sentir-se feliz implica em elevar o seu SIC, e mantê-lo o mais próximo possível do polo saudável.

Antonovsky, ao elaborar o Questionário de Orientação para a Vida (QOV), incluiu perguntas que inferem da sensação de bem-estar, satisfação, vontade de viver e projeção para o futuro (DANTAS, 2007).

Carolina enriquece a discussão ao incluir no seu depoimento, um tema que pode encontrar uma solução nas lentes salutogênicas:

O que faz eu querer viver é isso, é eu estar com aquela saúde de energia, de ânimo de participar, porque essa doença do século, a depressão, eu sempre rezo para não ter (CAROLINA).

Mas, como resgatar a energia de viver, a potência produtora de vida, em pessoas com depressão?! Esse debate foge de nossa condição interpretativa, porém, ele é pertinente para o campo da promoção da saúde. É preciso pensar formas de dar vazão a esse agravo que assola a contemporaneidade. E o núcleo teórico de Antonovsky pode vir a colaborar com essa questão. Compreender os principais Recursos Generalizados de Resistência (RGR) existentes (e ausentes) no cotidiano de vida das pessoas pode ajudar na ampliação da maneabilidade dos problemas.

Assim, os RGR podem ser entendidos como fenômenos que proporcionam ao indivíduo um conjunto de experiências de vida qualificadas pela consistência, pela participação individual na aquisição dos resultados de suas ações, e pela possibilidade de fazer uma avaliação positivo/negativo das mesmas, assumindo, os indivíduos, o controle da situação (ANTONOVSKY, 1987). Dessa forma, para Santos (2011), é necessário identificar os determinantes e condicionantes dessa capacidade de resistência.

Carolina completa ressaltando o que, para nós, pareceu ser a importância da resistência que mantém a vida em movimento, e ratifica a saúde envolvida em um contínuo (saúde-doença), em que o olhar ampliado para a vida deve ser exercitado:

Eu acredito muito nessa parte que saúde é essa energia positiva, é esse lado da gente querer viver, ter ânimo para fazer as coisas. Não é ficar pensando em não ter pressão alta. A saúde é essa vontade de ajudar o próximo, de pensar em coisas boas para o futuro. É isso (CAROLINA).

A própria Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reconhece que o processo saúde-doença está adjunto de amplos determinantes e condicionantes, sendo impossível modificá-los somente pelo olhar biomédico, pois implica na ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010).

Cabe ressaltar que Jaime Breilh, importante epidemiologista da atualidade, defende que o termo mais apropriado seja “determinação”, e não “determinante”, visto que os determinantes são uma maneira de melhorar a causalidade, encontrando as causas dos problemas de saúde, e segundo ele, não se pode falar

só de fatores causadores, mas, também, de processos históricos que geram os problemas de saúde, coletivamente (BREILH, 2011). Dessa maneira, a saúde deve ser compreendida dentro de uma perspectiva que ultrapasse a doença, e alcance a reprodução da vida (VASCONCELOS, 2014).

Vasconcelos (2014) ainda nos faz refletir que temos que admitir que há a necessidade de alguns eixos das políticas públicas de saúde repensarem suas ações, e sugere que haja uma *práxis* sobre a maneira como a territorialização tem sido praticada, uma vez que territorializar é um dos melhores meios para apropriar-se do território e das necessidades de saúde de uma população local. Contudo, se a territorialização executada focar somente nos problemas, não dará conta das reais necessidades da(s) comunidade(s).

### **5.5.2 Necessidades sociais e de saúde na comunidade do Dendê**

(...) quando o pessoal investe um real na promoção de saúde, é como se tivesse evitando gastar três reais no cuidado da doença, né. Então, é aí que eu vejo que a educação popular é uma forma de ter acesso, realmente, às comunidades. É uma forma de fazer um trabalho de base, mesmo, acessando as pessoas que mais precisam (MALALA).

Iniciamos nossas considerações sobre as necessidades de saúde da comunidade com o depoimento de Malala devido ao leque de possibilidades analíticas que ele nos sugere. Primeiro, ela nos apresenta a maturidade de que promoção da saúde implica em economia nos gastos com a doença. Em seguida, propõe a educação popular como uma estratégia para se aproximar das pessoas, e pensar, junto com elas, formas de cuidado. E por fim, o seu pensamento é uma mescla de valorização da integralidade e da equidade, visto que é por meio do exercício desses dois princípios que alcançamos o ideário de compreender as necessidades (individuais e coletivas) de maneira holística, sem esquecer a face da justiça social.

Bezerra e Sorpreso (2016) comentam que o sistema de saúde brasileiro chegou ao século XXI organizado em torno da promoção da saúde, e que por conta disso, implantou-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o intuito de reorientar as práticas de saúde, responsabilizando-se pela saúde da população territorializada, e por uma prática que fosse além da corrente curativo-preventiva do modelo

biomédico tradicional, e trabalhando para garantir recursos às necessidades de saúde dos indivíduos.

Em relação à educação da população, Eymard Mourão Vasconcelos, um dos estudiosos da educação popular em saúde no Brasil, considera que ainda há um amplo fosso separando o atendimento dos serviços de saúde da vida cotidiana da população, em que a maioria dos profissionais de saúde conhece de forma insuficiente a dinâmica familiar e comunitária de convivência, além dos seus enfrentamentos aos problemas de saúde (VASCONCELOS, 2010).

Vasconcelos (2010) coloca ainda que se tem investido pouco nos esforços de compreender os saberes, as estratégias e as atitudes contraditórias da população diante dos desafios colocados para alcançar a saúde, e cita que, internacionalmente, por exemplo, o grande esforço dos profissionais está voltado para o desenvolvimento e a aplicação de práticas medicamentosas, cirúrgicas e de manipulação corporal que operaram no processo de adoecimento e de cura no nível biológico, voltando-se essencialmente para o enfrentamento de doenças específicas. Por isso, propõe a educação popular como um método de (ser) fazer em saúde para as ações educativas coletivas na comunidade.

Dessa maneira, a educação popular é entendida como um importante instrumento na ampliação do trabalho clínico que busca ir além da abordagem centrada na biologia do corpo, pois, por meio dela, é possível “construir condutas terapêuticas através do diálogo entre, de um lado, a pessoa que conhece intensamente a realidade onde seu problema está inserido e, de outro, o profissional com conhecimentos científicos sobre a questão” (VASCONCELOS; VASCONCELOS; SILVA, 2015, p. 100).

Para Vasconcelos (2010), não compreender, ou desconsiderar, uma condução mais dialógica com as necessidades dos territórios só gera uma prática de saúde marcada pelo paternalismo, vanguardismo e autoritarismo, que se desintegram e, muitas vezes, podem se tornar oposição às lutas pessoais e comunitárias por uma saúde plena (VASCONCELOS, 2010).

Enquanto que Antonovsky (1979), em seu livro *Health, Stress and Coping*, considera que ter saúde está atrelado à mobilização de recursos, sustentados por fatores internos e externos (experiências de vida, de lugar de moradia, etc), que ajudam os indivíduos a manter-se saudáveis. Nessa visão, o organismo restitui-se a

partir de diversos elementos, que juntos elevam o grau de superação, por meio de uma compreensão de saúde que deve ser vista como algo integral.

Com isso, elencamos, a seguir, as necessidades que, ao nosso olhar, mais implicam na saúde da comunidade do Dendê, a partir dos discursos da teia participativa.

#### *5.5.2.1 Mitigação do Preconceito*

O território do Dendê é compreendido como um espaço que apresenta determinados problemas, como a violência e as drogas. Mas, é viável cristalizarmos essa imagem do lugar?! Se olharmos de fora, ficaremos presos a uma ideia superficial da complexa realidade que envolve uma comunidade construída em pleno processo de urbanização de nosso país. Porém, se adentrarmos em seu cotidiano, perceberemos que a microdinâmica do território é rica em potencialidades que podem ser fortalecidas para o combate aos seus problemas.

A quebra de preconceitos absolutos, e rígidos, sobre o lugar, é uma das necessidades que encontramos na fala dos participantes. Preconceitos esses que são engrenados tanto pelos que ali moram, como pelos que enxergam, de fora, a vida da comunidade.

Antes eu tinha vergonha, eu tinha um pouco de preconceito de falar que morava na favela do Dendê. Aí eu dizia que morava no bairro Edson Queiroz. Só que hoje eu tenho orgulho de morar na comunidade do Dendê, sabe. Eu vejo que o melhor lugar que eu poderia estar hoje é aqui mesmo (MALALA).

Morar hoje aqui no Edson Queiroz me fez ver uma outra realidade. Me fez ver a realidade de quem sofre por causa de preconceitos sociais (...) (FRANCISCO).

O Dendê para mim é bom, mesmo vendo todas essas coisas que tem aqui e que não são boas. Mas infelizmente o Brasil todo está assim, o mundo todo está assim, e é por isso que eu não posso desqualificar o Dendê. Porque nós temos muitas pessoas aqui dentro que estão buscando melhorias, tem muita gente boa que procura desenvolver projetos para tentar evitar os conflitos aqui dentro (MAHATMA).

Para Savazzoni (2015), todo tipo de preconceito, e de discriminação, evidencia um entrave existente no esclarecimento humano, que parece originar-se em um anseio de superioridade de uns indivíduos em relação a outros, em que tal anseio é respaldado por conceitos econômicos, sociais, religiosos e até mesmo pela

distorção de conceitos científicos, que resulta em subjugar alguém como um ser inferior, indigno de respeito. A autora coloca ainda que quanto maior o grau de desenvolvimento da sociedade contemporânea, mais os preconceitos tendem a se exacerbar, cabendo a nós uma reflexão acerca do problema.

#### 5.5.2.2 Fortalecimento do protagonismo comunitário

A palavra protagonismo é composta pelas raízes gregas *próton*, que significa o primeiro, e *agon/agonista*, que significa principal luta, ou principal lutador (COSTA, 2004). Porém, de acordo com Souza *et al.* (2010), o protagonismo costuma ser entendido como a ação cidadã, ou a preparação para tal, como maneira de incentivar o envolvimento das pessoas nos acontecimentos de seus contextos de vida.

Eu espero que as pessoas da nossa comunidade entendam que aquela rua não está quebrada e ponto final. Eu quero que elas entendam que a gente pode fazer algo, que a gente pode fazer uma reportagem, um abaixo-assinado para tentar acelerar a obra, que a gente pode procurar entender a obra, para também contribuir, sabe (MALALA).

Souza *et al.* (2010), colocam que, em muitas ocasiões, o foco do protagonismo está voltado para a participação em espaços sócio-políticos, almejando implementação, acompanhamento e fiscalização de políticas públicas.

Há um reforço positivo nos relatos de Malala, que enfatiza a necessidade de um maior envolvimento comunitário diante das situações que se apresentam como adversas no território, no qual deposita esperança em uma transformação atitudinal por parte dos moradores da comunidade do Dendê.

Eu espero que as pessoas consigam entender que as coisas não são do jeito que são e está acabado. Que a gente também pode contribuir para que as coisas se transformem, e que a gente seja objeto dessa transformação, sabe(...). As pessoas também podem somar, podem participar. As pessoas podem ser protagonistas das narrativas delas, e ir contribuindo com a comunidade (MALALA).

Para Rogoff (2005), o desenvolvimento humano está atrelado à sua perspectiva sociocultural e histórica, e sua participação nessa construção: “os seres humanos se desenvolvem por meio de sua participação variável nas atividades socioculturais de suas comunidades, as quais também se transformam” (ROGOFF,

2005, p. 21). Djanira também defende que a protagonismo esteja presente no cotidiano vivencial da comunidade, já que viver em comunidade implica em uma troca de experiências e ajuda mútua.

Por que eu também não vou estar com trabalho voluntário junto com eles, somando, né?! Por que eu vou virar as costas, vou abandonar?! Se eu não fizer, eu vou ser uma mal-agraçada, porque eu já precisei, e recebi ajuda. É dando que se recebe. Eu vou dar e vou receber, não sei de que forma, não sei de que jeito, mas eu vou receber (DJANIRA).

Participar é um processo contínuo de envolvimento ativo e expressão nas tomadas de decisão de diferentes assuntos que dizem respeito a vida (LANSDOWN, 2009), implicando no fato de que o indivíduo deve ser competente para desenvolver uma ação que influencie a transformação em um contexto determinado (SARMENTO; FERNANDES; TOMÁS, 2007).

Assim, participar é um movimento (e direito) importante na promoção de informação e do discernimento em relação a políticas, serviços, e distribuição de recursos, que oportuniza conhecimento e empoderamento (LANSDOWN, 2009).

#### *5.5.2.3 Ações voltadas para crianças, adolescentes e jovens*

Muitos dos participantes trouxeram uma narrativa voltada para as crianças e adolescentes. Em suas concepções, é imprescindível que haja projetos sociais que oportunizem esse público a ter acesso a outras formas de viver, livres das amarras da violência e das drogas.

Trazem, em seus discursos, experiências vividas, como a de Josefa, que viu seus netos, ainda pequenos, entrarem em um caminho, muitas vezes, sem volta.

Meus netos deram trabalho para estudar. Quando eles iam para a escola, se escondiam debaixo dos carros. As professoras faltavam ficar doidas procurando eles. Aí a escola diz que eles estavam ocupando o lugar de quem queria. Abandonaram eles. Pela minha idade, eu não podia mais ficar com eles, entreguei para o avô criar e aí você sabe, né. O avô não prestava atenção em nada. Um deles ganhou o meio da rua. Só vivia no meio do mundo brigando. Começou a usar droga. Depois começou o povo querendo matar ele (JOSEFA).

A história de Josefa não pertence somente a ela. É uma história que se repete no seio familiar de parte dos moradores da comunidade do Dendê. Trata-se de um

relato cheio de sentidos: a impossibilidade de cuidar, sozinha, dos netos, o abandono da escola, e as oportunidades desviantes que o território oferece. É um conjunto de fatores que podem levar as crianças a optar, por falta de apoio, ou escolha, fazer parte de um contexto de aprisionamento que se esconde por trás de uma máscara ostentadora.

Em relação ao papel social da escola, Pereira e Carloto (2016) denotam que a escola nem sempre é um recinto acolhedor, onde professores e alunos podem não se sentir à vontade, porque se trata de um lugar para pessoas caladas, compassivas, sendo o contrário do que representam as crianças e adolescentes de hoje em dia, que são ativos, faladores, espertos, curiosos, alegres e vivos. Assim, a escola deve oportunizar uma aprendizagem e formação que permita o desenvolvimento integral do aluno, incluindo seus aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais, devendo ser planejada considerando a dinâmica social dos seus atores e planejada por todos os envolvidos.

Porém, é por conta de experiências desfavorecidas, como a de Josefa, que surge a resistência comunitária, que busca soluções para modificar essa realidade, como podemos perceber na fala de Malala.

Eu cogitava criar um espaço aqui na comunidade voltado para o brincar, e que esse brincar também promovesse saúde, promovesse bem-estar. Aqui em cima da nossa casa está desocupado, aí eu pensei nesse espaço. Só que é um espaço pequeno, e não ia ser um espaço institucional. Ia ser um espaço pessoal, e foi aí que a gente pensou em um espaço institucional, que ficasse descaracterizado pessoalmente, né. E isso é importante por causa da nossa vulnerabilidade, da violência, do crime e tal, né (MALALA).

O depoimento de Malala é um depoimento protagonista de quem está atenta às necessidades da comunidade, e preocupa-se em modificar questões que sejam desprovidas de atenção, como é o caso de atividades de promoção do desenvolvimento saudável das crianças, e de proteção das armadilhas do território.

De acordo com Cordazzo e Vieira (2007), o brincar é a atividade mais predominante da infância e vem sendo estudado com o intuito de caracterizar suas peculiaridades e verificar as suas relações com o desenvolvimento e com a saúde, podendo ser uma importante solução para fortalecer os processos de educação e de aprendizagem.

Dessa maneira, constitui-se em um sistema que unifica a vida social dos indivíduos, fazendo parte da riqueza lúdica-cultural, revelando valores, costumes,

formas de pensamento e ensinamentos, e possibilitando a criação de um novo mundo, e de novos padrões de sociabilidade, permeabilizados pela amizade, cooperação e noção de responsabilidade coletiva (JURDI, 2009).

O discurso de Martin corrobora com o que foi proposto por Jurdi (2009):

A partir do momento que os moradores da Baixada vieram para cá [Conjunto habitacional], as crianças ganharam uma alegria tão grande, por conta do espaço. Aqui é outro mundo, outra vida. Quando eu vi a alegria daquelas crianças, eu pensei 'meu Deus, agora elas têm vida!' (MARTIN).

Porém, os participantes também apresentam uma marcante preocupação com os jovens e adolescentes. Lembro que em uma de nossas visitas à comunidade, Malala comentou que muitos adolescentes ingressam no mundo do crime porque nele encontram com mais facilidade a oportunidade de obter dinheiro para comprar um *McDonald's*; vale lembrar que um de seus usuais slogans é "*I'm lovin' it*"; ou apresentam maior facilidade para conquistar as meninas do bairro por terem recursos para presentear ou agradar.

Zibas, Ferretti e Tartuce (2006) dizem que a realidade brasileira ainda é marcada, em sua maioria, por uma participação despolitizada dos jovens, podendo ser percebida como um ativismo social conformista, e há falta de espaços que promovam o engajamento juvenil, percepção que também é identificada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2007).

Portanto, faz-se relevante o aumento de ações e o fortalecimento de políticas públicas para jovens e adolescente que apresentam condições de vulnerabilidades.

Eu vejo que a juventude anda muito solta. A gente precisa ter uma abertura maior com a juventude. Tem que ter uma liderança, ou alguma parceria com algum órgão para ajudar nesse ponto. Eu sinto muita falta disso (GONZAGA).

De acordo com o Guia de Políticas Públicas de Juventude (BRASIL, 2006), é relevante que sejam elaboradas e executadas políticas públicas referentes à juventude, uma vez que os jovens são os mais atingidos pelas transformações no mundo do trabalho e pelas distintas formas de violência física e simbólica que caracterizam o século XXI, no qual se faz necessário entender suas singularidades e peculiaridades. Os participantes veem nos jovens a esperança de poder transformar o futuro da comunidade em um amanhã mais próspero, e reconhecem que os

protagonistas de hoje apresentam fragilidades que precisam ser superadas com a preparação de uma juventude que dê continuidade ao trabalho comunitário.

A comunidade do Dendê precisa de um futuro muito melhor, mas precisa de jovens que lutem. A gente está com um grupo muito de mulheres muito cansadas para lutar. São mulheres que já lutaram muito, e estão cansadas para viajar, para ir para uma audiência pública, para subir em um palanque e defender. Para pegar o microfone e dizer onde é sua dor. Então, a gente precisa fazer grupos maiores de jovens, com criança ingressando também, que é para a gente poder ter um futuro melhor dentro da comunidade (BERTHA).

Quando se olha para trás, é possível verificar que a construção da comunidade do Dendê é marcada por um autêntico protagonismo feminino, como podemos perceber na narrativa de Bertha, que alerta para o fato de que essas mulheres precisam de uma ajuda renovada na luta comunitária, e veem na juventude uma solução.

Para Alves e Alves (2013), a participação das mulheres na cena política abre a possibilidade de discutir as representações sociais sobre os papéis sociais, e a busca por transformações sociais que englobem várias dimensões da vida social, luta pela liberdade, para além da equiparação de direitos, e pelo respeito à alteridade.

A partir do pensamento das autoras, podemos realizar uma comparação da participação de mulheres, comentada por elas mesmas, com o protagonismo comunitário feminino no Dendê, que sempre apresentou preocupação com o social e com a coletividade. E são, em boa parte, essas mulheres que fomentam, e inspiram, a participação de jovens nas causas sociais do território pois acreditam que é por meio de uma juventude politizada que o futuro terá bons rumos.

Gonzaga também ratifica a narrativa anterior de Bertha:

Se você cuidar da juventude, você vai ter homens e mulheres com cabeça mais madura, que vão ensinar para os filhos a não errar como eles erraram ou como outros erraram, porque para você ensinar um senhor, pode ser difícil ele aprender, e querer aprender. Então, eu acho que cuidando da juventude, a gente vai ter homens e mulheres com mais responsabilidade (GONZAGA).

Bertha ainda comenta sobre um problema particular que atravessa a juventude – a gravidez na adolescência.

Ainda tem muitas jovens, todas com bebezinhos, criança né. Então precisa de muita coisa para ir barrando esses problemas, barrando a droga. E para isso a gente precisa de jovens que tenham força, que tragam políticas públicas para cá e que dê mais apoio. Precisa que tenha mais movimento nas praças, e que esses movimentos chamem esses jovens para uma rodada de conversa, para mostrar como é a vida e não deixar perder a juventude (BERTHA).

Segundo o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2018), o Brasil, entre os países da América do Sul, é o quarto com o maior número de adolescentes grávidas. A cada grupo de mil adolescentes com idade entre 15 e 19 anos, 68 engravidam, muitas vezes de forma não planejada e indesejada. E com isso, essas adolescentes têm seus projetos de vida alterados, podendo contribuir para o abandono escolar e a perpetuação dos ciclos de pobreza, desigualdade e exclusão.

Sena Filha e Castanha (2014) alertam que a questão da promoção da saúde do adolescente vem sendo discutida cada vez mais, e temas tais como a saúde reprodutiva vêm tendo destaque no âmbito da saúde coletiva, ao partir do princípio que a prevenção da gestação na adolescência deve ser focalizada por ações coletivas que desmistifiquem o olhar voltado para responsabilização individual das adolescentes.

Cabe ressaltar que a sugestão de Bertha para que haja momentos de conversas, ocupando espaços públicos como praças, já tem fagulhas na comunidade. Trata-se de um grupo de jovens, identificados como Coletivo Dendê de Luta que tem se proposto a realizar rodas de conversas e debates com jovens acerca de diversos assuntos. Durante nossa fase de campo empírico, pudemos participar de alguns desses momentos, que também tem o propósito de engajar os jovens nas atividades comunitárias.

#### *5.5.2.4 Fortalecimento das atividades comunitárias existentes e resgate das que já existiram na comunidade*

Ao longo da vivência no campo empírico da pesquisa, bem como das entrevistas, foi possível identificar inúmeras atividades de caráter comunitário, e outras tantas que já existiram na comunidade do Dendê. Fortalecer as existentes e resgatar aquelas que, por algum motivo, deixaram de existir, pode ser uma potente

estratégia para manter o território saudável, e com ele, as pessoas. Nos depoimentos descritos adiante podemos conferir algumas dessas atividades.

Eu acho que está com vinte e três anos que eu faço parte da comunicação comunitária. No início, o que me despertou foi exatamente essa curiosidade de falar do morador e de informar algo para o morador, porque nós temos várias rádios comerciais, mas essas rádios comerciais não falam diretamente com as comunidades, elas não falam diretamente para o seu João, para a dona Maria. A gente fala da importância de limpar os quintais, para ter cuidado com a dengue, fala sobre os dias que tem vacinação no posto de saúde. São informações voltadas para comunidade (MARTIN).

Oliveira Neto e Pinheiro (2013) comentam sobre a questão do reconhecimento da necessidade de se discutir comunicação no âmbito da saúde, em que para a saúde coletiva, essa necessidade vem se tornando cada vez mais crescente, visto que o direito à informação em saúde é uma das prerrogativas do SUS, e a participação social na fiscalização de serviços e formulação de políticas públicas, uma de suas diretrizes. Assim, os autores veem na comunicação comunitária um caminho concreto para que o acesso à informação seja garantido, considerando ainda, a articulação comunitária existe nesse tipo de comunicação.

Martin deixa claro a intenção de utilizar a rádio comunitária como uma ferramenta promotora de saúde. Em seu depoimento a seguir, é possível constatar esse fato.

Pretendo fazer um trabalho de comunicação educativa para começar a despertar esses jovens e essas jovens, falar tipo de gravidez na adolescência, enfim, muitas outras coisas que tem e muitas outras coisas que eu queria fazer. Mas eu sei que tenho que fazer com os técnicos, com uma equipe técnica, preparada para isso, porque os técnicos que vão passar com mais propriedade, né (MARTIN).

Os técnicos a quem Martin se refere, são os profissionais de saúde. É uma porta aberta para que possamos, junto com a comunidade, e para ela, colaborar com a promoção de saúde no território. Oliveira Neto e Pinheiro (2013) defendem que para as conquistas em relação ao SUS prossigam, é necessário aumentar e qualificar a escuta das demandas de saúde dos sujeitos, e que a comunicação comunitária pode ser uma atraente ferramenta interessante utilizada por profissionais de saúde, no sentido de promover possibilidade de esclarecimento de determinadas demandas em um espaço que não seja um consultório médico, mas em um ambiente inserido dentro da comunidade.

Bertha e Carolina comentam sobre atividades que existiram antes, e que auxiliavam na promoção de saúde e no alcance das necessidades da comunidade.

As feiras que tinham aqui eram muito boas. A gente conseguia vender, e no decorrer do tempo, a gente tirava quase um salário mínimo por mês. Era pouco, mas era o suficiente. E não era só questão de renda, porque tinha oficinas de autoestima, de pintura, sobre o feminismo, e outras coisas, né. Aí você tem aquela mudança de pensamento, de querer ser melhor (BERTHA).

O bairro não tem mais evento. Antes, no final de semana, o pessoal fazia várias atividades nas praças. Hoje sai tudo daqui com a mochila nas costas, porque aqui não tem mais nada, está entendendo? (CAROLINA).

E por fim, Bertha compartilha uma importante estratégia utilizada em tempos anteriores, que exemplifica o protagonismo libertador que a comunidade conseguia manter na busca de sua autonomia e empoderamento social.

Aqui tem tudo, nós não precisamos sair do bairro. É tanto que teve uma época que a gente percebeu que tínhamos tudo no bairro, e vimos que o nosso dinheiro podia ser circulado somente dentro da comunidade. Na época, a gente criou um o banco comunitário Dendê Sol, e todo o nosso dinheiro circulava aqui dentro do bairro. Nós cadastramos todos os estabelecimentos, e o povo comprava dentro da comunidade. Pagava tudo (BERTHA).

O protagonismo de um grupo de moradores da comunidade do Dendê nos remete ao contexto da carta de Ottawa que, em 1986, determina que para se alcançar a promoção da saúde, seria necessária uma ação coordenada entre sociedade civil e o estado, a fim de implementar políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais, além de reorientação do sistema de saúde para efetivação dessas habilidades (BEZERRA; SORPRESO, 2016)

Assim, ainda de acordo com Bezerra e Sorpreso (2016), a Carta de Ottawa delibera promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, visto que, para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, indivíduos e comunidades precisam identificar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente em que estão inseridos.

### 5.5.2.5 Necessidade de articulação de lideranças comunitárias

É perceptível que ainda existem muitos envolvidos em ações comunitárias no território do Dendê, pessoas que exercem posições de liderança. Os próprios participantes dessa pesquisa são prova disso. Contudo, há uma preocupação em articular melhor as ações desenvolvidas pelas lideranças comunitárias, e reavivar o espírito solidário e alteridade que sempre fez parte das associações e grupos comunitários.

(...) eu já vi essa comunidade com creches, com associação, com conselho, com muitas coisas, e de repente isso foi diminuindo, diminuindo pela falta, eu creio, de responsabilidade social de certas pessoas que se aproveitaram dos cargos comunitários. E acabaram fechando as nossas associações, as nossas creches, e a comunidade ficou muito vazia nesse período (MARTIN).

Aqui dentro da comunidade tem muitas associações, são nove associações. Mas aí uma das associações de moradores ficou responsável pela creche, mas não conseguiu administrar muito bem. Hoje, as crianças estão sem creche. Gente precisando, mas não tem. O prédio está interditado, e a gente está na luta para conseguir reativar o prédio (BERTHA).

Martin e Bertha comentam sobre um fato ocorrido na comunidade que parece ter desarticulado a principal ação da Associação de Moradores da Comunidade do Dendê (AMCD) voltada para o público infantil: a creche. Essa creche foi articulada pelas primeiras lideranças do bairro, e serviu de apoio para as famílias, além de gerar emprego e renda para alguns moradores.

O que pode levar a uma desarticulação de lideranças comunitárias? Realizar essa análise para corrigir os desvios no processo e continuar o trabalho comunitário é um dos principais desafios para a comunidade, já que pudemos perceber que essa questão tem afetado, de diversas formas, os moradores.

Tereza, uma das primeiras lideranças, contesta a partir do depoimento a seguir a necessidade de se reorganizar e rearticular novamente.

Quem poderia ser esse braço forte para ajudar?! Uma associação, que hoje não tem mais, uma direção, uma associação para buscar, como a gente já fez tanto, antigamente, que buscamos escola, para buscar uma creche de novo, para fazer momentos de lazer. Que façam alguma coisa. Então, eu acho que precisa de uma associação, de pessoas que tenham coragem de ir buscar de novo, para tentar uma melhoria para comunidade (TEREZA).

Cabe ressaltar que a desarticulação das lideranças comunitárias pode implicar em problemas na participação popular nas ações de saúde, haja vista que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) congrega em seus eixos doutrinários e suas diretrizes a participação comunitária na tentativa que a atenção à saúde seja edificada a partir dos vínculos de compromisso estabelecidos entre profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2005), muitas vezes representada pelos seus líderes comunitários.

Mahatma coloca com coerência a dificuldade que as lideranças comunitárias possuem, e que esse pode ser um fator desencadeador de desmotivação.

A associação de moradores fechou, tinha outras entidades aqui, e também fecharam, enfim, eu não tenho o que dizer em relação a essas pessoas que desistiram, a gente até entende, porque muitas vezes você batalha, batalha e não consegue nada, porque é difícil. E muita gente se desmotiva (MAHATMA).

Porém, com muita propriedade, Mahatma analisa que, para superar as fragilidades encontradas na manutenção do papel social das lideranças, é necessário que haja união das diversas associações, grupos e segmentos envolvidos com ação comunitária, apontando, dessa forma, uma saída para superar o problema.

Se tivesse aqui umas dez lideranças comunitárias que fossem atrás, juntas, unidas, e que batalhasse pelos direitos de nosso bairro, seria bem melhor, né. Essa união faz falta. Então, hoje o Dendê em relação a união, não tem, é cada um por si. Se houvesse mais união, união com as igrejas, independente de religião, união com outras entidades, com todas as associações, acredito que conseguiríamos mais coisas para o bairro (MAHATMA).

Além dos problemas já citados, Dulce traz uma nova preocupação em relação as lideranças – não há uma renovação. As pessoas mais jovens pouco têm se envolvido nas questões da comunitários.

Outra coisa também que eu estou preocupada é com os líderes comunitários da nossa comunidade. Os líderes comunitários estão todos morrendo. Estou tão preocupada com isso. Eu penso tanto nisso. As pessoas que cuidavam da associação, que foram presidente, que foram secretário. No ano de dois mil e dezessete, eu acho que morreram uns quatro, e no ano passado mais quatro ou cinco (DULCE).

Podemos imaginar o quão difícil deve ser para essa comunidade, que nasceu imbricada na ação solidária de seus membros, tendo em vista que foram capazes de construir mais de 500 habitações na época do deslocamento populacional, além de creches, escola, sala de parto, dentre outras, e agora veem uma desarticulação de parte de suas lideranças, que ameaça o bem-viver comunitário em um dos momentos que mais necessitam, haja vista que, em um território sob tensão, as ações comunitárias podem ser a principal saída para garantir espaços de fuga das condutas desviantes proporcionadas pelas drogas e pela violência.

Bertha, em sua narrativa a seguir, reaviva as conquistas comunitárias do Dendê, porém, faz um chamamento ao Estado para que haja um entendimento de onde é a prioridade quando se é responsável pela gestão de um macroespaço desigual:

(...) se você me perguntar se está faltando alguma coisa, e digo que está. Está faltando políticas públicas, porque quanto mais dificuldades tem uma população, mais coisas ruins podem acontecer. Sobre o saneamento básico, por exemplo, a gente lutou muito, e já teve muita coisa, mas ainda precisa melhorar. Nós podemos dizer que não temos ainda saneamento básico. Até o posto de saúde, na época, a gente conseguiu através de luta, porque não tinha posto de saúde. Foi uma luta comunitária. Assim como o GPM [Posto Policial]. Aqui tudo foi luta comunitária, desde o início (BERTHA).

Segundo o relatório da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que aborda “as causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”, apesar dos avanços nos indicadores de saúde, o Brasil está entre os países com maiores iniquidades em saúde, devido ao produto de grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população brasileira. Dessa maneira, é imperativo que ações de políticas públicas sejam (re)pensadas com o intuito de garantir diminuição das injustiças sociais e de saúde (BRASIL, 2008).

Dulce resume o que talvez a comunidade do Dendê mais necessite no momento: colaboração entre pessoas, postura empática, fortalecimento da articulação de lideranças comunitárias e apoio social.

A comunidade está precisando de ajuda, a comunidade está precisando muito de gente que faça alguma coisa, para cuidar das pessoas, para caminhar com as pessoas, para fazer uma reunião, conversar, ouvir (DULCE).

Ao mesmo tempo que o depoimento de Dulce encerra a discussão que intitulamos de *Necessidade de articulação de lideranças comunitárias*, ele também abre caminho para o item a seguir, que se torna preponderante para manter acesa a esperança de uma comunidade que precisa de apoio institucional pois mesmo com todo o protagonismo comunitário presente, sozinha ela pode não conseguir.

#### 5.5.2.6 *Necessidade de Colaboração Externa*

Não podemos negar duas proporções da comunidade do Dendê. A primeira, que o território necessita de cuidados, devido a determinadas vulnerabilidades existentes. E a segunda, que há um grupo de pessoas que se esforçam, da maneira como podem, para diminuir essas vulnerabilidades. Talvez a força motriz dessas pessoas seja, justamente, o impacto que a primeira proporção causa no coletivo, e que promove mobilização dos mesmos.

Contudo, é relevante considerar que, em determinadas situações, sozinhas, essas pessoas não conseguiram (ou não conseguirão) atingir seus objetivos, uma vez que os problemas que afetam a comunidade são estruturantes, e os resultados das ações surgem a longo prazo, e carecem de investimento financeiro.

Tal conjectura foi identificada nas narrativas dos participantes, nas quais citam instituições que, em determinados momentos, colaboram com as ações comunitárias na comunidade. Não é surpresa que a Universidade de Fortaleza (Unifor), é citada por alguns, já que se trata de uma das instituições mais antigas do bairro Edson Queiroz, nascendo, praticamente, junto com a comunidade, como podemos perceber nas falas a seguir.

Eu comecei varrendo as salas de aula, e terminei sendo secretário do mestrado em psicologia, para você ter noção como a escadinha da vida aconteceu para mim. Comecei varrendo sala de aula durante à noite, e terminei como secretário do primeiro mestrado em psicologia da Unifor. E eu me dei muito bem com as pessoas de lá, me ensinaram muito, e eu agradeço demais. Eu não fiz uma universidade, mas a universidade me fez, né (MARTIN).

O depoimento profundo de Martin nos remete reforçar a ideia da intensa necessidade das instituições públicas ou privadas manterem seus planos de responsabilidade social, por meio da adoção de ações que promovam o bem viver de comunidades localizadas em seu entorno, e que possibilitem suprir suas

necessidades básicas e oportunidades de ampliar sua visão de mundo. O depoimento de Mahatma também ratifica o dito por Martin.

(...) a gente já está buscando na memória quem a gente pode procurar, quem a gente pode pedir ajuda, né. A nível de instituição, a primeira instituição que eu penso, nessa questão do apoio, é a Unifor. A Unifor é uma parceira muito grande aqui no Dendê, e acho que se não fosse a Unifor o Dendê estaria bem pior. Eu costumo dizer isso e não tenho medo de estar falando a verdade, né (MAHATMA).

Para Lima (2008), uma organização socialmente responsável, com perspectiva de responsabilidade social, é capaz de antecipar mudanças nas expectativas sociais, considerando a comunidade local. Dessa forma, surge o interesse em entender se as comunidades, de fato, estão conseguindo apropriar-se do conhecimento e das técnicas produzidas durante esse processo, provocando *empowerment*, empoderamento comunitário.

A fala de Martin demonstra a importância de instituições, fundações e/ou Organizações Não-Governamentais (ONGs) continuarem a efetivar sua responsabilidade social, colaborando, assim, com o fortalecimento do protagonismo comunitário.

Nós estamos passando agora por um momento que todo mundo está feliz, e eu até me emociono, porque nós recebemos uma ajuda, uma doação boa aqui para a rádio (...) enfim, isso me faz feliz porque eu vejo que é um passo que nós damos para benefício da comunidade e se eu não posso fazer cem por cento pela comunidade, pelo menos a minha parte eu estou tentando fazer (MARTIN).

O depoimento de Martin vai ao encontro do de Mahatma ao evidenciar que as colaborações externas são de fundamental importância para a comunidade.

(...) graças à Deus queimaram só nesse espaço, e a gente já está se erguendo. Já ganhamos uma nova janela, já vamos ganhar tinta para pintar, vamos ganhar a parte elétrica também. A coisa está retornando ao normal, digamos assim (MAHATMA).

O discurso de Mahatma, por conseguinte, nos leva a refletir sobre a importância das instituições (públicas ou privadas) se constituírem, compreendendo que a responsabilidade social se torna fundamental para o empoderamento comunitário, resultando em desdobramentos que beneficiaram a todos - comunidades e empreendimento, em uma perspectiva a curto ou longo prazo.

### 5.5.2.7 (Re)territorializar para promover saúde

Em nenhum momento nossa intenção foi negar as adversidades e os adoecimentos que influenciam a vida na comunidade do Dendê. Pelo contrário, é por meio da admissão de que esses fatores sempre existirão que nos colocamos na busca de um caminho para a coexistência de uma forma possível de viver, apesar dos pesares. E dessa forma, criar maneiras de fortalecer uma territorialização que visualize as múltiplas territorialidades do(s) lugar(es).

Para Milton Santos, diversos elementos constitutivos fazem parte do espaço como construção social, como o meio ecológico, a infraestrutura, a produção de bens, serviços e ideias, as instituições encarregadas de produzir normas, ordens e legitimações, além do próprio homem (SANTOS, 2008). Desse modo, a ideia de território ganha subjetividades, fazendo-o caminhar do político para o cultural, ou seja, percorrer as fronteiras entre os povos aos limites do corpo e do afeto entre pessoas (MONKEN *et al.*, 2008), criando territorialidades diversas.

Segundo Robert Sack, devemos entender territorialidade como uma espécie de estratégia espacial que afeta, influencia ou controla recursos e pessoas em um determinado território, com profunda ligação ao significado dado ao lugar, e que pode surgir por meio de mobilizações de acordo com o grupo social e seu contexto histórico e geográfico (SACK, 1986).

Foi também considerando essa perspectiva que o Ministério da Saúde implanta a Estratégia Saúde da Família (ESF), que apresenta como macrossentido reorientar as práticas de saúde. A ESF responsabiliza-se pela saúde da população territorializada, e as equipes apresentam a missão de expandir suas práticas para além do modelo curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, buscando promover, também, a qualidade de vida (BEZERRA; SORPRESO, 2016). É por meio da territorialização que os profissionais tentam compreender as multifaces do território.

Com isso, a partir dos autores supracitados, podemos considerar que a ESF deve considerar a promoção de saúde como uma das estratégias de produção de saúde no(s) território(s), articulando as políticas e tecnologias existentes no sistema de saúde brasileiro, contribuindo, dessa forma, na resposta às necessidades sociais de saúde.

Porém, faz necessário ativar mecanismos que apontem à criação de um novo *modus operandi*, a fim de suplantar as ações orientadas ainda pela abordagem biológico, que não colaboram para uma concepção positiva de saúde, contribuindo para a manutenção de um ciclo vicioso em que teoria e prática repetem modelos tradicionais de atuação (BEZERRA; SORPRESO, 2016), não necessariamente colaborando com a produção de saúde.

Portanto, o modelo salutogênico de Antonovsky colabora fortemente com a produção de saúde, tendo em vista que, além de orientar-se pela abordagem às questões diretamente ligadas à deficiências presentes no contexto dos problemas individuais e familiares, vê no enfrentamento, não apenas familiar, mas no contexto social, estrutural e cultural, de comunidades, uma forma de desenvolver o SIC, núcleo de sua teoria que enfoca o “estar bem”. (ANTONOVSKY, 1993).

Dessa maneira, para além do que já está normatizado na “territorialização” realizada Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, (re)territorializar nosso pensamento, e nossa postura prática, colabora com a verdadeira compreensão das reais necessidades dos nossos territórios de atuação. Por isso, faz-se relevante compreender desde a história dos lugares, até suas fragilidades e potencialidades, como nos alertam Mahatma e Martin.

Muitas invasões aconteceram aqui, (...) e a gente entende que de acordo com o aumento da população, de acordo com o crescendo do número de pessoas, os problemas também vão aumentando. Então, a gente acaba tendo que passar por isso, e de certa forma acaba tendo que aceitar essa evolução que traz uma mudança positiva, mas também negativa (MAHATMA).

Quando você vive dentro de uma comunidade, uma comunidade grande como essa, você vê de tudo, e não vou especificar aqui. Quando eu falo ‘de tudo’, você sabe que tem as coisas boas e ruins. Você fazer parte de uma comunidade é isso (...). Então, quando você fazer parte de uma comunidade como essa, você tem um desafio (MARTIN).

A compreensão das transformações do território deve ser foco dos profissionais de saúde, principalmente dos que estudam e trabalham com promoção da saúde, visto que amparam na priorização de ações que mobilizam a comunidade a partir de seu contexto sócio-histórico, tornando mais claro o entendimento da existência de determinadas fragilidades, como essa, que Malala nos compartilha.

Apesar de ser bom morar aqui, não é tão fácil chegar em casa. Por exemplo, por aqui tem uns bequinhos que não dá para andar com o guarda-chuva aberto, entendeu, porque são muito estreitos. A acessibilidade é um pouco difícil. O Uber, por exemplo, não vem muito tarde para cá. E antes era até um pouco mais difícil em relação a vulnerabilidade, em relação ao crime, né. Hoje está um pouco mais tranquilo (MALALA).

A carta de Ottawa, orientada por um conceito de saúde ampliado, que considera a presença de condicionantes e determinantes do processo saúde/doenças, sustenta a indissolubilidade das acumulações entre população e meio, com base em um enfoque socioecológico da saúde, que deve contemplar as questões relacionadas aos agravos que as injustiças sociais e os problemas ambientais produzem na saúde, assim como a criação de ambientes favoráveis à saúde (BEZERRA; SORPRESO, 2016).

Além de compreender as fragilidades territoriais, é essencial que se perceba as potencialidades que podem, de alguma forma, equilibrar as adversidades presentes, e fortalecê-las. Há muitas potencialidades na comunidade do Dendê, a começar por parte de suas lideranças.

Estou organizando um novo seminário, para discutir as questões de políticas públicas para a comunidade. Nós já fizemos um, e esse será o segundo. Precisamos retomar essa discussão com alguns moradores, com as lideranças, para a gente ir se fortalecendo (MAHATMA).

Além da preocupação em reunir os moradores acerca do debate sobre políticas públicas, muitas associações fazem movimentos para promover momentos de bem-estar, como podemos verificar na fala a seguir.

Na nossa última ação, no Dia Internacional das Mulheres, muita gente se envolveu. Foi muito bom. Os cabelereiros do bairro compareceram, o NAMI, o CRAS. O convite é livre né, ninguém vai amarrar ninguém. A gente começa a se dividir para que as coisas aconteçam. Foi muito bom, muito bom. É o único dia que a gente não deixa passar em branco. E sempre vem pessoas de fora para mostrar qual é o seu direito, o seu dever também (BERTHA).

É justamente a obstinação dos líderes comunitários, contrariando as estatísticas que apontam para um enfraquecimento do movimento comunitário, que faz com que a comunidade do Dendê resista aos inúmeros estressores existentes em seu território, em que, na visão de Mahatma, é possível constatar que permanece mais pontos positivos do que negativos.

Então, nós temos um leque de coisas boas. Se formos pontuar, são mais coisas boas do que negativas. É tanto que a gente hoje se depara com certas situações, mas nem isso nos deixa esmorecido né para poder correr atrás das coisas (MAHATMA).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, há cinco eixos de ações da promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 2005).

Portanto, podemos dizer que a ESF é a principal alternativa para a execução das ações de promoção da saúde, devendo, verdadeiramente, realizar ações que articulem a saúde com condições de vida e qualidade de vida das populações (PUTTINI, PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010)

Para Becker *et al.* (2009), há no campo da saúde uma certa disputa, e até mesmo mal entendimento de significados, entre promoção da saúde e prevenção de doenças, o que tem gerado um apelo científico para que pesquisas que buscam o significado de ser saudável se multipliquem. Contudo, tem crescido a pressão para que essas pesquisas incorporem valores de uma “saúde mais positiva”, ou seja, que incorporem princípios salutogênicos, uma vez que só estudar a presença de doenças ou fatores de risco não tem colaborado em sua totalidade com a promoção da saúde.

Mittelmark e Bauer (2016) nos colocam um questionamento: Era pretensão de Antonovsky mudar o paradigma patogênico para o salutogênico? Os autores afirmam que, certamente, Antonovsky não queria usurpar os benefícios da patogênese para a humanidade, nem tão pouco desconstruí-la. Contudo, ele observou sistematicamente que ela permanecia dominante no campo da saúde, e é justamente aí que surge sua problematização. O que ele desejava, de fato, era que a salutogênese ascendesse, contribuindo para o desenvolvimento de indicadores de promoção da saúde, incorporando, de forma igualitária, aspectos tanto patogênicos como salutogênicos. Assim, Mittelmark e Bauer (2016) acreditam que a proposta teórica que Antonovsky nos deixou, ainda por terminar, denota uma mudança para um paradigma que incorpore as duas visões: patogênica e salutogênica.

Essa mudança, mesmo que ainda modesta, tem contribuído para uma promissora orientação voltada para a origem do que é salutar no campo das ciências

sociais da saúde, em que compreender as origens do que nos torna saudáveis, bem como seus recursos, enfrentamentos e resiliência, é oferecer uma nova perspectiva sobre os determinantes e processos de desenvolvimento da saúde (MITTELMARK; BAUER, 2016).

Cabe destacar que, ao iniciar suas pesquisas, Antonovsky dá ênfase à relação existente entre classe social e saúde (LINDSTRÖM; ERIKSSON, 2006), e depois, por influência dos acontecimentos científicos da época, que dava enfoque ao entendimento dos fatores de risco dos adoecimentos, ele começou a pesquisar a unidade individual, direcionando-se para os determinantes e condicionantes singulares de cada pessoa no que se refere à manutenção da saúde.

Além da importância da liderança de Antonovsky, Mittelmark e Bauer (2016) entendem o SIC, conceito central da teoria salutogênica, como um núcleo de relativa simplicidade, que ao mesmo tempo que facilita o entendimento, também é único e focado, sendo possível verificá-lo de forma quantitativa e qualitativa, conferindo-lhe alta validade diante de pesquisadores e populações, uma vez que faz sentido imediato perceber a vida como compreensível, gerenciável e significativa, e que esse fato apresenta, *per si*, uma conexão profunda com a noção de saúde.

Além disso, o SIC é supostamente mais completo e generalizável, e não está vinculado a uma única cultura, como em outros conceitos (*locus* interno de controle e de domínio), e sua combinação de componentes cognitivos, comportamentais e motivacionais são todos mensuráveis (MITTELMARK; BAUER, 2016).

Cabe ressaltar que com o passar do tempo, Antonovsky ampliou as conexões feitas por seus primeiros estudos, considerando as interações existentes no viver cotidiano também uma força motriz no aumento dos RGR, e por consequência, do SIC, aproximando-se, cada vez mais, do paradigma da promoção da saúde. Arriscamos a suspeitar, que se seus estudos não tivessem sido interrompidos por sua morte, na década de 90, ele teria conjecturado com maior profundidade e precisão acerca do campo da saúde coletiva, especificamente, da inter-relação entre ser e estar no mundo. Portanto, acreditamos que os profissionais desse campo devem desenvolver um olhar mais apurado sobre os constructos salutogênicos, haja vista que esse pode ser um caminho promissor na busca (e manutenção) pela saúde.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira consideração que fazemos nesse capítulo final se refere à abordagem e técnica utilizada na pesquisa. Apesar de não podermos generalizar os resultados dessa pesquisa para todos os contextos de vida, defendemos que os resultados obtidos, por meio de uma abordagem qualitativa e de técnicas empíricas, formam um conjunto de conhecimentos válidos e de relevância para a prática em saúde coletiva, por promover a construção de um caminho teórico-reflexivo e prático, na busca da “manutenção da saúde”, no qual o caso da Comunidade do Dendê nos aponta importantes revelações para melhor compreender as necessidades sociais de saúde.

Aliás, vale lembrar que os estudos de natureza qualitativa têm por objetivo estudar fenômenos e sua relação com o contexto em que acontecem, não inferindo generalizações estatísticas, o que pode ser entendida como uma “limitação do estudo”, porém, quantificar não era mesmo a razão primeira da tese. Não se pretendia percorrer à luz dessa ótica investigativa. O que se pretendia, ao fundo, era promover reflexão acerca das subjetividades no campo da saúde coletiva, possibilitando ao profissional de saúde aproximar suas práticas de promoção da saúde a uma orientação salutogênica.

Desse modo, ao verificarmos o senso de compreensão sobre si e sobre os eventos vivenciados, percebemos que os participantes da pesquisa exaltam características positivas em relação a si mesmos, dando ênfase às suas qualidades, ou para a importância de superar os problemas vividos. Outra percepção foi de que compreendem que Deus, a família e o próprio convívio na comunidade são formas de manuseabilidade que garantem estar bem, apesar das dificuldades presentes, e que a vida faz sentido, independentemente da existência de adoecimentos ou vulnerabilidades. Portanto, os conceitos de compreensão, manejo e significado do SIC nos dão suporte para compreender as necessidades sociais de saúde de indivíduos e comunidades, contribuindo com as ações de promoção da saúde.

Portanto, a resposta da pergunta de partida, a qual procurava compreender a sustentação da saúde da Comunidade do Dendê, está intimamente relacionada com a forma de organização social presente no território, por meio das transformações ocorridas, ou dos vínculos estabelecidos, com uma forte raiz comunitária. Contudo, a preservação da dimensão espiritual e emocional tem se mostrado importante

contribuinte para que os participantes tenham força para superar os desafios impostos pela vida.

A segunda consideração se refere à técnica *snowball*. Essa técnica foi de grande relevância no encontro dos participantes. No entanto, a coleta de informações precisa ser iniciada com tempo suficiente, tendo em vista que ficaremos, em muitas ocasiões, dependentes da indicação ou disponibilidade dos participantes no que tange as novas indicações. Assim, o tempo de coleta é controlado pela rede de indicações construídas pela técnica, e não pelos pesquisadores. Chamamos essa rede de “teia participativa”, e possivelmente foi essa “teia” que equalizou o grupo participante, uma vez que todos os entrevistados estavam ligados a movimentos sociais e de liderança comunitária, fato que deu uma nova roupagem para a análise e discussão dos resultados.

A terceira consideração vem do fato de que podemos ter contribuído para uma nova associação ao constructo teórico de Antonovsky: é possível que o Sentido Interno de Coerência (SIC) em indivíduos que adotam postura de empoderamento comunitário seja elevado, o que fortalece o aumento de Recursos Generalizados de Resistência (RGR) na comunidade, contribuindo para elevar o SIC de novos indivíduos, formando, assim, um ciclo potente de ajuda comunitária e superação. Por isso, é importante entender sobre os conceitos de “compreensão, manejo e significado” para os indivíduos, ou um grupo de indivíduos.

Portanto, as descobertas apontam para a necessidade de novas investigações, tanto utilizando o questionário de orientação para a vida (QOV), como aprofundando a compreensão da relação entre SIC e RGR, pois, a Teoria de Antonovsky pode vir a colaborar fortemente com o campo da saúde coletiva, haja vista que este legitima os múltiplos saberes e práticas envolvidos na saúde de indivíduos e coletividades.

É com clareza que reconhecemos que todo modelo teórico seja, em determinado ponto, limitado. Principalmente se comparado com a inesgotável diversidade da experiência humana. Assim, não é diferente com o modelo salutogênico. Contudo, por ser um arquétipo mais abrangente, ele nos lembra do quão subjetiva é a vida, e pode iluminar nossa compreensão acerca dos processos de saúde-adoecimento-cuidado, traçando um caminho que coopere com a qualidade de vida, uma vez que “os adoecimentos” sempre existirão.

Dessa maneira, a quarta consideração feita por nós refere-se aos profissionais de saúde (coletiva). É de grande relevância realizarmos a compreensão dos fenômenos sociais que ocorrem no território em que atuamos, e tecermos relação destes com as questões de saúde. Não só usar conceitos de espaço e território de forma retórica, mas, compreender o seu sentido para aqueles que o constroem, e também são afetados por eles, pois assim será possível compreender o que fortalece e/ou enfraquece a manutenção da saúde (individual ou coletiva).

Logo, como já mencionado, essa pesquisa também pretende abrir caminhos para novas investigações, para que as práticas salutogênicas se intensifiquem no cotidiano da formação, da pesquisa e das práticas assistenciais, de forma que complete aquilo que falta ao modelo tradicional, centrado em abarcar unicamente o adoecimento.

A quinta consideração se refere à importância de ampliarmos o debate acerca da organização comunitária e dos movimentos sociais, estreitando os laços com os setores da saúde, pois eles são importantes agentes de mudança e empoderamento social. Como destacado em nossa pesquisa, por meio da liderança comunitária, da economia solidária e da educação popular (em saúde) eles atuam como suporte para a superação de problemas, dentre eles, problemas de saúde. São ferramentas potentes na redução das vulnerabilidades sociais, e no fortalecimento das potencialidades presentes nos territórios. Ainda em relação a essa consideração, torna-se necessário que instituições, ONGs, e fundações mantenham o compromisso solidário, apoiando projetos sociais que venham a mitigar as vulnerabilidades presentes.

Como última consideração, ponderamos que o contexto social de onde nossa pesquisa foi realizada é de vulnerabilidade, e precisa urgentemente ser transformado, mas as pessoas não são! Os participantes da pesquisa fortalecem esse entendimento. Os participantes, por exemplo, apesar da vulnerabilidade do território, continuam protagonizando e contribuindo para que, cada vez mais, outras pessoas também não sejam vulneráveis. Por isso, é preciso fortalecê-las, porque promover saúde no Dendê é promover um território saudável, e promover um território saudável é fortalecer o movimento social.

E por fim, é preciso dizer que os achados provenientes da vivência empírica foram imensamente maiores do que nosso poder de análise, transformando-nos, por consequência, em sujeitos também transformados pela experiência (de se colocar

no lugar do outro), e de continuar na busca por respostas para um mundo mais digno, justo, onde a saúde seja direito garantido, e esteja presente na vida das pessoas, mantendo-as, como nos insinua a letra da música auto-reverse, do grupo *O rappa*, “felizes, de uma maneira geral, vivas, brilhando como um cristal, sendo luzes que faíscam no caos”.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Raquel Ayres de; MALAGRIS, Lucia Emmanoel Novaes. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 183-202, dez. 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.
- ALMEIDA-FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- ALVES, Ana Carla Farias; ALVES, Ana Karina da Silva. As trajetórias e lutas do movimento feminista no Brasil e o protagonismo social das mulheres. In: SEMINÁRIO CETROS: NEODESENVOLVIMENTISMO, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL, 4., 2013, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: UECE, 2013. p. 113-121. Itaperi. Disponível em: [http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos\\_completos/69-17225-08072013-161937.pdf](http://www.uece.br/eventos/seminariocetros/anais/trabalhos_completos/69-17225-08072013-161937.pdf). Acesso em: 11 nov. 2019.
- ALVES, Ana Filipa Almeida Matias de Vasconcelos. **Gratidão: um estudo longitudinal sobre o impacto pessoal e relacional**. 2010. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3050/1/ulfp037537\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3050/1/ulfp037537_tm.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.
- ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promot Int.**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 11-18, jan. 1996.
- ANTONOVSKY, A; SOURANI, T. Family sense of coherence and family adaptation. **Journal of Marriage and the Family**, [s. l.], v. 50, n. 1, p. 79-92, jan. 1988.
- ANTONOVSKY, A. Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 31, n. 8, p. 969-981, ago. 1993.
- ANTONOVSKY, A. **Health, Stress and Coping**. São Francisco: Jossey-Bass. 1979.
- ANTONOVSKY, A. **The implications of salutogenesis: an outsider's view**. [S. l.]: APA, 1993. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1993-97224-001> Acesso em: 10 out. 2019.
- ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Social Science and Medicine**, [s. l.], v. 36, n. 1, p. 725-733, jan. 1993.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health**. São Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- ARAÚJO, Janieiry Lima de; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Hermenêutica e saúde: reflexões sobre o pensamento de Hans-Georg Gadamer. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 200-207, jan. 2012.

BACKES, Marli Terezinha Stein *et al.* Significado de viver saudável em uma comunidade socialmente vulnerável no Sul do Brasil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 190-196, fev. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002012000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 nov. 2019.

BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 52-61, jun. 2001. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 nov. 2019.

BASSINELLO, G. **Saúde Coletiva**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2014. Disponível em: <http://unifor.bv3.digitalpages.com.br/users/publications/9788543009759>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BASTIANELLO, Micheline Roat; HUTZ, Claudio Simon. Do otimismo explicativo ao disposicional: a perspectiva da psicologia positiva. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 20, n. 2, p. 237-247, mai./ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v20n2/1413-8271-pusf-20-02-00237.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BENTO, Victor Régio da Silva. **Centro e periferia em Fortaleza sob a ótica das disparidades na infraestrutura de saneamento básico**. 2011. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Centro de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2011. Disponível em: [http://www.uece.br/mag/dmdocuments/victor\\_regio\\_dissertacao.pdf](http://www.uece.br/mag/dmdocuments/victor_regio_dissertacao.pdf). Acesso em: 10 out. 2019.

BERLINGUER, G. **A doença**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>. Acesso em: 29 nov. 2017.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches**. Lanham: AltaMira Press, 2005.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 11-20, jan. 2016. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

BLOG BAIRRO EDSON QUEIROZ. **Bairro Edson Queiroz**. Fortaleza: [s. n.], 2012. Disponível em: <http://edsonqueirozbairro.blogspot.com/2012/11/historia.html>. Acesso em: 03 set. 2019.

BONANATO, K; BRANCO, D. B. T.; MOTA, J. P. T.; RAMOS-JORGE, M. L.; PAIVA, S. M.; PORDEUS, I. A. Trans-cultural adaptation and psychometric properties of the 'Sense of Coherence Scale' in mothers of preschool children. **R. Interam. Psicol.**, [s. l.], v. 43, n. 1, p. 144-153, jan. 2009.

BONFIM, Vinícius Silva. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, v. 14, n. 49, p. 76-82, abr./jun. 2010.

BONNIE, K. E.; DE WALL, F. B. M. Primate social reciprocity and the origin of gratitude. In: EMMONS, R. A.; MCCULLOUGH, M. E. (Orgs.). **The psychology of gratitude**. New York: Oxford University Press, 2004. p. 213-229. Disponível em: <https://royalsocietypublishing.org/doi/pdf/10.1098/rstb.2010.0119>. Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. [Constituição (1998)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 2016. 496 p.

BRASIL. **Guia de Políticas Públicas de Juventude**. Brasília: Secretaria-Geral da Presidência da República, 2006. Disponível em: <http://bibjuventude.ibict.br/jspui/bitstream/192/117/1/guiajuventude1.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2009. Disponível em: [https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais\\_para\\_pesquisa/Materiais\\_por\\_assunto/ProdEditorialANS\\_Manual\\_Tecnico\\_de\\_Promocao\\_da\\_saude\\_no\\_setor\\_de\\_SS.pdf](https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf). Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Brasília: CNDSS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Distritos sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf). Acesso em: 05 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para a Melhoria da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em: 30 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 08 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2010. Seção 1, p. 246. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 ago. 2019.

BREILH, J. De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 937-951, abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a16v8n4>. Acesso em: 27 out. 2017.

BREILH, Jaime. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87-125. Disponível em: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh%2c%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BRÊTAS, A. C. P.; GAMBA, M. A. **Enfermagem e saúde do adulto**. Barueri: Manole, 2006.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, jan. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2019.

BUSS, P. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan. 2000.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CAPRARA, Andrea. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, abr. 2003.

CARRONDO, Ezequiel Martins. **Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança**: contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico. 2006. Tese (Doutorado em Currículo e Supervisão em Educação Básica) – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Minho, 2006.

CEARÁ (Estado). Secretaria das Cidades. **Programa Pró-Moradia (2018)**. Fortaleza: Governo Estadual do Ceará, 2019. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2019/07/01/governo-entrega-234-unidades-do-residencial-dona-yolanda-queiroz-no-dende/> Acesso em: 05 set. 2019.

COELHO, J. G. **Consciência e matéria**: o dualismo de Bérqson. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/5zms8/pdf/coelho-9788579831089.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2019.

COHEN, D.; DEKEL, R. Sense of Coherence, ways of coping, and well being of married and divorced mothers. **Contemporary Family/therapy: an International Journal**, [s. l.], v. 22, n. 1, p. 467-486, jan. 2000.

COOPERSMITH, S. **The antecedents of self steem**. San Francisco: Freeman, 1983.

CORDAZZO, Scheila Tatiana Duarte; VIEIRA, Mauro Luís. A brincadeira e suas implicações nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 159-168, jun. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812007000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 10 nov. 2019.

CORRÊA, Camile Maria Costa. **Fatores que participam da tomada de decisão em humanos**. 2011. Dissertação (Mestrado em Neurociências e Comportamento) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: [https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-16042012-163915/publico/correa\\_me.pdf](https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47135/tde-16042012-163915/publico/correa_me.pdf). Acesso em: 01 nov. 2019.

COSTA, A. C. G. **“O adolescente como protagonista”**. [S. l.]: Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Lideranças, 2004. Disponível em: <http://www.lead.org.br/article/view/393/1/186>. Acesso em: 11 out. 2019.

CRAIG, M. B. *et al.* Validity evidence for the salutogenic wellness promotion scale (SWPS). **Am J Health Behav.**, [s. l.], v. 33, n. 4, p. 455-465, abr. 2009. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/37291526/AJHB>. Acesso em: 28 jul. 2019.

CRANDALL, J. Social interest as a moderator of life stress. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 47, n. 1, p. 164-174, jan. 1984.

CRUZ, Marly Marques da. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R; GRABOIS, V; WALTER, M. **Qualificação de gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 21-33.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Elvira Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antônio Malagón. **Os sentidos da Saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. **Adaptação cultural e validação do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros**. 2007. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DIÁRIO DO NORDESTE. **Bairro Edson Queiroz festeja 35 anos**. Fortaleza: Diário do Nordeste, 2005. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/bairro-edson-queiroz-festeja-35-anos-1.209743>. Acesso em: 02 set. 2019.

ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994

ELVAS, Susana; MONIZ, Maria João Vargas. Sentimento de comunidade, qualidade e satisfação de vida. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 28, n. 3, p. 451-464, set. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312010000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312010000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 nov. 2019.

ERIKSSON, M. **Unravelling the mystery of salutogenesis: the evidence base of the salutogenesis research as measured by Antonovsky's Sence of Coherence Scale**. Turku: Folkhälsan Research Centre, 2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and the relation with health - a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 376-381, jan. 2006.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, [s. l.], v. 61, n. 1, p. 938-944, jan. 2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. **J Epidemiol Community Health**, [s. l.], v. 59, n. 1, p. 460-466, jan. 2005.

EUFRÁSIO, Carlos Augusto Fernandes; ALVES, Natália Fernandes Teixeira; MAGALHÃES, Ana Lorena. **Aonde os sonhos podem chegar: estudo de caso do polo de produção de vassouras de garrafas "pet" da comunidade do Dendê**. Fortaleza: Blog Responsabilidade Social, 2015. 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/>. Acesso em: 02 mar. 2018.

FEITOSA, Maria Zelfa de Souza; SOUSA, Lígia Cristina Azevedo; PAZ, Antônio Fábio Coelho; BARRETO, Elcides Hellen Ferreira Landim; BOMFIM, Zulmira Áurea Cruz. Afetividade, território e vulnerabilidade na relação pessoa-ambiente: um olhar ético político. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 196-

203, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v30n2/1984-0292-fractal-30-02-196.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2019.

FERNANDES, Bernardo Gonçalves; PEDRON, Flávio Quinaud. **O poder judiciário e(m) crise**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

FERRARA, F. A. *et al.* **Medicina de la comunidad**. Buenos Aires: Intermédia, 1972.

FERREIRA, Cláudia Passos. Seria a moralidade determinada pelo cérebro? neurônios-espelhos, empatia e neuromoralidade. **Physis rev. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 21, p. 179-188, jan. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312011000200008&script=sci_arttext). Acesso em: 03 nov. 2019.

FERREIRA, Mônica Dias. **Sentido Interno de Coerência: relações entre o sentido interno de coerência, bem-estar subjectivo e depressão em idosos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2007.

FERREIRA-LEMONS, P. P. Sujeito na psicanálise: o ato de resposta à ordem social. In: SPINK, M. J. P.; FIGUEIREDO, P.; BRASILINO, J. (Orgs.). **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, p. 89-108. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xg9wp/pdf/spink-9788579820571-08.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2019.

FONSECA, A. M. Acontecimentos de vida, stress e coping: a teoria salutogénica. In: FONSECA, A. M. **Desenvolvimento humano e envelhecimento**. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. p. 157-160.

FONSECA, T. M. G. Acerca da ética e da perspectiva interdisciplinar. In: JACQUES, M. G. C. *et al.* (Orgs.). **Relações sociais e ética**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 12- 17. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/6j3gx/pdf/jacques-9788599662892-04.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

FRANKL, V. E. **A presença ignorada de Deus**. Rio de Janeiro: Vozes, 2019.

FRANKL, V. E. **Um sentido para a vida**. São Paulo: Ideias Letras, 2005.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Gravidez na adolescência no Brasil**. [S. l.]: UNFPA, 2018. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2019.

GACKI, S. R. S. Perspectivas do diálogo em Gadamer: a questão do método. **Cad. IHU**, [s. l.], v. 4, n. 16, p. 1-16, jan. 2006. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/uploads/publicacoes/edicoes/1158325728.95pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

GADAMER, H. G. **A ideia do bem entre Platão e Aristóteles**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

GADAMER, H. G. **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis: Vozes, 2006.

GADAMER, H. **Hermenêutica em retrospectiva: Heidegger em retrospectiva**. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método**. 7. ed. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista: EDUSF, 2005.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GOLDMAN, Marcio. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos: etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 17-29, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ra/v46n2/a12v46n2.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012. p. 79-108.

GUALDA, D. M. R; BERGAMASCO, R. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HAROCHE, Claudine. O outro e o eu na fluidez e desmedida das sociedades contemporâneas. In: NAXARA, M.; MARSON, I.; BREPOHL, M. (Orgs.). **Figurações do outro**. Uberlândia: EDUFU, 2009. p. 37-62.

HARVEY, D. 2014. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes.

HEIMAN, T. Examination of the salutogenic model, support resources, coping style, and stressors among Israeli university students. **J Psychol.**, [s. l.], v. 138, n. 6, p. 505-520, nov. 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15612607>. Acesso em: 29 nov. 2017.

HERNÁNDEZ, Arturo Sánchez. El Sentido de la Vida. **Revista Hospital Psiquiátrico René Vallejo Ortiz**. [s. l.], v. 1, n. 1, jan. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v5n1/hmc060105.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

HOUTART, F. El concepto de Sumak Kawsay (Buen vivir) y su correspondencia con el bien común de la humanidad (Tema Central). **Ecuador Debate**, Quito, n. 84, p. 57-73, 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/extra/Downloads/48566-201423-3-PB.pdf>. Acesso em: 20 de dez. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INOUYE, Keika *et al.* Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 3, p. 582-592, mar. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722010000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000300019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 nov. 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil municipal de Fortaleza**: tema VII – Distribuição espacial da renda pessoal. Fortaleza: IPECE, 2012.

JURDI, Andrea Perosa Saigh. **A ética do cuidado e do encontro**: a possibilidade de construir novas formas de existência a partir de uma brinquedoteca comunitária 2009. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, 2009.

JURDI, Andrea Perosa Saigh; SILVA, Carla Cilene Baptista; LIBERMAN, Flavia. Inventários das brincadeiras e do brincar: ativando uma memória dos afetos. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 65, p. 1-15, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/603-608/>. Acesso em: 10 nov. 2019.

KEYES, C. L. M. Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: BAUER, G. F.; HAMMIG, O. **Bridging occupational, organizational and public health**: a transdisciplinary approach. Genebra: Springer Science Business Media, 2014. Disponível em: [https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental\\_health\\_as\\_a\\_complete\\_state\\_-\\_keyes\\_2014.pdf](https://globalhealth.duke.edu/sites/default/files/event-attachments/mental_health_as_a_complete_state_-_keyes_2014.pdf). Acesso em: 20 out. 2019.

KOBASA, S. Stressfull life events, personality and health: an inquiry into hardiness. **Journal of Personality and Social Psychology**, [s. l.], v. 42, n. 1, p. 707-717, jan. 1979.

KOENING, H. **Medicine, religion and health**: where science and spirituality meet. West Conshohocken: Templeton Foundation Press, 2008. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=EwWP8Z4UOG8C&oi=fnd&pg=PP1&ots=2nFsc4GH\\_K&sig=YESHq6AjoRuijyZ8\\_Zq77FKW2KU&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=EwWP8Z4UOG8C&oi=fnd&pg=PP1&ots=2nFsc4GH_K&sig=YESHq6AjoRuijyZ8_Zq77FKW2KU&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em: 10 ago. 2019.

LANSDOWN, G. **A framework for measuring the participation of children and adolescents**. UNICEF: MENA Regional Office, 2009. Disponível em: [https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/ConceptualFramework-UNICEF.pdf?6P3d0UczkMh\\_H9OsKDycOHPXWeg2U7rd](https://static.globalinnovationexchange.org/s3fs-public/asset/document/ConceptualFramework-UNICEF.pdf?6P3d0UczkMh_H9OsKDycOHPXWeg2U7rd). Acesso em: 10 nov. 2019.

LAURELL, A. C. **Trayectoria y retos de la medicina social latinoamericana**. [S. l.]: Sítio virtual Alames, 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=urd068P2RxA>. Acesso em: 30 jan. 2019.

LEFCOURT, H. M. **Humor and life stress: antidote to adversity**. New York: Springer-Verlang, 1986.

LIMA, Reinaldo dos Santos. **Os desafios da responsabilidade social empresarial na relação com o empowerment comunitário: um estudo de caso da favela do Jardim Colombo, na cidade de São Paulo**. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

LINDSTRÖM, Bengt; ERIKSSON, Monica. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. **Health Promotion International**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 1-16, maio 2006. Disponível em: <https://watermark.silverchair.com/dal016.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW>. Acesso em: 28 jul. 2019.

LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira Saraiva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, set. 2010.

MAESSO, Márcia Cristina. O tempo do luto e o discurso do outro. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 337-355, ago. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v20n2/1809-4414-agora-20-02-00337.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2019.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª Ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MAZZA, Solange de Cássia Maranhão. **Senso de Coerência e locus de controle e sua relação com a qualidade de vida de trabalhadores qualificados**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.

MCCUBBIN, H., THOMPSON, E., THOMPSON, A., e FROMER, J. Prefácio. In: SZE, W. **Coping with life crisis: an integrated approach**. Nova Iorque: Plenum Press, 1998.

MCMILLAN, D.; CHAVIS, D. Sense of community: a definition and theory. **American Journal of Community Psychology**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 6-23, jan. 1986.

MELLO, Cleyson de Moraes. A Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. **Legis Augustus**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 33-41, dez. 2012. Disponível em: [apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/legisagustus/article/view/280/222](http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/legisagustus/article/view/280/222). Acesso em: 10 ago. 2019.

MINAYO, M. C. S. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MIRANDA, Humberto; GOMES JUNIOR, Evaldo. Urbanização reflexa: a emergência de arranjos urbanos intermediários no Brasil pós-1990. **EURE**, Santiago, v. 43, n. 130, p. 207-234, set. 2017. Disponível em: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0250-71612017000300207&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0250-71612017000300207&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 22 set. 2019.

MITTELMARK, M. B.; BAUER, G. F. The Meanings of Salutogenesis. In: MITTELMARK, M. B.; SAGY, S.; ERIKSSON, M. (Eds.). **The Handbook of Salutogenesis**. Cham: Springer; 2017. p. 18-29. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435854/> doi: 10.1007/978-3-319-04600-6\_2. Acesso em: 24 maio 2018.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L. I.; NAVARRO, M. B. M. A.; GONDIM, G. M. M.; GRACIE, R. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Maurício. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Pag. 23-41

MONTEIRO, Lara Valléria Barros; ROCHA JUNIOR, José Rodrigues. A dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit.**, Alagoas, v. 4. n. 2. p. 15-30. nov. 2017.

MORAES, Wesley Aragão de Moraes. Salutogênese e caminhos iniciáticos – a espiritualidade como item de saúde. **Arte Médica Ampliada**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 1-9, dez. 2014. Disponível em: <http://abmanacional.com.br/arquivo/e428ef6ab51d66ed91e45e51d2c5cc232b1950a1-34-4-salutogenese-e-caminhos-iniciaticos.pdf>. Acesso em: 04 out. 2019.

MOURA, Karol Silva de Moura; BESSA, Olívia Andréa Alencar Costa; NUTO, Sharmênia de Araújo Soares; SÁ, Henrique Luis do Carmo; VERAS, Fátima Maria Fernandes; BRAGA, José Ueleres Braga. Projeto Coorte Dendê: diagnóstico demográfico e condições de moradia de uma comunidade de baixa renda em fortaleza, Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 1, p. 18-24, mar. 2010.

NIELSEN, A. M.; HANSSON, K. Associations between adolescent's health, stress and sense of coherence. **Stress and Health**, v. 23, n. 5, p. 331-341, maio 2007.

NUNES JUNIOR, A. T. A pré-compreensão e a compreensão na experiência hermenêutica. **Jus Navigandi**, [s. l.], v. 7, n. 62, p. 1-11, jan. 2009. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=3711>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NUNES, L. A. S. **O Sentido de Coerência**: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Porto, 1999.

NUNES, L. A. S. O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogênico. In: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 4., 2000, Lisboa. **Anais [...]** Lisboa: Associação Portuguesa de Sociologia, 2000. p. 1-14. Disponível em: [https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7\\_1.pdf](https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e0a1588ba7_1.pdf). Acesso em: 15 dez. 2017.

NUNES, S. Compreender o cidadão. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s. l.], v. 16, n. 4, p. 4-25, abr. 1998.

OBBERG, Lurdes Perez. O conceito de comunidade: problematizações a partir da psicologia comunitária. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 709-728, ago. 2018. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812018000200018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812018000200018&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 05 nov. 2019.

OLIVEIRA NETO, Alfredo de; PINHEIRO, Roseni. O que a saúde tem a ver com rádio comunitária?: uma análise de uma experiência em Nova Friburgo - RJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 527-536, fev. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Nova Iorque: ONU, 1948.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1948. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 19 nov. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nairobi Call to Action**. Genebra: OMS, 2009. Disponível em: [https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01\\_2009\\_OMS%20Nairobi\\_Call%20to%20action.pdf](https://www.dors.it/documentazione/testo/201409/01_2009_OMS%20Nairobi_Call%20to%20action.pdf). Acesso em: 15 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The Helsinki statement on Health in All Policies**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: [https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf?ua=1). Acesso em: 15 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A Carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado**. Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Carta de Ottawa. 1986. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORIOLO-BOSCH, Albert. Resiliencia. **Educ. méd.**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 77-78, jun. 2012. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132012000200004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132012000200004&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2019.

PAVARINI, Gabriela; SOUZA, Débora de Hollanda. Teoria da mente, empatia e motivação pró-social em Crianças pré-escolares. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.15, n. 3, p. 613-622, set. 2010.

PEREIRA, Carolina Machado Rocha Busch; CARLOTO, Denis Ricardo. Reflexões sobre o papel social da escola. **Pesquisar - Revista de Estudos e Pesquisas em Ensino de Geografia**, Florianópolis, v. 3, n. 4, p. 12-27, maio 2016.

PERUZZO-JUNIOR, Léo. Autonomia, cuidado e respeito: o debate sobre o prolongamento assistido da vida. **Rev. Bioética y Derecho**, Barcelona, v. 1, n. 39, p. 121-134, jan. 2017. Disponível em: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000100008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000100008&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2019.

PLATÃO. **A República**. 13. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2012.

PRADO, Níllia Maria de Brito Lima; SANTOS, Adriano Maia dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 379-395, jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>. Acesso em: 10 nov. 2019.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. Modelos explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 753-767, mar. 2010.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo**: a dimensão simbólica da doença. 3 ed. São Paulo: Summus, 2006.

RICOEUR, P. **Tempo e Narrativa**. Campinas: Papyrus, 1994.

ROGOFF, B. A. **A natureza cultural do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROTTER, J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs**, [s. l.], v. 80, n. 1, p. 609-614, jan. 1966.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia e Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2017.

SABROZA, P. C. **Concepções sobre saúde e doença**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSaudeDoenca.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2017.

SACK, R. D. **Human Territoriality**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, Aline Mendonça dos; CARNEIRO, Vanderson Gonçalves. O movimento da economia solidária no Brasil: uma discussão sobre a possibilidade da unidade através da diversidade. **E-cadernos CES**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-18, jan. 2008. Disponível em: <http://journals.openedition.org/eces/1260>. Acesso em: 02 nov. 2019.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, Mário Jorge Rêgo dos. **Factores individuais que condicionam a Saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2011.

SANTOS, Milton. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 2008.

SARMENTO, M. J.; FERNANDES, N.; TOMÁS, C. Políticas públicas e participação infantil. **Educação, Sociedade e Culturas**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 183-206, jan. 2007.

SAVAZZONI, Simone de Alcantara. Preconceito, racismo e discriminação. **Revista do Curso de Direito da Faculdade de Humanidades e Direito**, [s. l.], v. 12, n. 12, p. 14-28, dez. 2015.

SCHENSUL, J. J. Key informants. In: NORMAN, B. A. (Ed.). **Encyclopedia of health & behavior**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004. p. 569-571.

SELIGMAN, M. E. P. **Learned optimism: how to change your mind and your life**. New York: Free Press, 1998.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.

SEMICHECHE, A.; HIGA, K. M.; CABREIRA, L. Protagonismo juvenil: a participação dos jovens para a transformação social. **Akrópolis**, Umuarama, v. 20, n. 1, p. 21-38, mar. 2012. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/akropolis/article/viewFile/4450/2694>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SENA FILHA, Vera Lúcia de Moura; CASTANHA, Alessandra Ramos. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 79-88, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26nspe/09.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

SEVALHO, G.; CASTIEL, L. D. Epidemiologia e antropologia médica: a in(ter) disciplinaridade possível. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). **Antropologia da saúde**: traçando identidade e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 47-69.

SHEIER, M.; CRAVER, S. Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. **Health Psychology**, [s. l.], v. 4, n.1, p. 219-247, jan. 1985.

SOUSA, Izautina Vasconcelos de. **Diagnóstico Participativo dos problemas que interferem na saúde de uma comunidade de baixo nível socioeconômico**. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2016.

SOUSA, Izautina Vasconcelos de; BRASIL, Christina César Praça; SILVA, Raimunda Magalhães da; VASCONCELOS, Dayse Paixão e; SILVA, Kellyanne Abreu Silva; BEZERRA, Ilana Nogueira; FINAN, Timoty J. Diagnóstico participativo para identificação de problemas de saúde em comunidade em situação de vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3945-3954, dez. 2017.

SOUZA, A. P. L.; FINKLER, L.; DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H. Participação social e protagonismo: reflexões a partir das Conferências de Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 28, n. 2, p. 178-193, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v28n2/v28n2a3.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

SOUZA, Guilherme Muniz de; FICAGNA, Lais Regina Dall'Agnol. Do preconceito à intolerância religiosa. **Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias**, [s. l.], v. 3, n. 2, p. 14-29, dez. 2016. Disponível em: [http://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20171006092335.pdf](http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20171006092335.pdf). Acesso em: 04 nov. 2019.

SULLIVAN, G. C. Avaliação do modelo salutogênico de Antonovsky para sua adaptabilidade à enfermagem. **Journal of Advance Nursing (JAN)**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 336-342, abr. 1989. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1365-2648.1989.tb03421.x>. Acesso em: 03 maio 2019.

TAN, K. K.; VEHVILAINEN-JULKUNEN, K.; CHAN, S. W. C. Integrative review: salutogenesis and health in older people over 65 years old. **Journal of advanced Nursing**, [s. l.], v. 70, n. 3, p. 497-510, mar. 2014.

TESSER, Charles Dalcanale; BARROS, Nelson Filice de. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 5, p. 914-920, maio 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/7115.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2019.

THOMAS, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 507-514, mar. 2005.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Adolescentes e jovens do Brasil: participação social e política**. [S. l.]: UNICEF; Instituto Ayrton Senna; Fundação Itaú Social, 2007. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/3596/file/Adolescentes\\_e\\_jovens\\_do\\_Brasil\\_Participacao\\_Social\\_e\\_Politica.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/3596/file/Adolescentes_e_jovens_do_Brasil_Participacao_Social_e_Politica.pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.

VANDENBERGHE, Luc; VALADAO, Valquíria César. Aceitação, validação e mindfulness na psicoterapia cognitivo-comportamental contemporânea. **Rev. bras. ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 126-135, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-56872013000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872013000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 nov. 2019.

VASCONCELOS, Dayse Paixão e. **Conflito ambiental no território Tapuya Kariri e suas implicações à saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eymard Mourão; VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias Vasconcelos; SILVA, Marísia Oliveira da. A contribuição da Educação Popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEBA – Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 24, n. 43, p. 89-106, jun. 2015. Disponível em: <http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/texto-2-1-artigo-eynard.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2012. Disponível em: [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf). Acesso em: 15 dez. 2017.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, dez. 2014.

VON HUMBOLDT, S.V.; LEAL, I.; PIMENTA, F. Living well in later life: the influence of sense of coherence and sociodemographic, lifestyle and health—related factors on older adult's satisfaction with life. **Applied Research Quality Life**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 631-642, jan. 2014.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da Saúde e Prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 681-718.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Bangkok charter for health promotion in the a globalized world**. Genebra: WHO, 2005. Disponível

em: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok\\_charter/en/](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/)  
Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for all for the twenty-first century:** health policy for Europe. Copenhagen: WHO, 1997.

XAVIER, Alexandra Bonifacio. As cartas das conferências internacionais sobre promoção da saúde: uma análise das tendências ídeo-políticas. In: SEMINÁRIO FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 7., Maceió. **Anais** [...]. Maceió: FNCPS, 2017. p. 2-9.

ZIBAS, D. M. L.; FERRETTI, C. J.; TARTUCE, G. L. B. P. Micropolítica escolar e estratégias para o desenvolvimento do protagonismo juvenil. **Cadernos de Pesquisa**, [s. l.], v. 36, n. 127, p. 51-85, jan. 2006

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES:

Nome:

Idade:

Sexo:

Religião:

Escolaridade:

Ocupação:

Principal lazer:

### PONTOS PARA ENTREVISTA

1. Diga para mim que é você (fala sobre suas principais características);
2. Fale sobre como é morar na Comunidade do Dendê;
3. Você escolheu morar aqui na comunidade?!
4. Há quanto tempo você mora aqui?!
5. Onde você morava antes?!
6. Fale sobre a convivência com seus vizinhos/moradores da comunidade;
7. Você já pensou em morar em outro lugar?! Porquê?!
8. Fale sobre como você acha que será o futuro da comunidade do Dendê;
9. Diga o que significa ter saúde para você;
10. Fale sobre o que você faz para manter sua saúde, para manter-se bem;
11. Quando você passa por momentos difíceis, onde, e com quem, você busca ajuda?!
12. Fale quem é Deus para você.
13. Para você, qual é a melhor forma de enfrentar (viver) a vida?!

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DA PESQUISA: PRÁTICAS SALUTOGÊNICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE DO DENDÊ

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa que irá investigar sobre as práticas e ações de promoção da saúde na comunidade do Dendê, além de desejar conhecer moradores que apresentem alguma história de superação em sua vida, permitindo-nos identificar alguns fatores que favorecem uma boa resposta à saúde das pessoas.

**1.PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA:** Ao participar desta pesquisa você participará de alguns momentos de entrevista com a pesquisadora responsável que lhe fará algumas perguntas sobre sua vida, o problema que você superou e que ações existem na comunidade que promovem sua saúde.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o(a) os(as) entrevista(s) sem nenhum prejuízo para você.

**2.RISCOS E DESCONFORTOS:** O(s) procedimento(s) utilizado(s), no caso a entrevista (s), poderá(ão) trazer algum desconforto como você sentir vergonha ou constrangimento em falar sobre algo que não queira, ou que lhe cause lembranças ruins e dolorosas. Assim, o tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, será reduzido por meio da sua liberdade em não falar aquilo que não queira.

**3.BENEFÍCIOS:** Os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de compreender o que ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis, mesmo tendo passado por situações difíceis na vida. Ter essa compreensão ajudará aos profissionais de saúde a atuarem melhor na promoção de saúde.

**4.FORMAS DE ASSISTÊNCIA:** Se você precisar de algum esclarecimento ou orientação por estar participando da pesquisa, ou se sentir prejudicado por causa da pesquisa, poderá procurar o pesquisador responsável. O contato da pesquisadora constará neste documento.

**5.CONFIDENCIALIDADE:** Todas as informações que o (a) Sr. (a) nos fornecer por meio da entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Seus (Suas) respostas e dados pessoais ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em nenhum lugar das gravações nem quando os resultados forem apresentados.

Assinatura pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura participante: \_\_\_\_\_

**6.ESCLARECIMENTOS:** Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS

Endereço: RUA JOAQUIM SÁ, Nº 20.

Telefone para contato: (88) 99922-0492

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, Ce.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos "C COÉTICA

Universidade de Fortaleza.

Av. Washington Soares, 1321, Bloco M – Sala 30.

Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, Ce.

**7.RESSARCIMENTO DAS DESPESAS:** Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

**8.CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO:** Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma via deste Termo e a outra ficará com o pesquisador.

O **participante de pesquisa** ou seu representante legal, quando for o caso, deve rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O **pesquisador responsável** deve, da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

#### **9.CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade \_\_\_\_\_, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

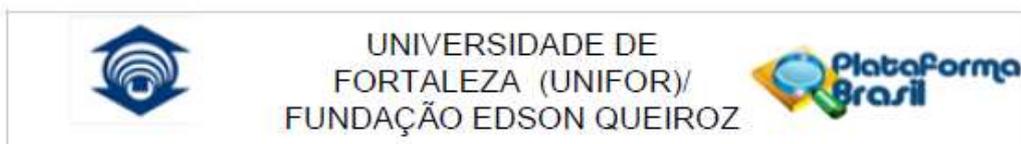
Fortaleza-Ce., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Impressão dactiloscópica

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRÁTICAS SALUTOGÊNICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE DO DENDÊ

**Pesquisador:** Dayse Paixão e Vasconcelos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 98167418.1.0000.5052

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.916.564

**Apresentação do Projeto:**

Apresentação do Projeto:

O Projeto em apreciação ao Comitê de Ética-COÉTICA da Universidade de Fortaleza-UNIFOR, intitulado PRÁTICAS SALUTOGÊNICAS E PROMOÇÃO DA SAÚDE NA COMUNIDADE DO DENDÊ trata-se de um Projeto de pesquisa na modalidade de tese apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para aprovação no Doutorado em Saúde Coletiva de autoria DAYSE PAIXÃO E VASCONCELOS tendo como orientadores a Prof. Dra. Raimunda Magalhães Silva e Co-orientador(a): a Prof. Dra. Christina César Praça Brasil.

O trabalho tem sua relevância uma vez que estudo abre caminho para dar capacidade ao cida-dão para lidar com os acontecimentos adversos da vida; possibilita de um debate teórico-reflexivo acerca da concepção de saúde presente no pensamento e nas ações em saúde coletiva, que vislumbra novos caminhos necessários para garantir que a promoção de saúde permaneça presente na agenda das políticas públicas, nas ações dos profissionais e no cotidiano das pessoas – que convivem, e coexistem imersas em uma estratificação social que interfere na sustentação da saúde individual e coletiva.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, que será realizada na comunidade do Dendê, durante o

**Endereço:** Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
**Bairro:** sala da VRPPG - Edson Queiroz **CEP:** 60.811-905  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3477-3122 **Fax:** (85)3477-3056 **E-mail:** coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.916.564

período de Setembro de 2018 a Janeiro de 2019. A população do estudo é de aproximadamente 22.110 pessoas que correspondem ao número de habitantes do bairro Edson Queiroz, onde está situada a comunidade, e a amostra estimada é em torno de 30 pessoas, em virtude do estudo ser qualitativo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- Analisar as práticas salutogênicas e ações de promoção da saúde na comunidade do Dendê;

Objetivo Secundário:

- Identificar moradores que apresentam história de superação de problemas de ordem física, social e econômica na comunidade.
- Identificar os fatores que permitem uma resposta favorável à saúde de moradores da comunidade;
- Conhecer os caminhos e/ou alternativas para a promoção da saúde (individual e coletiva) desenvolvidos na comunidade;
- Compreender como as ações de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade afetam a saúde dos moradores.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Os riscos existem nessa pesquisa são do tipo mínimo, decorrentes do desconforto que o participante poderá sentir ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em algum tópico que ele possa se sentir incomodado a falar. Contudo, ele será informado de que não precisará responder a pergunta de lhe causar desconforto. Não haverá riscos moderados ou altos.

Benefícios:

Os benefícios estão associados ao conhecimento gerado com a pesquisa sobre o assunto. Não haverá benefícios diretos, porém os benefícios esperados com a pesquisa são no sentido de

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.916.564

compreender o que ajuda as pessoas a manterem-se saudáveis, mesmo tenho passado por situações difíceis na vida. Ter essa compreensão ajudará aos profissionais de saúde a atuarem melhor na promoção de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto tem sua relevância acadêmica e social apresenta-se de forma coerente entre o tema, objetivos e metodologia para atingir o objetivo central.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto de pesquisa traz em anexo o TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO compreendendo os objetivos da pesquisa, ressaltando a ciência do respondente de que terá garantido os direitos assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde em seus requisitos bem como carta de anuência.

**Recomendações:**

Após a leitura da versão apresentada, não há recomendações por conta de pendências do projeto de pesquisa analisado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Colegiado recomenda a Aprovação ao projeto de pesquisa visto atender, na íntegra, às determinações da Resolução CNS/MS 466/12 e diretrizes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1197008.pdf	09/09/2018 19:03:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_COETICA.pdf	09/09/2018 19:03:31	Dayse Paixão e Vasconcelos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_POSINFORMADO.pdf	09/09/2018 19:02:55	Dayse Paixão e Vasconcelos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_TESE.pdf	13/08/2018	Dayse Paixão e	Aceito

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br



UNIVERSIDADE DE  
FORTALEZA (UNIFOR)/  
FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ



Continuação do Parecer: 2.916.564

Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_TESE.pdf	21:03:32	Vasconcelos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	08/08/2018 21:36:41	Dayse Paixão e Vasconcelos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	08/08/2018 21:36:19	Dayse Paixão e Vasconcelos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 25 de Setembro de 2018

---

**Assinado por:**  
**ALDO ANGELIM DIAS**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Washington Soares 1321 Bloco da Reitoria  
Bairro: sala da VRPPG - Edson Queiroz CEP: 60.811-905  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3477-3122 Fax: (85)3477-3056 E-mail: coetica@unifor.br