



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ

MESTRADO PSICOLOGIA

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: PSICOLOGIA SOCIAL E
SAÚDE**

**Redes sociais significativas e a promoção da saúde de
mulheres de um projeto comunitário**

Discente: Marcos Antônio da Silva

Orientador: Prof. Dr. Adriano Valério dos Santos Azevedo

Curitiba

2019

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL E SAÚDE

MARCOS ANTONIO DA SILVA

Redes sociais significativas e a promoção da saúde de mulheres de um projeto comunitário

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social e Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação e Intervenção Psicossocial.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Adriano Valério dos Santos Azevêdo

Curitiba - 2019

Dados Internacionais de Catalogação na fonte
Biblioteca "Sydney Antonio Rangel Santos"
Universidade Tuiuti do Paraná

S586 Silva, Marcos Antônio da.

Redes sociais significativas e a promoção da saúde de
mulheres de um projeto comunitário / Marcos Antônio da Silva;
orientador Prof. Dr. Adriano Valério dos Santos Azevêdo.
64f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Tuiuti do Paraná,
Curitiba, 2019.

1. Redes sociais significativas. 2. Promoção da saúde.
3. Mulheres. 4. Projeto comunitário. 5. Qualidade de vida.
6. Política nacional da promoção da saúde. 7. Narrativas de
vidas. 8. Mapa de rede. 9. Psicologia social. 10. Gênero.
I. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia/ Mestrado em Psicologia. II. Título.

CDD – 302

Dedico este trabalho às mulheres do Projeto Comunitário que expuseram a sua vida para me ajudar a realizar um sonho: o mestrado!

Agradecimentos

Este trabalho é fruto de várias pessoas que participaram na elaboração através do apoio e incentivo que foram fundamentais para a concretização dele. Sinceros agradecimentos

A Deus por ser a minha principal inspiração e razão de vida, que me ensina amar as pessoas como elas são.

Aos meus pais, José Geraldo da Silva (in memorian) e Edelfrida Reinert da Silva, que sempre me apoiaram na minha caminhada pessoal e foram as primeiras pessoas a me ensinar a olhar o próximo com compaixão.

Ao meu amigo Adriano Antônio da Levedove que me impulsionou e motivou a fazer o mestrado e realizar um sonho que estava adormecido.

Ao meu orientador Prof. Dr. Adriano Valério Azevêdo que com suas orientações objetivas e consistentes, me ajudou a superar limitações e chegar ao final desta caminhada. Ele é um referencial de educador!

À minha amiga Marcela Selow que com sua alegria contagiante, me “pilhou” a ser persistente nesta caminhada do mestrado.

Às coordenadoras do Projeto Comunitário que me acolheram e abriram as portas para poder fazer as pesquisas com as mulheres.

À Sandra Barbosa que dedicou o seu tempo livre na elaboração gráfica dos mapas de redes.

Aos meus colegas de mestrado que caminharam juntos no fortalecimento mútuo.

Aos membros da banca, Prof. Dra. Maria de Fátima Quintal de Freitas, Prof.a Dra. Araci Asinelli da Luz e Prof. Dra. Denise de Camargo, por aceitarem participar da banca examinadora, pela disponibilidade na leitura deste trabalho e contribuições para seu aprimoramento.

A todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que pudesse chegar na conclusão desta pesquisa.

“Temos de aprender a encarar as pessoas menos à luz do que fazem ou deixam de fazer,
e mais à luz do que elas sofrem.”

Dietrich Bonhoeffer

LISTA DE FIGURAS

Anexo - Mapa de Redes Sociais Significativas.....	64
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estrutura, Funções e Atributos dos vínculos significativos.....	25
Tabela 2 – Promoção da Saúde - Breve cronologia internacional.....	31

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	14
2 – Justificativa.....	20
3 – Objetivos.....	22
3.1 - Objetivos específicos.....	23
4 - Fundamentação teórica.....	23
4.1 - Redes Sociais Significativas.....	23
4.2 - Pesquisas sobre Redes Sociais Significativas de Mulheres.....	28
4.3 - Promoção da Saúde.....	31
4.4 - Mulheres em Projetos Comunitários.....	46
5 - Método.....	50
5.1 - Delineamento.....	50
5.2 - Local da pesquisa.....	50
5.3 - Participantes.....	52
5.4 - Instrumentos.....	52
5.5 - Procedimentos.....	53
5.6 - Análise de dados.....	54
Artigo 1 - Promoção da Saúde no Contexto das Redes Sociais Significativas.....	56
Artigo 2 – Narrativas de história de vida de mulheres em Projetos Comunitários.....	57
Artigo 3 – Mulheres em Projeto Comunitário: Redes Sociais Significativas e a Promoção da Saúde.....	58
Referências Gerais.....	59
Apêndices.....	62
I – Entrevista semiestruturada.....	62
II - Questionário sociodemográfico.....	63
Anexo.....	64
A – Mapa de Redes Sociais Significativas.....	64

Resumo

SILVA, M.A. (2019) Redes sociais significativa e a promoção da saúde de mulheres em um projeto comunitário. Dissertação (Mestrado de Psicologia – Área de concentração Psicologia Social e Saúde) – Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná

Esta pesquisa objetivou identificar e verificar as redes sociais significativas e a interface com a promoção da saúde de mulheres de um projeto comunitário. Foram entrevistadas três mulheres participantes de um Projeto Comunitário numa cidade do interior do sul do Brasil. Utilizou-se o delineamento de pesquisa qualitativa para que se tenha possibilidade de observar, analisar e ordenar dados que ajudem no planejamento flexível. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Entrevista narrativa – um roteiro para conhecer as narrativas de mulheres no projeto comunitário: o primeiro contato, as atividades desenvolvidas e as mudanças na vida; Mapa de Rede - Trata-se de um instrumento elaborado por Sluzki (1997), que consiste em representar a rede social do indivíduo por meio de um mapa dividido em quatro quadrante: família, amigos, relações de trabalho ou escola, relações comunitárias e de trabalho. O mapa é dividido em círculos de proximidade caracterizados por relações próximas, relações sociais e relações de conhecidos. O mapa indica os relacionamentos significativos da pessoa e ajuda a análise da estrutura, função e atributos dos vínculos; e Questionário sociodemográfico - para coletar informações sobre as mulheres (estado civil, família, educação, renda, realidade social do bairro) e identificar a sua realidade social e demográfica. Na entrevista narrativa utilizou-se a análise fundamentada nos dados por meio do sistema de codificação temática, e no mapa de redes buscou-se analisar a estrutura, a função e os atributos do vínculo. Os resultados da pesquisa são apresentados em três artigos. 1) Promoção da Saúde no contexto das redes sociais significativas; 2) Narrativas de histórias de vida de mulheres em projetos comunitários; 3) Mulheres em projetos comunitários: redes sociais significativas e a promoção da saúde. Verificou-se que o Projeto Comunitário exerceu uma influência no fortalecimento das mulheres para o desenvolvimento de potencialidades por meio de conhecimentos geradores de oportunidades de trabalho, estes que possibilitaram geração de renda, protagonismo e a promoção da saúde. Na análise do Mapa de Redes, as mulheres possuem vínculos significativos com a família, amigos e com o Projeto Comunitário. Os resultados dos artigos permitem compreender que os vínculos significativos (Família, Amigos e Projeto Comunitário) desenvolveram a promoção da saúde por meio de apoio emocional, material, cognitivo, e de geração de renda que fomentaram ações para o fortalecimento do protagonismo e da autonomia destas mulheres. Tais resultados podem auxiliar na compreensão da importância que o Projeto Comunitário pode contribuir para o trabalho integrado com a comunidade, e no reconhecimento dos vínculos significativos para a transformação social e no fortalecimento dos indivíduos para o enfrentamento de suas adversidades.

Palavras-chaves: redes sociais significativas, promoção da saúde, mulheres, projeto comunitário, qualidade de vida, política nacional da promoção da saúde, narrativas de vidas, mapa de redes, psicologia social, gênero

Abstract:

This research aimed to identify and check the significant social networks and the interface with the promotion of the health of women in a community project. Three women who participated in a community project were interviewed in a city in the countryside of southern Brazil. A qualitative research design was used in order to have the possibility of observing, analyzing and ordering data that help in flexible planning. For data collection, the following instruments were used: narrative interview-a roadmap to know the narratives of women in the Community project: the first contact, the activities developed and the changes in life; Network Map-This is an instrument developed by Sluzki (1997), which consists of representing the social network of the individual through a map divided into four quadrant: family, friendships, work or school relations, community relations and work. The map is divided into proximity circles characterized by close relationships, social relations and known relations. The map indicates the meaningful relationships of the person and helps the analysis of the structure, function and attributes of the links; and socio-demographic questionnaire-to collect information about women (marital status, family, education, income, social reality of the neighborhood) and identify their social and demographic reality. In the narrative interview, we used the analysis based on the data through the thematic coding system, and the network map sought to analyze the structure, function and attributes of the bond. The results of the research are presented in three articles. 1) Health promotion in the context of significant social networks; 2) Narratives of life histories of women in community projects; 3) Women in community projects: significant social networks and health promotion. It was found that the community project exerted an influence on women's empowerment for the development of potentialities through knowledge generating work opportunities, which enabled income generation, protagonism and Health promotion. In the network map analysis, women have significant links with family, friends and the Community project. The results of the articles allow us to understand that the significant bonds (family, friends and community project) have developed health promotion through emotional, material, cognitive, and income-generating support that have promoted actions for the Strengthening of the protagonism and autonomy of these women. These results can help to understand the importance that the Community project can contribute to the work integrated with the community, and to recognize the significant bonds for social transformation and the strengthening of individuals To cope with their adversity.

Key words: Significant social networks, health promotion, women, Community project, quality of life, National health promotion policy; Life narratives; network map; social psychology and gender

Apresentação

Sou formado em Teologia pela Escola Superior de Teologia – EST em 1993, instituição de ensino ligada à Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil – IECLB. A IECLB é uma igreja herdeira da Reforma Protestante, movimento liderado por Martin Lutero no século XVI, que tem como um dos seus fundamentos, o sacerdócio geral de todos os cristãos, que significa que cada pessoa batizada é sujeita de sua história e agente de transformação em sua comunidade de fé e civil. O protestantismo histórico possibilita autonomia de pensamento e de ação para que cada cristão tenha na sua liberdade o compromisso com o próximo.

A partir desse olhar crítico e desafiador, assumi o pastorado em uma das comunidades luteranas de Pelotas, onde atuei por 08 anos. Neste período, procuro alinhar os valores da teologia com os desafios de uma sociedade brasileira complexa que tem como marcas a injustiça e a desigualdade social. Neste período em Pelotas, incentivei iniciativas sociais que pudessem fortalecer as pessoas em suas dificuldades e ajudando-as na superação de seus limites. Criamos uma Associação de Apoio e Ação Social que começou a trabalhar com mulheres e crianças em situações vulneráveis em um dos bairros mais pobres de Pelotas, ensinando através de cursos e oficinas, artesanatos, costura, otimização de alimentos e música. A ação social e a fé começaram a fazer sentido no meu ministério pastoral e me desafiou para articular reflexões que motivassem as pessoas na superação de dificuldades e adversidades.

Em 2002, iniciei o meu trabalho pastoral na Paróquia Cristo Redentor de Curitiba. Em Curitiba, estou integrado no trabalho social da Comunidade através do Projeto Dorcas, que é um projeto comunitário em um dos bolsões mais pobres da região

metropolitana da cidade. O Dorcas tem por objetivo desenvolver 05 eixos de trabalho para gerar autonomia e protagonismo em seus participantes, são eles: música; esporte; educação; escotismo e geração de renda. Esse projeto tem proporcionado para centenas de crianças e adultos através de oficinas e cursos autonomia e apoio às pessoas para superarem as suas adversidades e gerar renda. O contato com esse Projeto representou um fator motivacional para fazer o curso de mestrado na área da Psicologia Social Comunitária, que tem como referenciais teóricos valores que fortalecem a pessoa, enquanto ser individual e coletivo, e que promove transformação da sociedade através da participação e de construção de políticas públicas que garantem direitos igualitários e justos para todos. Nesses valores da PSC existem pontos em comum do Evangelho de Jesus Cristo que promove libertação e autonomia do ser humano para a construção de uma sociedade justa, fraterna e igualitária.

O curso de mestrado em Psicologia Social Comunitária possibilitou a realização desta pesquisa qualitativa com as mulheres participantes de um projeto comunitário, isto me ajudou a compreender a realidade delas e me desafiou a buscar novas possibilidades para qualificar o meu trabalho, enquanto pastor e líder comunitário, para promover intervenções geradoras de protagonismo e transformação social.

1 – Introdução

O indivíduo desde o seu nascimento vive em contexto social e as primeiras relações iniciam-se com os familiares e depois se desenvolvem nas amizades, na escola, na comunidade, no trabalho, na igreja e nas demais organizações. Essas relações tornam-se grupos vinculares que formam a identidade da pessoa e gera interdependência. Segundo Sluzki (1997), a identidade do indivíduo é construída e reconstruída permanentemente ao longo da sua trajetória de vida por meio de interações com os outros (familiares, vizinhos, amigos, conhecidos, grupos, associações). Ao identificar as redes de apoio de uma pessoa, percebe-se a sua configuração naquele determinado momento, pois é necessário considerar a volatilidade e o contexto no qual a pessoa está inserida (Orlandi, 2012).

Para Sluzki (1997), as redes sociais significativas representam o “conjunto de seres com quem interagimos de maneira regular, com quem conversamos, com quem trocamos sinais que nos corporizam, que nos tornam reais” (p.15). De acordo com esta definição, o conjunto de vários vínculos relacionais formam redes significativas que possibilitam interações regulares que oferecem um sistema de apoio que são “a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas do universo relacional no qual está inserido” (p.42).

As redes sociais significativas contribuem para o reconhecimento da identidade do indivíduo e a sua autoimagem, mas também ajuda a perceber se esses vínculos ajudam ou não na qualidade de vida (Sluzki, 1997). Quando esses vínculos são saudáveis, sejam eles formais ou informais, tornam-se protagonistas de ações que produzem bom efeito na individualidade e na coletividade. Por outro lado, quando as redes de apoio são frágeis ou pobres e estão baseadas no medo, no domínio do outro ou na exploração, a construção da identidade e o exercício do poder será destrutivo, gerando relações e ações doentias. Ou

seja, há uma relação entre redes sociais significativas e a saúde das pessoas, uma vez que se considera a qualidade dos vínculos estabelecidos como apoio para a satisfação dos indivíduos.

Conforme Sluzki (1997), o mapeamento das redes sociais significativas ajuda a identificar e analisar se as redes sociais da pessoa são eficazes ou não. O seu registro é representado por um mapa com quatro quadrantes: Família; Amigos; Comunidade e Trabalho, estes que irão apresentar algumas características: 1) Estrutura que engloba o tamanho, a densidade, a composição, a dispersão e a homogeneidade/heterogeneidade dos membros; 2) Funcionalidade que diz respeito ao tipo predominante de vínculos específicos que podem ser considerados como: companhia social, apoio emocional, apoio material, guia cognitivo e de conselhos, regulação social e acesso a novos contatos; e 3) Atributos dos vínculos, que são as propriedades específicas de cada relação como: função predominante do vínculo, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade ou compromisso da relação, frequência de contatos e história da relação.

A utilização deste conceito de redes significativas e do uso do mapa de redes como instrumento estratégico contribuem para um olhar ampliado e complexo referente à pessoa e suas relações, o que auxilia na construção de ações que geram cuidado na saúde. Segundo Serapioni (2005), as redes sociais têm um papel fundamental na promoção da saúde, pelo fato de que fortalecem ações que produzem saúde e proporcionam capacidades necessárias para o enfrentamento de adversidades individuais e coletivas.

Esta relação entre as redes sociais significativas e a qualidade de vida do indivíduo é contemplada pela compreensão e definição do que é Promoção da Saúde. Segundo Gutierrez (1996):

Promoção da saúde é o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da

cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre a sua saúde e suas condições de vida a níveis individual e coletivo (p.96)

Ao analisar este conceito, percebe-se que a promoção da saúde integra dois níveis: individual e coletivo. Conforme Buss (2000), no nível individual a promoção da saúde consiste em atividades voltadas para a transformação dos comportamentos e estilos de vida no contexto familiar e, no máximo, no âmbito de comunidades em que se está inserido. Os objetivos destas atividades, que estariam no controle dos indivíduos, seriam educativas e relacionadas com os riscos passíveis de mudanças, como por exemplo: o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, e a direção perigosa no trânsito. No segundo nível, as atividades da promoção da saúde estão voltadas para a coletividade e ao ambiente físico social, econômico, político e cultural, de maneira ampliada, e que a saúde seria um produto de vários fatores que promoveriam a qualidade de vida através de um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, de saneamento, de condições de trabalho, de educação, e do meio ambiente. Espera-se que estes níveis sejam implementados por meio de políticas públicas que promovam o desenvolvimento da saúde e do fortalecimento dos indivíduos e das comunidades, principalmente mediante a participação social.

Segundo Czeresnia (2009), a promoção da saúde é uma definição ampla que supera a relação biomédica saúde/doença e envolve ações ou estratégias que aumentam a qualidade de vida e o bem-estar nas pessoas. Essas estratégias de promoção da saúde possibilitam uma transformação das condições de vida e potencializam a saúde individual e coletiva, o que reduz as doenças decorrentes dos círculos sociais, econômicos e ambientais. A promoção da saúde elabora políticas públicas intersetoriais para melhorar

a qualidade de vida das populações, pois engloba elementos físicos, psicológicos e sociais.

Czeresnia (2009) conceitua as diferenças entre a prevenção e promoção, pois prevenir tem o significado de preparar, chegar antes e impedir que se realize. No campo da saúde, a prevenção requer ações antecipadas fundamentadas no conhecimento científico e epidemiológico dos processos naturais, a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença, assim, busca-se controlar a transmissão de doenças infecciosas, reduzir os riscos de doenças degenerativas ou outros agravos específicos, e estruturar a divulgação de informações científicas que ajudam na mudança de hábitos da população.

Já a Promoção da Saúde visa fomentar ações que buscam a transformação das condições de vida, do meio ambiente e do trabalho, e que não estão voltadas para uma determinada doença ou desordem, mas implica no fortalecimento da capacidade individual e coletiva para que possam fazer escolhas que visam aumentar a saúde e o bem-estar geral, o que demanda uma abordagem intersetorial (Czeresnia, 2009).

Em um país continental como o Brasil, que é desigual socialmente e economicamente, as pessoas mais pobres constituem grupos vulneráveis para desenvolver problemas de adoecimento, o que dificulta atingir a promoção da saúde. A vulnerabilidade social representa a falta ou impossibilidade de acesso a bens materiais, serviços de saúde, educação, trabalho e bem-estar que não permitem promover qualidade de vida (Ayres, França-Junior, Calazans, & Saletti-Filho, 1999). Para Abramovay (2002), a vulnerabilidade social ocorre quando há recursos insuficientes no grupo social que impedem ascender a maiores níveis de bem-estar, impossibilitando-o a uma mobilidade social para o enfrentamento das estruturas sociais que geram exclusão.

Segundo Abramovay (2002), essa dificuldade de mover-se socialmente não deve ser restrita à situação de pobreza, mas se refere a outras categorias, por exemplo: raça, orientação sexual, gênero, etnia. Uma pessoa negra pode não ascender socialmente devido o preconceito racial que a impede de novas oportunidades de vida, de trabalho e de remuneração. Destaca-se que a vulnerabilidade social relaciona os vetores que dificultam a melhoria de vida nos diversos âmbitos (Castro, Abramovay, Rua, & Andrade, 2001).

Para reduzir as desigualdades e a vulnerabilidade social, o governo federal desde o início de 2000 começou a discutir a construção de políticas públicas com o objetivo de promover avanços e rupturas com o modelo de saúde, para que ocorram mudanças na qualidade de vida da população. Essa discussão avançou e no início de 2006, o governo por meio da portaria MS/GM 687, de 30 de Março, estabeleceu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com o seguinte objetivo:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006 p.17).

Na elaboração da PNPS de 2006, há um esforço em conceituar a promoção da saúde a partir dos documentos internacionais, estes que debateram a definição e as estratégias de um conceito de saúde amplo e transversal com estreita relação com a prevenção (Silva & Baptista, 2015). O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (Brasil, 2006).

O documento da PNPS de 2006 foi redefinido em 2014 com a Portaria nº 2.446 de 11 de Novembro, assinado pelo ministro da saúde Arthur Chioro, que justificou a mudança para integrar novas ações de promoção da saúde no território nacional, garantindo que estejam em concordância com os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2014).

Art. 2º A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11-2014.html)

Segundo Silva e Baptista (2015), na redefinição da PNPS em 2014, encontra-se em discussão de que maneira a promoção da saúde contribui de forma articulada para a qualidade de vida, políticas de saúde e desenvolvimento integral da sociedade brasileira. Um dos destaques refere-se à intrassetorialidade que busca construir em meio a complexidade do setor da saúde, um consenso entre o debate da promoção da saúde com ações promovidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPS de 2014 representa uma complementariedade que reconhece a trajetória de tal política, mas que retoma algumas questões, por exemplo, a discussão de risco à saúde decorrente dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

A PNPS permitiu provocar mudanças na maneira de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde, e apresenta em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população. A PNPS contribui para reduzir as desigualdades sociais e promover o desenvolvimento

humano e o bem-estar de todos, pois fundamenta-se nos princípios da integralidade, equidade, participação social e autonomia (Brasil, 2014).

A integralidade e a equidade são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que fundamentam a Lei Orgânica da Saúde 8.080, mas estes princípios foram apresentados pela PNPS com novas definições (Brasil, 1990). Na Lei Orgânica da Saúde, a integralidade propõe a articulação de ações e serviços preventivos e curativos para indivíduos e coletivos; e a equidade refere-se a igualdade de assistência à saúde (Brasil, 1990). Na PNPS, a integralidade reconhece a complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos para o desenvolvimento de intervenções por meio de trabalhos articulados e integrais; e a equidade nas ações de promoção da saúde considera a distribuição igualitária por meio da análise de aspectos específicos de indivíduos e grupos (Brasil, 2014). É possível verificar os avanços referentes às definições conceituais, assim a promoção da saúde é realizada mediante as necessidades de indivíduos e coletivos com o objetivo de desenvolver ações articuladas no setor da saúde e nas instituições e comunidades que possam auxiliar o cuidado à saúde e o enfrentamento de situações.

2 - Justificativa:

A presente pesquisa se justifica para compreender se há relação entre promoção da saúde e vínculos significativos com base em mulheres que participam de um projeto comunitário. Nesse sentido, a proposta é fazer uma reflexão sobre as redes sociais significativas (família, amigos comunidade e trabalho) e verificar se elas promovem qualidade de vida e ajudam as mulheres a perceberem apoio para o enfrentamento de suas adversidades.

A condição de ser mulher ainda tem profundas marcas de um sistema patriarcal e machista, pois a mulher enfrenta diariamente muitos tipos de discriminação, seja dentro de casa pelos seus familiares, como também pela sociedade que ainda marginaliza e a exclui de muitos processos decisórios e de dignidade.

Desde as décadas de 1960 e 1970, as mulheres buscam o reconhecimento por meio de movimentos sociais de contracultura para legitimar a alteridade, ao considerar que o outro tem os mesmos valores e igualdades garantidos pelas leis e Constituição de Direitos Humanos (Machado, 1992).

Segundo Godinho (2004), o principal desafio das políticas públicas se refere a transformação das condições de vida de mulheres para que possam mudar a realidade de desigualdade visando promover ações que possibilitem novas condições geradoras de autonomia, protagonismo e fortalecimento. Isto permite romper ciclos viciosos que sustentam a dependência e subordinação nos modelos patriarcais e excludentes, assim, busca-se propiciar condições para o exercício da cidadania que pode significar a integração das mulheres na sociedade e no mercado como consumidora e produtora de bens.

Segundo Correa e Sena (2009), as formas de organização de pessoas na sociedade são variadas: associações, ONGs, sindicatos, Projetos Comunitários, assim, precisam ter uma base filosófica institucional que define sua linha de ação. Identifica-se o grupo e cumpre com os seus objetivos para solucionar problemas e modificar a realidade, partindo da base de pensamento da liderança comunitária. Neste sentido, um dos espaços para as mulheres desenvolverem autonomia e participação social é por meio da inserção em projetos comunitários geradores de autonomia nos distintos âmbitos sociais (família, trabalho).

O presente estudo buscou identificar projetos comunitários no Brasil voltados para as mulheres (Amaral & Bunstein, 2017; Barroso, 2009; Serpa, Magalhães, & Celmer, 2013; Pinheiro & Lima, 2015; Schleder, Posser & Giuliani, 2017) e constatou que eles tiveram resultados positivos referente à inserção social e geração de renda e os resultados desta pesquisa são semelhantes aos estudos apontados, porém não se constatou nenhum estudo em que houvesse a relação direta entre Projetos Comunitários e Promoção da Saúde.

Também foram levantados estudos sobre as relações das redes sociais significativas de mulheres que contribuíram para o enfrentamento de situações de saúde e de vulnerabilidade psicossocial (Souza, Souza & Tocantins, 2009, Leonidas & Santos, 2013, Orlandi, 2012, Zuben, Rissi & Guinaes-Lorenzi, 2013, Azevêdo, 2016, Menezes, Moré & Barros, 2016, Krenkel, Motta & Moré, 2015). Nestas pesquisas foi possível identificar como as redes sociais significativas exercem um papel relevante no enfrentamento de situações e repercutem na saúde integral. Para Sluzki (1997), a qualidade da rede de relações constitui-se num elemento observável em várias faces da vida do indivíduo, que se configura, dessa forma, como fatores determinantes de saúde. No entanto, não foram encontradas pesquisas de redes sociais significativas e a Promoção da Saúde em mulheres de um Projeto Comunitário, o que torna essa pesquisa relevante para futuros estudos sobre essa temática

3 - Objetivo principal

O objetivo principal desta pesquisa é identificar e analisar as redes sociais significativas e a interface com a promoção da saúde de mulheres de um projeto comunitário. Justifica-se a realização desta pesquisa para que se tenha a compreensão ampliada dos fatores de proteção e de risco que viabilize elaborar programas de intervenção e políticas públicas para as demandas sociais identificadas.

3.1 - Objetivos específicos

- 1) Estabelecer as interfaces da promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas (Artigo 1);
- 2) Identificar e analisar narrativas de histórias de vida de mulheres de um projeto comunitário (Artigo 2);
- 3) Mapear as redes sociais significativas estabelecendo relações com a promoção da saúde de mulheres de um projeto comunitário (Artigo 3).

A pesquisa foi realizada em formato de três artigos: 1) O primeiro artigo “Promoção da saúde no contexto das redes significativas” apresenta articulações teóricas visando a aproximação entre promoção da saúde e redes sociais significativas; 2) O segundo artigo “ Narrativas de histórias de vida de mulheres em projetos comunitários” apresenta as narrativas destas mulheres e representa um estudo de caso; 3) E o terceiro artigo “Mulheres em projetos comunitários: redes sociais significativas e a promoção da saúde”, apresenta uma análise das redes sociais significativas articulada com os fundamentos da promoção da saúde.

Esta dissertação está organizada da seguinte maneira: na fundamentação teórica são definidos e contextualizados os conceitos de redes sociais significativas e promoção da saúde. Em seguida apresenta-se o método, e depois os artigos nas sequências que foram delimitadas.

4 - Fundamentação Teórica

4.1 – Redes Sociais Significativas

De acordo com Sluzki (1997), redes sociais significativas representam redes de apoio que contribuem para o fortalecimento da identidade da pessoa e o seu

reconhecimento no grupo inserido, portanto, trata-se de um conjunto de pessoas que fornecem apoio para o indivíduo em determinado momento da vida. Esse conceito teve sua origem no estudo das variações microsociais pela terapia familiar, a fim de analisar como o indivíduo se relaciona com sua família, amigos, relações de trabalho e comunidade. As redes sociais significativas revelam informações da pessoa sobre seus processos de integração/desintegração, de desenvolvimento de identidade e da estabilização dos potenciais de mudanças. As pessoas inseridas numa rede social que gera estabilidade, proteção e proporciona um ambiente confiável e participativo, estão menos propensas às doenças e têm maior possibilidade de promover qualidade de vida (Sluzki, 1997).

Diante disto, é possível compreender que as redes sociais que promovem a saúde desenvolvem uma autoestima na pessoa que possibilita ações, como por exemplo, protagonismo, autonomia, descobertas de potencialidades que são capazes de enfrentar as suas lutas. Quando o sujeito é reconhecido pelo outro por meio da aceitação e valorização consegue enfrentar o seu contexto de vida (Moré & Crepaldi, 2012). Neste sentido, Sluzki (1997) propõe que se identifique qual é a rede interpessoal que contribui para o fortalecimento e reconhecimento da identidade da pessoa. Essa rede social do indivíduo é identificada por meio de um mapa mínimo que inclui todas as pessoas do núcleo de relações. Segundo o autor, o mapa possui quatro quadrantes:

- 1) **Família** – Considera-se não somente a composição familiar, mas também quais são os vínculos mais significativos, estando eles próximos geograficamente ou não.
- 2) **Amizades** – Os amigos compõem uma rede social significativa da pessoa, pois eles também oferecem apoio nos momentos difíceis e ajudam no enfrentamento da adversidade.

- 3) Relações de trabalho ou escolares** – Para muitas pessoas, são as relações mais próximas depois da família, uma vez que elas passam tempo considerável com essas relações que também podem oferecer apoio.
- 4) Relações comunitárias, de serviço ou de credo religioso** – O pertencimento da pessoa em grupos comunitários ajuda na formação da sua identidade e no fortalecimento do apoio necessário para a superação de suas vulnerabilidades.

Segundo Sluzki (1997), o mapa mínimo é representado por três círculos concêntricos (internos, intermediário e externo) divididos em quatro quadrantes. O círculo interno engloba as relações mais próximas da pessoa, seja a família ou amigos. O círculo intermediário envolve as relações com menor grau de proximidade, como por exemplo, as relações sociais e profissionais. Já o círculo externo, o maior deles, registra as relações esporádicas, tais como os conhecidos da rua, da escola, do comércio e outros. Sluzki (1997) indica que “o conjunto de habitantes desse mapa mínimo constitui a rede social pessoal do informante” (p.42). O mapa além de identificar os relacionamentos significativos da pessoa, também ajuda a analisar a estrutura, as funções de redes e os atributos dos vínculos.

Tabela 1. Estrutura, Funções e Atributos dos vínculos.

1 – ESTRUTURA

1.1 – Tamanho – significa o número de vínculos nos quadrantes. Segundo Sluzki (1997) as redes de tamanho médio são mais eficientes do que as pequenas ou as muito grandes. Quando uma rede é muito pequena, corre o risco de sobrecarregar os membros, e estes começam a evitar o contato com a pessoa que precisa de ajuda. Por sua vez, as

redes muito grandes, tendem gerar uma falsa ideia de que a pessoa já deve estar sendo cuidada.

1.2 – Densidade – ou seja, conexão entre os membros e qualidade da relação entre eles em termos de influências que podem exercer no indivíduo.

1.3 - Composição/distribuição – indica a posição que cada membro ocupa nos quadrantes e a proporção onde está concentrada as potências da rede social pessoal de um sujeito. As redes muito localizadas não são tão flexíveis e efetivas pois não geram muitas opções de relacionamentos. Quando há uma distribuição mais ampla tanto nos quadrantes como nos círculos as possibilidades de interações são maiores e consequentemente de ajuda diante de enfrentamentos.

1.4 – Dispersão – ou acessibilidade que tem a ver, quando um vínculo íntimo está distante geograficamente. A distância geográfica entre os membros afeta na eficácia e na velocidade das resposta entre os membros da rede.

1.5 - Homogeneidade/heterogeneidade demográfica e sociocultural – tem a ver a idade, sexo, cultura, nível sócio econômico entre os membros da rede que podem gerar vantagens ou desvantagens favorecendo trocas ou evidenciar tensões.

1.6 - Atributos dos vínculos – ou seja compromisso e intensidade da relação, durabilidade, história em comum desempenhada por cada vínculo e pelo conjunto deles.

2 – FUNÇÕES DA REDE –

É o tipo de intercâmbio que se estabelece entre os membros de uma rede, que podem incluir essas funções:

2.1 – Companhia social – refere-se a realização de atividades conjuntas ou simplesmente estar juntos, compartilhando a rotina cotidiana.

2.2 – Apoio emocional – refere-se ao envolvimento que denota apoio emocional que incluem empatia, simpatia, estímulo, encorajamento e compreensão

2.3 – Guia cognitivo e de conselhos – refere-se às interações a fim de compartilhar informações pessoais ou sociais, esclarecer expectativas e oferecer modelos de referências.

2.4 - Regulação social – refere-se às interações que evoca responsabilidades e papéis, neutralizando os desvios de comportamentos que se distanciaram das expectativas coletivas e favorecendo a resolução de conflitos.

2.5 - Ajuda material e de serviços – refere-se à colaboração específica materialmente e financeiramente e/ou de serviços especializados como é caso do Setor Saúde.

2.6 – Acesso de novos contatos – refere-se à abertura para o estabelecimento de relações com pessoas ou redes que até então não faziam parte da rede social do indivíduo.

3 – ATRIBUTOS DOS VÍNCULOS

3.1 - Função predominante – refere-se à combinação de funções e qual delas caracteriza de maneira predominante neste vínculo.

3.2 - Multidimensionalidade – refere-se à quantas funções uma pessoa pode desempenhar na rede de apoio.

3.3 - Reciprocidade – refere-se ao desempenho para uma pessoa o mesmo tipo de funções, ou funções equivalentes às que essa pessoa oferece a você.

3.4 - Intensidade – refere-se o grau de compromisso e de intimidade com o vínculo da relação.

3.5 - Frequência dos contatos – destaca-se que quanto maior a distância, maior a necessidade de manutenção ativa do contato para manter a intensidade.

3.6 - História da relação – refere-se à forma pela qual as pessoas se conheceram e outras informações que fortalecem a manutenção desta.

Fonte: Sluzki (1997).

4.2 - Pesquisas sobre redes sociais significativas de mulheres

Pretende-se apresentar alguns estudos realizados que têm como critérios, mulheres e familiares que tem recebido e percebido apoio para os seus enfrentamentos por meio das redes sociais significativas identificadas pelo mapa de rede de Sluzki (1997). Foram feitas pesquisas nas bases de dados (SciELO, Google Acadêmico, Bireme, Lilacs) com as seguintes palavras-chaves: redes sociais significativas, mulheres e promoção de saúde.

Leonidas e Santos (2013) identificaram as redes significativas de 06 mulheres com transtornos alimentares (TAs) em um dos serviços de assistência em TA da região sudeste do Brasil, com o objetivo de investigar como se configuram essas redes, o apoio social percebido e suas possíveis implicações na saúde. Identificou-se que as redes sociais apresentaram tamanhos médios, mas eram poucos diversificadas com prevalência de pessoas da família mesmo diante de conflitos e tensões. A figura da mãe representou a principal pessoa que forneceu ajuda, e foi possível identificar a multidimensionalidade, que se refere as diferentes funções desempenhadas, por exemplo, companhia social, guia cognitivo, ajuda material e regulação social. Nos outros quadrantes de amigos, profissionais da saúde e comunidade, verificou-se que as mulheres mantinham contato

social baixo, o que indica a existência de dificuldades no estabelecimento de vínculos consistentes e na manutenção de relacionamentos afetivos e duradouros. O estudo indicou a importância do profissional da saúde conhecer quais são os vínculos sociais das pacientes, pelo fato de que este conhecimento pode oferecer subsídios para ampliar os recursos de tratamento dos TAs, especialmente, para incluir as redes de apoio na condição de mediadores para prevenir novos agravos à saúde.

Orlandi (2012) pesquisou como as redes sociais significativas de mulheres que vivem e convivem com o HIV participam do enfrentamento da soropositividade. Participaram do estudo mulheres infectadas pelo HIV com idades entre 20 e 59 anos que haviam sido diagnosticadas há mais de um ano, e identificou-se que as mulheres que enfrentaram o problema tinham redes sociais significativas eficientes e dinâmicas no que se refere à composição, às funções, à heterogeneidade, à frequência de contatos, à proximidade geográfica, à intimidade e às interconexões. Mesmo de maneira isolada, os profissionais de saúde tomavam iniciativas de acolher membros da rede social dessas mulheres no processo de enfrentamento da soropositividade, o que repercutiu positivamente na qualidade de vida.

Zuben, Rissi e Guanaes-Lorenzi (2013) pesquisaram uma mulher com HIV/aids, paciente de um hospital universitário do interior de São Paulo, para compreender como se configura a sua rede de apoio significativo e sua influência na saúde. As redes sociais significativas da paciente eram pequenas com pessoas da família e amigos que fornecem apoio emocional e companhia social, mesmo assim, segundo as autoras, isto possibilitou a promoção da saúde, o que foi fundamental para garantir qualidade de vida e desenvolver recursos para o enfrentamento das dificuldades advindas do diagnóstico de HIV/aids.

Azevêdo (2016) procurou identificar as redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras. Identificou-se que a rede social

significativa foi representada pelas pessoas da equipe de saúde e da família. Estas pessoas desenvolveram apoio emocional e ajuda material, e especificamente a equipe de saúde, que teve o maior número de pessoas na rede, exercia diferentes funções por meio da multidimensionalidade (guia cognitivo e apoio emocional). O apoio emocional possibilitou fortalecer a capacidade de enfrentar as situações de ansiedade no contexto hospitalar, o que promoveu saúde para continuar acompanhando a criança hospitalizada.

Krenkel, Motta e Moré (2015) procuraram compreender a dinâmica relacional das redes sociais significativas de mulheres que sofreram violência no contexto familiar e foram acolhidas em casa abrigo, uma vez que as redes sociais e o suporte institucional configuram-se ferramentas estratégicas para o enfrentamento desse fenômeno. Foram entrevistadas 12 mulheres em um abrigo no sul do Brasil. As redes sociais significativas no contexto de violência demonstraram a importância da intensidade de suas relações mútuas, na qual a ajuda foi oferecida por meio de apoio emocional e material. O estudo dos quadrantes indicou a presença de uma rede social significativa pequena e dispersa, o que denota um isolamento social dessa mulher que antes de ir para o abrigo ficou exposta à violência por um período longo. Os resultados desta pesquisa devem ajudar no trabalho/acolhimento dos profissionais da saúde e as equipes multidisciplinares para que elaborem estratégias de proteção às mulheres oportunizando a superação da situação de violência.

Estes estudos contribuíram para identificar que as redes sociais significativas exercem influência no enfrentamento de adversidades vivenciadas pelas pessoas, e quando essas redes são fortes, estáveis e presentes promovem a saúde. Verificou-se a partir destas análises, que o mapa de redes é um instrumento que possibilita realizar a avaliação psicossocial para desenvolver a saúde integral por meio de intervenções que valorizem a integralidade com o objetivo de promover saúde.

Nesses estudos, não foi possível identificar a relação entre redes significativas e promoção da saúde de mulheres em um projeto comunitário. A relevância científica da presente pesquisa consiste em ampliar o campo de conhecimento em Psicologia Social Comunitária de mulheres que estão inseridas em um contexto de vulnerabilidade social, que tem por objetivo melhorar suas rendas financeiras para desenvolver protagonismo, participação social e equidade.

4.3– Promoção da Saúde

Segundo Buss (2000), o termo “Promoção da Saúde” foi construído pelo médico Sigerist na década de 1940, e indicava quatro áreas essenciais da medicina: a promoção da saúde; a prevenção da saúde; a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Porém, a compreensão ampliada da saúde é anterior a década de 1940. No século XIX já haviam vários estudos (Alison, 1820; Snow, 1854; Villermé, 1826; Virchow, 1847) que relacionavam as condições de pobreza e miséria com as doenças emergentes do século XIX. Estes estudos ajudaram a estabelecer um novo paradigma no conceito de saúde, buscando a superação da ideia biomédica saúde/doença para uma forma ampla de pensar a saúde (Terris, 1996). A Tabela 2 apresenta uma breve cronologia de eventos internacionais que possibilitaram o surgimento e a contextualização da promoção da saúde.

Tabela 2. Promoção da Saúde – Breve cronologia internacional.

1974 – Declaração de Lalonde, Canadá

1978 – Conferência Internacional sobre Atenção Primária da Saúde – Declaração de Alma – Ata

1986 - I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em Ottawa no Canadá
– Carta de Ottawa

1988 – Declaração de Adelaide sobre Políticas Saudáveis- II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde - Austrália

1991 – Declaração de Sundwall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde - Suécia

1992 – Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde na região das Américas – Colômbia

1997 – Declaração de Jacarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde – Indonésia

Fonte: (Buss, 2000).

Os movimentos que ajudaram a construir a definição de Promoção da Saúde foram os seguintes: em 1974, foi publicado o relatório Lalonde que indicava várias diretrizes no sentido de melhorar espaços e estilos de vida dos canadenses. Este relatório identificou quatro componentes que reúne os determinantes da saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida, e organização da assistência à saúde. O documento mencionou que a maior parte dos gastos diretos no setor de saúde do Canadá concentrava-se na assistência médica, sendo que as causas principais das enfermidades e mortes tinham suas origens nos outros três componentes (Buss, 2000).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em parceria com o Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promoveu a 1º Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde. Neste encontro foi elaborada a Declaração de Alma-Ata recomendando a adoção de oito elementos essenciais para a promoção da saúde que tinha como meta “saúde para todos no ano 2000”. Foram apresentados alguns elementos:

educação em saúde para a prevenção e promoção; suprimentos de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico; atendimento materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento adequado para doenças comuns e acidentes; e distribuição de medicamentos básicos (Buss, 2000).

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 na cidade de Ottawa no Canadá representou o marco histórico (Buss, 2000). Nesta Conferência foi elaborada a Carta de Ottawa que define a Promoção de Saúde:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OMS, 2009)

Esta carta apresentou um novo olhar baseado nos determinantes e condicionantes da saúde. Este olhar foi um avanço no entendimento de que para promover a saúde era necessário ir além de apenas propor uma alteração de estilo de vida individual, mas promover uma ação coletiva ampliando o conceito de saúde (Silva & Baptista, 2015). A Carta de Ottawa propõe cinco campos de ação: Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; Criação de ambientes favoráveis à saúde; Reforço da ação comunitária; Desenvolvimento de habilidades pessoais; e Reorientação do sistema de saúde (Buss, 2000).

Posterior a Conferência de Ottawa, aconteceu em 1988 a Conferência de Adelaide que elegeu como tema principal as políticas públicas, que se preocupavam explicitamente em relação à saúde e à equidade, e o impacto na saúde da população. Busca-se a intersetorialidade como um marco referencial no discurso da promoção da saúde, que não só busca elaborar políticas públicas, como também formular políticas econômicas e analisar os seus impactos no sistema de saúde (Buss, 2000).

Outra conferência que marcou a história da promoção da saúde foi a III Conferência Internacional da Promoção da Saúde, realizada em Sundwall na Suécia no ano de 1991. Esta conferência focalizou a interdependência entre saúde e ambiente em todos os seus aspectos. A conferência delimitou quatro aspectos para a promoção da saúde: a dimensão social; a dimensão política; a dimensão econômica; e a dimensão do conhecimento (Buss, 2000).

A Declaração de Bogotá em 1992 representa um documento pioneiro da promoção da saúde na América Latina. Esta declaração entendeu que o desafio da promoção da Saúde na América Latina consistia em transformar as relações excludentes, articulando a economia com os desafios sociais para promover bem-estar para todos, desenvolver a solidariedade e equidade, aspectos indispensáveis para a qualidade e a promoção da saúde (Buss, 2000).

O documento estabelece cinco princípios: A superação das complexas e profundas desigualdades; A necessidade de novas alternativas na ação de saúde pública; A reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais; A conquista da equidade que consiste em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor novas ações para minimizar os seus efeitos e atuar como agente de transformação nas atitudes da população e seus dirigentes; e o Desenvolvimento integral e recíproco das pessoas e das sociedades. Esta declaração indicou três estratégias para a promoção da saúde: Impulsionar a cultura

da saúde, modificando valores, crenças, atitudes relações; Transformar o setor saúde por meio da estratégia de promoção da saúde; Convocar, animar e mobilizar políticas públicas para fazer da saúde uma prioridade (Buss, 2000).

A Conferência de Jacarta em 1997 foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento. Pretendeu-se atualizar a discussão que foi definida em Ottawa: o reforço da ação comunitária que tem em seu cenário as cidades, comunidades, escolas, e lugares de trabalho que oferecem oportunidades práticas para a promoção da saúde. Nesta conferência foram definidos cinco prioridades para o campo da promoção da saúde: Promover a responsabilidade social com a saúde; Aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde; Consolidar e expandir parcerias para a saúde entre os diversos setores; Aumentar a capacidade da comunidade e fortalecer os indivíduos para que influenciem nos fatores determinantes da saúde; e Definir cenários preferenciais para atuação (escolas, comunidades, ambientes de trabalho) (Buss, 2000).

No Brasil, o movimento da Promoção da Saúde caminha conjuntamente com o movimento sanitário ao longo da história da Saúde Coletiva. Durante um bom período do século XX, as intervenções sanitárias do Estado eram realizadas nas situações de emergência, como a epidemia da febre amarela. Destaca-se o trabalho do sanitarista Oswaldo Cruz que incrementou no início do século uma estrutura de atenção à saúde pública. Neste período, o Estado ainda não tinha nenhum trabalho promocional da saúde, apenas medidas voltadas para evitar e controlar o contágio de doenças que pudessem prejudicar a população (Pivetta, 2014).

Segundo Pivetta (2014), somente depois da década de 1930, o Estado começou a desenvolver estruturas governamentais para promover saúde. O Ministério da Saúde com uma pasta autônoma se concretizou somente em 1953, e nesta mesma época, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPs, que prestavam serviços curativos.

Na ditadura militar, iniciada em 1964, os IAPs foram incorporados em um novo instituto: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e nesta nova estrutura, foram criados a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social e o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência. Os serviços prestados por esses dois institutos se restringiam aos trabalhadores urbanos com carteira assinada, assim ficavam excluídos do atendimento de saúde pública uma parte da população brasileira (Pivetta, 2014).

Da década de 1970 até a década de 1980, o Movimento Sanitário Brasileiro articulou várias frentes sociais, convidando a sociedade para um debate a respeito de uma saúde pública que beneficiasse a população do país. Esse processo de debate ampliou a visão de saúde pública e gerou um movimento denominado: Movimento pela Reforma Sanitária, este que teve o seu principal momento em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde, que tinha como tema “Democracia é Saúde”(Pivetta, 2014).

Uma das vitórias desse Movimento pela Reforma Sanitária ocorreu na promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual está previsto, no artigo 196:

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

Embora garantida constitucionalmente, a Promoção da Saúde não foi muito bem articulada entre os diversos serviços de saúde. Há vários motivos para a falta dessa articulação, um deles seria a confusão conceitual entre as práticas de prevenção de doenças e de Promoção da Saúde (Czeresnia, 2009).

No artigo 198 da Constituição Federal de 1988, cria-se o Sistema Único da Saúde – SUS;

Art. 198^a As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

III - participação da comunidade.

Percebe-se que no processo de criação do SUS, o conceito ampliado de saúde, a necessidade de criar políticas públicas para promovê-la e o incentivo da participação comunitária estão presentes. Em 1990, o governo federal sanciona a Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/1990) que regula os serviços de saúde no território nacional por meio do SUS. O SUS cumpre o direito assegurado na Constituição Federal conforme o segundo artigo da lei 8.080/1990: Art., 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

O Art. 3º foi modificado em 2013 com a promulgação da lei 12.864 de 24 de Setembro de 2013. Assim ficou a redação deste artigo na Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 2013):

Art. 3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a

educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Desde a redemocratização do Brasil, a Promoção da Saúde vem sendo discutida, elaborada e tem como marco inicial a VIII Conferência Nacional de Saúde que levou o país para a universalização do sistema de saúde, o que ocorreu diante da criação de políticas públicas que ampliaram o conceito de saúde, tornando-o um direito social ao lado dos demais direitos humanos e de cidadania (Brasil, 2015). Segundo Buss (2003), a Promoção da Saúde é entendida como um conjunto de estratégias e formas de gerar saúde no âmbito individual e coletivo. Objetiva atender as necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria e qualidade de vida da população. Neste conceito amplo de saúde, o SUS articula e organiza uma série de forças sociais em defesa da saúde como bem público, objetivando superar e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde em uma articulação intersetorial com a sociedade (Malta et al., 2014).

O entendimento amplo da saúde e a busca pela sua promoção necessita de uma intersetorialidade para que o bem-estar seja construído com os diversos saberes, experiências de sujeitos, grupos e setores que buscam objetivos comuns (Brasil, 1990). O conceito de intersetorialidade pode ser definido como propõe a Declaração de Santa Fé de Bogotá:

Como o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1992).

Este conceito supera a visão isolada e fragmentada na elaboração e implementação de políticas públicas no setor saúde. Integra uma análise global da questão da saúde incorporando vários conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como por

exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, agricultura, cultura e outros, assim como sobre o contexto social, econômico, político, e geográfico referente a política pública. Essas áreas interagem entre si com a área da saúde promovendo a qualidade de vida e influenciando as demandas dos serviços de saúde (Buss, 2000).

A PNPS foi concebida para operar transversalmente visando gerar redes de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, levando em consideração a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde na relação entre saúde-doença. Entre 2008 e 2011, a PNPS, foi incluída na agenda interfederativa por meio do Pacto Pela Vida que foi regulamentado e publicado na Portaria n. 699/GM de 30 de março de 2006, sendo monitorado os indicadores da redução da prevalência do sedentarismo e tabagismo, e na implementação de núcleos de prevenção de violência e promoção da saúde nas capitais brasileiras (Malta & Castro, 2009).

Entre 2008 e 2010, foram inseridos no monitoramento de ações de promoção da saúde, a promoção de atividade física e alimentação saudável, definindo-se pela implementação do Programa Academia da Saúde e programas considerados similares, visando a melhoria e qualidade de vida (Brasil, 2011). Em 2011, no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNT no Brasil: 2011 – 2022”, foi incluída a meta de redução da prevalência de tabagismo em 30%. Diversas ações foram realizadas no enfrentamento do tabaco no país, o que tem sido considerado um sucesso por diversas organizações globais, como a Organização Mundial da Saúde – OMS. Com esse plano, muitas leis foram promulgadas restringindo o uso do tabaco em lugares públicos e o consumo de bebidas alcoólicas para motoristas, favorecendo a proteção à vida e a prevenção de acidentes de trânsito provocados por uso abusivo do álcool (Brasil, 2011).

Dentre as ações no território nacional que foram implementadas a partir de 2010, destaca-se a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que potencializa a identificação e a notificação das violências em todos os estados da federação, atuando de forma integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas de violências (Brasil, 2013). Em 2014, o Ministério da Saúde redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS por meio da Portaria 2.446 de novembro de 2014 (Brasil, 2014):

Art. 6º A PNPS tem por objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

A revisão foi feita de forma ampla, democrática, participativa, e envolveu gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de Instituições de Ensino Superior, e a participação de representantes de instituições fora do setor saúde comprometidos com ações de promoção da saúde de todas as regiões brasileiras.

Nesta revisão da PNPS foram apresentados os valores fundantes, os princípios, as diretrizes, os objetivos e os temas transversais.

Art. 3º São valores fundantes no processo de efetivação da PNPS:

I - a solidariedade, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias;

II - a felicidade, enquanto auto-percepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades;

III - a ética, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade;

IV - o respeito às diversidades, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, dentre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde;

V - a humanização, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;

VI - a corresponsabilidade, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos;

VII - a justiça social, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e

VIII - a inclusão social, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.

Art. 4º A PNPS adota como princípios:

I - a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos;

II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações;

III - a autonomia, que se refere à identificação de potencialidades e ao desenvolvimento de capacidades, possibilitando escolhas conscientes de sujeitos e comunidades sobre suas ações e trajetórias;

IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais;

V - a intersetorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns;

VI - a intrassetorialidade, que diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas;

VII - a sustentabilidade, que diz respeito à necessidade de permanência e continuidade de ações e intervenções, levando em conta as dimensões política, econômica, social, cultural e ambiental;

VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais; e

IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime.

Um dos valores fundantes da PNPS é a solidariedade, compreendida como algo que possibilita que indivíduos e comunidades exerçam a ajuda mútua em momentos de divergências ou dificuldades, e de maneira conjunta, construam metas que solucionam as dificuldades e contribuam para melhorar a vida das pessoas e aumentar as redes e parcerias entre elas (Brasil, 2014).

Entre os princípios da PNPS, destaca-se a participação social que considera a visão de diferentes atores, agentes, grupos e comunidades para identificar os problemas e buscar uma intervenção em conjunto para as necessárias resoluções (Brasil, 2014). Uma das diretrizes é apoiar e fomentar a educação permanente em promoção da saúde ampliando o compromisso e gerando reflexão crítica dos gestores e trabalhadores de saúde, assim como, desenvolver habilidades individuais e coletivas que venham a fortalecer o desenvolvimento humano (Brasil, 2014). Também é um dos objetivos específicos da PNPS promover uma cultura da paz entre pessoas, comunidades, territórios e municípios, sendo um dos seus temas transversais.

VI - cultura da paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz (Brasil, 2014).

Em 2008, os ministérios da Justiça e da Saúde, assinaram um Acordo de Cooperação Técnica, por considerar que a saúde e a segurança são necessidades que precisam ser satisfeitas, para que as pessoas vivam com dignidade e desenvolvam ações conjuntas na prevenção da violência e na promoção da segurança pública (Brasil, 2009).

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu cultura da paz, em 1999, como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e

estilos de vida de pessoas, grupos e nações baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, na prática da não-violência por meio da educação, do diálogo e da cooperação, podendo ser uma estratégia política para a transformação da realidade social. (Brasil, 2009 p.5).

A ONU ao declarar que a paz é sempre possível e que a violência é evitável, se opõem à posição de que é inevitável o uso das forças e das políticas de poder como soluções únicas para resolver os conflitos. Também sublinhou que a sustentabilidade envolve profundas mudanças sociais, econômicas e políticas que possibilitam aos indivíduos e grupos desenvolverem uma base de confiança e otimismo para olharem para o futuro. Neste sentido, a cultura de paz é um conceito amplo que contextualiza as causas profundas dos conflitos e as estratégias necessárias para sua superação, o que inclui uma profunda reestruturação social, seja no âmbito individual, coletivo, nacional ou internacional (Pureza, 2000).

Entre os eixos dos temas transversais está a vida no trabalho que envolve a relação entre o trabalho formal e não formal nos setores primário, secundário e terciário da economia, levando em consideração a realidade urbana e rural, buscando oportunidades de estratégias para a promoção da saúde através de atividades desenvolvidas nestes espaços de maneira participativa e construtiva (Brasil, 2014). Outro ponto se refere a transformação dos ambientes:

IV - ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades, identificando oportunidades de inclusão da promoção da saúde nas ações e atividades desenvolvidas, de maneira participativa e dialógica; (Brasil, 2014).

E, por último, os temas atuais prioritários da PNPS são: Formação e educação permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; Promoção da mobilidade segura, que visa reduzir a mortalidade no trânsito, através de educação e ações integradas e intersetoriais para promover a paz no trânsito; Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; Promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2014).

A PNPS estabelece relação com as demais políticas públicas conquistadas pela sociedade, entre elas: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS); a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS); a Política Nacional de Gestão Estratégia e Participativa (ParticipaSUS); a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT. Essas parcerias entre as políticas públicas possibilitam que a PNPS cumpra com o seu propósito fundante que é promover e articular qualidade de vida em todos os níveis da sociedade brasileira (Brasil, 2015).

A PNPS, apresentou diversos avanços e importantes desafios para o país, mesmo diante de grandes diversidades sociais, culturais, econômicas e raciais potencializando ações, prioridades e resultados. No entanto, percebe-se que é necessário avançar em ações intersetoriais que articulem políticas públicas específicas que promovam saúde no ambiente do trabalho, na comunidade, na mobilidade urbana para que possibilitem qualidade de vida e inclusão de pessoas para o desenvolvimento de seu protagonismo. O Estado por meio de ações intersetoriais, pode desenvolver ações e programas que

implementa as diretrizes e as prioridades da PNPS. Por isso, se faz necessário um processo de revisão constante da PNPS para que diante da diversidade das regiões brasileiras, a PNPS tenha a sua singularidade em ações locais/territorial/municipal/regional/estadual para uma reflexão contínua e avaliativa de suas práticas de promoção da saúde (Malta, et al, 2016).

Segundo Campos, Barros e Castros (2004), o Estado precisa assumir a responsabilidade de integrar a política da saúde com as demais políticas públicas sociais e econômicas, e garantir que sejam implementadas e eficientes. Para tanto, os agentes da saúde precisam ser protagonistas de uma construção ampla de saúde. Os mesmos autores entendem que a mobilização dos setores da sociedade em favor da qualidade de vida fortalece os movimentos sociais, o que gera autonomia do sujeito e da coletividade para que possam enfrentar as dificuldades, limites e sofrimentos criando possibilidades que satisfaçam as necessidades da população em uma participação que gere responsabilidade de todos. Especificamente, é importante contextualizar as relações de gênero e o papel da mulher nos projetos comunitários.

4.4 - Mulheres em projetos comunitários

A condição de ser mulher ainda tem profundas marcas de um sistema patriarcal e machista, pois a mulher enfrenta diariamente muitos tipos de discriminação, seja dentro de casa pelos seus familiares, como também pela sociedade que ainda marginaliza e a exclui de muitos processos decisórios e de dignidade. As relações entre homens e mulheres estão permeadas pelo poder, e a mulher ao longo da história sempre perdeu nesta relação, o que lhe conferiu uma situação de desvantagem afetando muito a sua dignidade.

Conforme Scott (1990), o termo gênero é utilizado para identificar as relações sociais entre as pessoas e indicar que as representações dos papéis masculinos e femininos são construções culturais que foram feitas ao longo da criação da sociedade para definir o lugar de cada um deles. À mulher foram estabelecidos os papéis de mãe e cuidadora dos filhos e da família, função admitida como um destino social e biológico (Nader, 2001).

Desde as décadas de 1960 e 1970, as mulheres buscam o reconhecimento por meio de movimentos sociais de contracultura para legitimar a alteridade, ao considerar que o outro tem os mesmos valores e igualdades garantidos pelas leis e Constituição de Direitos Humanos (Machado, 1992). O Movimento Feminista, conhecido em diversos países, conseguiu abrir espaços institucionais para que as mulheres ocupassem cada vez mais posições e lugares na sociedade (Hollanda, 1992). Também a produção de saberes acadêmico propõe estudar as relações humanas e conceituá-las para promover reconhecimento e direitos igualitários entre homens e mulheres (Hollanda, 1992). Entende-se que esse avanço possibilitou uma visibilidade da mulher na sociedade, a sua valorização e participação nos diferentes contextos, por exemplo, na política, no trabalho, e nas decisões comunitárias.

No Brasil, as políticas públicas para as mulheres têm como fundamento os princípios orientadores descritos no Plano Nacional de Políticas para Mulheres - PNPM – 2013-2015. São estes os princípios: Autonomia das Mulheres em todas as dimensões da vida; busca da igualdade efetiva entre homens e mulheres, em todos os âmbitos; respeito à diversidade e combate a todas as formas de discriminação; caráter laico do Estado; universalidade dos serviços e benefícios ofertados pelo Estado; participação ativa de todas as mulheres nas fases das políticas públicas; e transversalidade como princípio orientador das políticas públicas (Brasil, 2013).

Constata-se, que o PNPM quer desconstruir um modelo de sociedade que está fundamentada no patriarcalismo, para promover uma cultura de igualdade, de valorização, de respeito e de justiça em que a mulher reafirma o seu papel e a sua autonomia enquanto sujeito transformador desta realidade (Brasil, 2013). Portanto, para assegurar os direitos da mulher e combater todo tipo de discriminação e violência, foram criadas ao longo dos últimos anos, várias políticas públicas, a saber: Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Mulheres; Política Nacional de Assistência Social; Plano Nacional de Enfrentamento à Feminização da Aids; Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Brasil, 2008).

Essas políticas públicas possibilitaram a construção de ações no âmbito nacional, estadual e municipal para garantir integridade e dignidade às mulheres. Ações como o disk denúncia (disque 180) possibilita que qualquer pessoa pode denunciar violência e maus tratos contra mulheres. Assim como a criação de Centros de Referências Assistência Social (CRAS) que protege e oferece atendimento às mulheres que tiverem seus direitos violados (Brasil, 2004). A efetivação da Lei 11.340 ou Lei Maria da Penha promulgada em 2006, criou mecanismo de prevenção e proteção às mulheres, como também de punição aos violentadores (Brasil, 2007).

Segundo Godinho (2004), o principal desafio das políticas públicas se refere a transformação das condições de vida de mulheres para que possam mudar a realidade de desigualdade visando promover ações que possibilitem novas condições geradoras de autonomia, protagonismo e fortalecimento. Isto permite romper ciclos viciosos que sustentam a dependência e subordinação nos modelos patriarcais e excludentes, assim, busca-se propiciar condições para o exercício da cidadania que pode significar a

integração das mulheres na sociedade e no mercado como consumidora e produtora de bens.

Uma vez que o objetivo deste estudo é identificar as redes significativas de mulheres de um projeto comunitário, essa identificação permitirá delimitar as relações nos seus círculos primários e secundários. Esse estudo poderá identificar mulheres que vivem em condições de opressão, de discriminação e até de violência doméstica. Caso essas condições sejam identificadas, faz-se necessário ajudar essas mulheres na busca pela superação de qualquer tipo de discriminação mediante a formação de sua autonomia para que os seus direitos sejam assegurados pela Constituição Federal. Especificamente no que se refere a inserção de mulheres em projetos comunitários, se torna relevante contextualizar o papel das organizações não-governamentais.

As Organizações Não-Governamentais – ONGs muitas vezes cumprem o papel de assegurar uma qualidade de vida às pessoas e à sociedade. (Naves, 2003). Segundo Gohn (1995), as ONGs podem ter três tipos de classificação: Caritativas (que atuam na assistência às pessoas menos favorecidas), Ambientalistas (que se preocupam com a preservação do meio-ambiente), e Cidadã – (que promovem a cidadania e atuam junto às políticas públicas). Os autores Mauro e Naves (1999) apresentam uma definição de ONGs:

O conjunto de atividades espontâneas, não governamentais e não lucrativas de interesse público, realizadas em benefício geral da sociedade e que se desenvolvem independentemente dos demais setores (Estado e Mercado), embora deles possa, ou deva, receber colaboração (p.40)

Nesta perspectiva espera-se que as ONGs sejam agentes transformadores para promover políticas públicas que garantam justiça, direitos e igualdade entre os brasileiros (Naves, 2003). Desta maneira, faz-se necessário que os projetos comunitários estejam em

uma profunda consciência de solidariedade comunitária, para não cumprir um papel assistencialista, mas promover cidadania e políticas públicas que beneficiam a comunidade local.

Segundo Correa e Sena (2009), as formas de organização de pessoas na sociedade são variadas: associações, ONGs, sindicatos, Projetos Comunitários, assim, precisam ter uma base filosófica institucional que define sua linha de ação. Identifica-se o grupo e cumpre com os seus objetivos para solucionar problemas e modificar a realidade, partindo da base de pensamento da liderança comunitária.

Neste sentido, um dos espaços para as mulheres desenvolverem autonomia e participação social é por meio da inserção em projetos comunitários geradores de autonomia nos distintos âmbitos sociais (família, trabalho). No próximo tópico será apresentado o método desta pesquisa de dissertação de mestrado.

5 - Método

5.1 Delineamento

Utilizou-se o delineamento de pesquisa qualitativa que valoriza a investigação dos significados provenientes das narrativas de histórias de vida dos participantes, numa perspectiva de análise voltada para a interpretação (Flick, 2013). Trata-se de uma pesquisa de estudo de casos no enfoque retrospectivo, fundamentado nas histórias de vida de três mulheres que participaram de um projeto comunitário.

5.2 - Local de pesquisa

O acesso ao local de pesquisa ocorreu por meio de indicação de uma professora da UFPR que conhecia o projeto comunitário em estudo numa capital do sul do Brasil. Essa professora e mais duas amigas criaram uma empresa que tem a missão de realizar

programas de desenvolvimento pessoal e organizacional por meio de jogos e vivências com objetivos: Semear novas ideias; Impulsionar resultados e o pensar inovador e criativo; Conectar pessoas, empresas e projetos; Inspirar um novo olhar para si e para o mundo; Catalisar mudanças; Multiplicar relações sociais. Essa empresa de empreendedorismo aplicou o Programa Voar no Projeto Comunitário de Mulheres que busca transformar a realidades de mulheres que vivem em contexto de vulnerabilidade social, gerando oportunidade para que se tornem protagonistas de suas histórias por meio do fortalecimento da auto-estima, da capacitação profissional, e do autoconhecimento para gerar renda. Este programa também cria conexões e parcerias com empresas e oferece consultoria para as mulheres conforme o plano de cada participante. (www.amarilis.com.vc)

O Projeto Comunitário de Mulheres foi fundado no dia 23 de Novembro de 2013. Todavia, o trabalho voluntário iniciou em 2009 com um grupo de amigos/as que se auto denominaram Amigos em Ação. Eles se reuniram para realizar a primeira Festa da Criançada em 2009. Desde lá tornou-se uma tradição promover eventos às crianças nas datas comemorativas como Páscoa, Dia das Crianças e Natal. Surgiu a necessidade de registrar as crianças e as atividades, assim percebeu-se que o trabalho poderia ir além das festas para as crianças, e com isso buscou-se promover reuniões quinzenais com mulheres que estavam desempregadas e com autoestima baixa para retirá-las da ociosidade e despertar novas perspectivas e protagonismo. No início foram apenas 06 mulheres que participaram do projeto. Atualmente existem 50 mulheres participantes do projeto. O Projeto Comunitário de Mulheres ainda não tem uma sede própria para os seus encontros, portanto, utiliza-se um imóvel emprestado para a realização das atividades.

O Projeto promove a valorização da mulher por meio dos seguintes eixos: saúde da mulher; e Autoestima e Empreendedorismo. Desenvolve ações de convivência

comunitária por meio das oficinas (costura, artesanatos, culinária, horticultura), jardinagem (projeto flores na cidade) e mutirão de limpeza no bairro. O Projeto ainda promove ações solidárias de lazer e diversão para crianças do bairro em datas festivas na Páscoa, dia da Criança e Natal. O Projeto busca sensibilizar a sociedade para os problemas das mulheres em situação de vulnerabilidade social. Este projeto desenvolve atividades articuladas com outras associações e projetos comunitários, numa perspectiva de ONG, que visa contribuir com o desenvolvimento social promovendo protagonismo nas mulheres e mudanças na realidade social.

5.3– Participantes

A pesquisa foi realizada com três mulheres que integram o Projeto Comunitário escolhidas de acordo com os seguintes critérios para inclusão/exclusão: 1) Participar de uma oficina/curso que ajude no aumento da renda pessoal/familiar; 2) Ter mais de 18 anos de idade; 3) Participar no projeto no mínimo 03 meses; 4) Residir no mesmo bairro/cidade do Projeto.

5.4 - Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

Entrevista narrativa (Apêndice I) - A entrevista narrativa está inserida no contexto de pesquisa biográfica e objetiva conhecer as experiências subjetivas dos entrevistados referentes a um período de sua biografia, o que ocorrerá por meio de perguntas focalizadas para promover explorações e aprofundamentos (Flick, 2013). Foi elaborado um roteiro de perguntas adotando uma formulação flexível, de modo que a sucessão das questões e os detalhes deveriam iniciar mediante o discurso das participantes e da dinâmica da entrevista. O roteiro da entrevista narrativa abrangeu perguntas relativas ao envolvimento da entrevistada com o Projeto Comunitário para identificar como foi a

sua inserção e avaliação do projeto. Exemplos: Como você teve contato com o Projeto Comunitário? O que você faz no projeto? O que aconteceu na sua vida depois do Projeto Comunitário?

Mapa de Redes (Anexo I). Trata-se de um instrumento elaborado por Sluzki (1997) que consiste em representar a rede social do indivíduo a partir de um mapa dividido em quatro quadrantes relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho e às relações comunitárias. O instrumento possui três círculos divididos em quatro quadrantes, o círculo interno representa as relações íntimas, o círculo intermediário as relações com menor grau de compromisso, e o círculo externo as relações com pessoas conhecidas (Sluzki, 1997). Nesta pesquisa, o quadrante relações comunitárias do mapa de redes foi seccionado numa parte que denominou-se Projeto Comunitário.

O mapa indica os relacionamentos significativos da pessoa, o que permite analisar as características da rede quanto ao número, densidade, tamanho; as funções desempenhadas na rede, por exemplo, apoio emocional, ajuda material e de serviços, companhia social; e os atributos do vínculo referentes à reciprocidade, a intensidade do grau de compromisso com as relações, a frequência dos contatos e a própria história da pessoa que estimulou essas relações (Sluzki, 1997).

Questionário sociodemográfico (Apêndice II) - Utilizou-se um questionário para coletar informações das mulheres (idade, estado civil, escolaridade, renda).

5.5 – Procedimentos

Esta pesquisa iniciou-se após a autorização da Coordenação do Projeto Comunitário de Mulheres. Em seguida, ocorreu a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Tuiuti do Paraná, pelo parecer consubstanciado 2.393.511 e registrado com o número CAAE 79276217.60000.8040. Após a aprovação,

as participantes foram convidadas de forma voluntária e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A entrevista foi realizada individualmente na sede do projeto com duração aproximada de 50 minutos. No primeiro momento apresentou-se a proposta da entrevista e o roteiro para explorar a relação da entrevistada com o projeto comunitário. Em seguida foi explicado e aplicado o mapa de redes, e logo depois o questionário sociodemográfico. A entrevista foi audiogravada e posteriormente transcrita na íntegra e de forma literal.

5.6 - Análise de dados

Na entrevista narrativa utilizou-se a análise fundamentada nos dados por meio do sistema de codificação temática concentrando-se nos casos isolados, realizando-se em seguida, a comparação com os outros participantes (Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 1998). A análise iniciou-se por meio da codificação aberta para compreender de que maneira os dados foram representados na forma de conceitos, o que ocorreu por meio da identificação das unidades de significado, especificamente, palavras isoladas ou sequências de palavras nas narrativas de histórias de vida, o que foram geradoras de códigos. No processo de codificação seletiva foram identificadas as categorias centrais, o que incluiu as características e dimensões vinculadas a outras categorias, o que permitiu a elaboração de conceitos. Na próxima etapa ocorreu a comparação dos resultados dos três casos investigados, o que possibilitou verificar as similaridades e as diferenças que se destacaram. De acordo com Flick (2013), a análise de casos isolados possibilita a construção de um sistema de categorias que valoriza os aspectos singulares da pessoa.

No mapa de redes foram utilizadas as recomendações de Moré e Crepaldi (2012) para a análise dos quatro quadrantes: 01- Relações familiares; 02 - Relações de amizades;

03 - Relações de trabalho; 04 - Relações comunitárias/relações com o Projeto Comunitário, tendo como subcategorias: I - **Estrutura da rede** (tamanho, densidade, composição ou distribuição, dispersão, homogeneidade e heterogeneidade); II - **Funções da rede** (apoio emocional, ajuda material e de serviços, companhia social, guia cognitivo); III - **Atributos do vínculo** (reciprocidade, a intensidade do grau de compromisso com as relações, a frequência dos contatos e a própria história da pessoa que estimulou essas relações). E elementos de análise, as características das redes que poderão ser sustentadas pelos seguintes pontos: a) as narrativas dos participantes presentes na entrevista, b) nomeação presente nos quadrantes do mapa de redes, c) de conceitos teóricos que sustentam a teoria proposta por Sluzki (1997), e pela literatura especializada, tendo como referência o objetivo principal de pesquisa. Também buscou-se analisar as redes sociais por meio dos valores fundantes, princípios e objetivos da Política Nacional da Promoção da Saúde (Brasil, 2014).

Nesta pesquisa, foi considerada uma rede pequena aquela que tem até sete elementos; rede média entre oito a dez pessoas/instituições/projetos comunitários públicos; e rede de tamanho grande aquela que possui acima de dez vínculos (Moré & Crepaldi, 2012). Foram utilizados nomes fictícios para preservar o sigilo e a identidade das participantes da pesquisa

Artigo 1

Promoção da Saúde no Contexto das Redes Sociais Significativa

ARTIGO

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS REDES SOCIAIS SIGNIFICATIVAS

HEALTH PROMOTION IN THE CONTEXT OF SIGNIFICANT SOCIAL NETWORKS

RESUMO: A promoção da saúde valoriza a atenção à integralidade e as relações sociais consideradas significativas. O presente texto objetivou discutir as relações entre a promoção da saúde e as redes sociais significativas. O conceito de promoção da saúde foi contextualizado por meio de políticas públicas, e a definição de redes sociais significativas foi complementada com a apresentação do instrumento de pesquisa e intervenção denominado de mapa de redes. Buscou-se apresentar pesquisas que relacionaram redes sociais significativas e saúde evidenciando as contribuições desse construto teórico no campo da Psicologia e saúde. Foram verificadas as aproximações conceituais entre promoção da saúde e as redes sociais, o que permite ressaltar a importância de ações articuladas considerando que os vínculos sociais representam fatores de proteção da saúde integral.

PALAVRAS-CHAVE: Promoção da Saúde; Redes Sociais Significativas; Psicologia Social.

ABSTRACT: Health promotion values integrated care, including the social relations considered significant. The aim of this work was to discuss the relationships between health promotion and significant social networks. The concept of health promotion was discussed in the context of public policies, and the definition of significant social networks was complemented by presenting a research and intervention instrument called network map. Studies associating significant social networks and health were presented, highlighting the contributions of this theoretical construct in the field of Psychology and Health. A conceptual proximity between health promotion and social networks was found, which emphasizes the importance of articulated actions, considering that social bonds represent protective factors for integrated health.

KEYWORDS: Health promotion; Significant social networks; Social Psychology.

ADRIANO VALÉRIO DOS SANTOS AZEVEDO

MARCOS ANTÔNIO DA SILVA

TOMÁS COLLODEL MAGALHÃES REIS

Universidade Tuiuti do Paraná (UTP), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curitiba/PR, Brasil

INTRODUÇÃO

Redes de apoio significativas representam “a soma de todas as pessoas que o indivíduo percebe ou sente como significativas do universo relacional no qual está inserido” (Suzki, 1997, p.42). Estas pessoas auxiliam o indivíduo no enfrentamento de riscos e de vulnerabilidades e quando esses vínculos são saudáveis, sejam formais ou informais, repercutem na dimensão pessoal e coletiva do indivíduo e contribuem para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento de desafios. Essas interações sociais vivenciadas nas redes sociais significativas promovem a possibilidade de compartilhamento de experiências e de fortalecimento comunitário que contribuem para a qualidade de vida.

A promoção da saúde integra os níveis individual e coletivo (Buss, 2000), ao considerar que o nível individual consiste em atividades voltadas para a transformação dos comportamentos e estilos de vida no contexto familiar e comunitário.

Recebido em 30/10/2018
Aprovado em 04/02/2019

<http://dx.doi.org/10.21452/2594-43632019v28n63a03>



Artigo 2

Narrativas de histórias de vida de mulheres de um projeto comunitário

Resumo:

O presente artigo objetivou identificar e analisar narrativas de histórias de vida de mulheres de um projeto comunitário. Foram entrevistadas três mulheres participantes de um Projeto Comunitário numa cidade do interior do sul do Brasil. Utilizou-se o delineamento de pesquisa qualitativa que valoriza a investigação dos significados provenientes das narrativas de histórias de vida dos participantes. Foi elaborado um roteiro de entrevista com perguntas relativas ao envolvimento das entrevistadas com o Projeto Comunitário, e um questionário sociodemográfico. Na entrevista narrativa utilizou-se a análise fundamentada nos dados por meio do sistema de codificação temática. Verificou-se que o Projeto Comunitário exerceu uma influência no fortalecimento das mulheres para o desenvolvimento de potencialidades por meio de conhecimentos geradores de oportunidades de trabalho que possibilitaram geração de renda, protagonismo e inserção no mercado de trabalho. Tais resultados indicam que a participação de mulheres em projetos comunitários busca a fomentação da participação e inclusão social.

Palavras-chaves: mulheres, projeto comunitário, vulnerabilidade social.

Abstract:

This article aimed to identify and analyze narratives of life histories of women from a community project. Three women who participated in a community project were interviewed in a city in the countryside of southern Brazil. We used a qualitative research design that values the investigation of the meanings derived from the narratives of life histories of the participants. An interview script was elaborated with questions regarding the involvement of the interviewees with the Community project, and a socio-demographic questionnaire. The narrative interview was based on data analysis using the thematic coding system. It was found that the community project exerted an influence on the strengthening of women for the development of potentialities through knowledge generating work opportunities that enabled income generation, protagonism and Insertion in the labour market. These results indicate that the participation of women in community projects seeks the fomentation of social participation and inclusion.

Key words: Women, Community project, social vulnerability.

Artigo 3

Mulheres em projetos comunitários: redes sociais significativas e a promoção da saúde

Resumo: O presente artigo objetivou mapear as redes sociais significativas estabelecendo relações com a promoção da saúde de mulheres de um projeto comunitário. Foram entrevistadas três mulheres participantes de um Projeto Comunitário numa cidade do interior do sul do Brasil. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: Mapa de Rede - trata-se de um instrumento elaborado por Sluzki (1997), que consiste em representar a rede social do indivíduo a partir de um mapa dividido em quatro quadrantes relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho ou escola, às relações comunitárias e ao trabalho, e Questionário sociodemográfico. No mapa de redes buscou-se analisar a estrutura, função e atributos do vínculo. Verificou-se que os vínculos significativos estão concentrados na família, amigos e no Projeto Comunitário, por meio de apoio emocional, material, cognitivo, os quais são realizados de maneira recíproca. Os resultados do mapa de redes representam indicadores de promoção da saúde, pelo fato de que possibilitou desenvolver protagonismo e autonomia das mulheres numa perspectiva da integralidade.

Palavras-chaves: redes sociais significativas, promoção da saúde, mulheres, projeto comunitário, mapa de redes.

Abstract:

This article aimed to map the significant social networks establishing relationships with the promotion of women's health in a community project. Three women who participated in a community project were interviewed in a city in the countryside of southern Brazil. For data collection, the following instruments were used: Network Map-This is an instrument developed by Sluzki (1997), which consists of representing the social network of the individual from a map divided into four quadrants related to the family, Friendships, work or school relations, community relations and work, and socio-demographic questionnaire. The network map sought to analyze the structure, function and attributes of the link. It was verified that the significant bonds are concentrated in the family, friends and in the community project, through emotional, material and cognitive support, which are performed in a reciprocal manner. The results of the network map represent indicators of health promotion, by the fact that it allowed to develop protagonism and autonomy of women from a perspective of integrality.

Key words: Significant social networks, health promotion, women, Community project, network Map.

Referências Gerais

- Abramovay, M. (2002). *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: UNESCO
- Ayres, J. R. C. M., França-Júnior, I., Calazans, G.J., & Saletti-Filho, H. C. (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempo de Aids In: R. M. Barbosa, & R. G. Parker (Orgs) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*, (pp. 49-72) São Paulo: Editora 34.
- Azevêdo, A. V. S. (2016). *Ansiedade, enfrentamento e redes sociais significativas de familiares cuidadores de crianças hospitalizadas com queimaduras*. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis
- Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Brasil (1990). *Lei no 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Presidência da República/Casa Civil. Brasília, DF. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
- Brasil (2002). *As Cartas de Promoção da Saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2004). *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Secretaria de Políticas Públicas. Brasília, DF.
- Brasil (2006). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.
- Brasil (2007). *Pacto Nacional de Enfretamento à Violência contra a Mulher*. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF.
- Brasil (2008). *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Presidência da República/ Secretaria de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF.
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF.
- Brasil (2010) *Política Nacional da Promoção da Saúde*. Secretaria da vigilância em saúde. Secretaria de atenção à saúde. 3a ed. Brasília, DF.
- Brasil (2011a). *Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011*. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.
- Brasil (2011b). *Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Brasília: DF.
- Brasil (2013). *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e promoção da Saúde. Brasília: DF.

- Brasil (2013). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015*. Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília, DF.
- Brasil (2014). *Portaria no 2.446 de 11 de Novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)*. Ministério da Saúde Brasília, DF. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11-2014.html ok
- Brasil (2015). *Política Nacional da Promoção da Saúde: PNPS: Revisão da Portaria MS/MG no 687, de 30 de Março de 2006*. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687
- Buss, P.M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1), 163-177.
- Buss, P.M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Revista Saúde Coletiva*. 17 (1), 77-93.
- Campos, G.W., Barros, R.B., & Castro, A.M.(2004). Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletivas*. 9 (3), 745-49.
- Castro, M. G., Abramovay, M., Rua, M. G., & Andrade, E. R. (2001). *Cultivando vida, desarmando violências: experiências em educação, cultura, lazer, esporte e cidadania com jovens em situação de pobreza*. Brasília: UNESCO, Brasil Telecom, Fundação Kellogs, BID.
- Czeresnia, D. (2009). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In D. Czeresnia, & C.M. Freitas (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências* (pp. 43-57). Rio de Janeiro: FioCruz.
- Flick, U. (2013). *Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes*. Porto Alegre: Penso.
- Gohn, M. G. (1995). Cidade, ONGs e Ações Coletivas. Novas parcerias, atores e práticas civis. *Revista São Paulo em Perspectiva, Revista da Fundação Seade*, 9 (2), 33.
- Godinho, T. (2004). Construir a igualdade combatendo a discriminação. In: Godinho, T. & Silveira, M.L. (Orgs.), *Políticas Públicas e igualdade de gênero*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher - Cadernos da Coordenadoria Especial da Mulher, 8 188p
- Gutierrez, M. (1996). Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. In: H.V. Aroyo & M. T. Cerqueira (Orgs.), *La Promoción de la Salud y la Educación para la Salud en America Latina: un Análisis Sectorial* (pp.43-57). Editorial de la Universidad de Puerto Rico.
- Hollanda, H. B. (1992). Os Estudos sobre Mulher e Literatura no Brasil: Uma primeira avaliação. In: A.O. Costa, & C. Bruschini (Orgs.). *Uma questão de Gênero*, (pp 54-92). São Paulo: Rosa dos Tempos.
- Krenkel, S., Motta, C. C. L., & Moré, C. L. O. O (2015). As redes sociais significativas de mulheres acolhidas em casa-abrigo. *Paidéia* 25 (60), 125-133.

- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2013). Redes Sociais significativas de mulheres com transtorno alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571.
- Machado, L.Z. (1992). Feminismo, Academia e Interdisciplinaridade. In: A.O. Costa, & C. Bruschini (Orgs.). *Uma questão de Gênero*, (pp.24-38). São Paulo: Rosa dos Tempos.
- Malta, D. C., & Castro, A. M. (2009). Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Boletim Técnico do SENAC*, 35, 63-71.
- Malta, D. C., Silva, M. M. A., Albuquerque, G. M., Lima, C. M., Cavalcante, T., Jaime, P. C., & Silva Júnior, J. B. (2014). A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. *Ciência, Saúde Coletiva*; 19(11), 4301-4311.
- Malta, D.C., Morais Neto, O.L., Silva, M.M.A., Rocha, D., Castro, A.M., Reis, A.A.C., & Akeman, M. (2016) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência e Saúde Coletiva* 21 (6) <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>
- ,Mauro, J.E.M., & Naves, R. (1999). Terceiro setor e suas perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*, Universidade de Caxias do Sul – Pró Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 7, (2).
- Moré, C. L. O. O. , & Crepaldi, M. A. (2012). O Mapa de Rede Social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 21 (43), 84-98.
- Nader, M.B. (2001) Reclusão Biológica e Transgressão Feminina: a mulher entre dois destinos. *Dimensões - Revista de História da Ufes*, 13, p. 92-103
- Naves, R. (2003). Novas possibilidades para o exercício da cidadania. In J. Pinsky, & C.B. Pinsky (Orgs), *História da Cidadania* (pp. 546-565). São Paulo: Contexto Janeiro OL
- Organização Mundial da Saúde (2009). Carta de Otawa (2009) Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/uploadarq/otawa.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde (1992). Declaração de Santa Fé de Bogotá, In Ministério da Saúde /Fiocruz. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundwall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC. Brasília.
- Orlandi, R. (2012). *Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade* Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.
- Pivetta, S. L. (2014). *Direito Fundamental à Saúde*. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais.
- Pureza, J.M. (2000). *Estudo sobre a Paz e a cultura de Paz*. Lisboa: Nação e Defesa, outono-inverno 95/96 2º série 33-42
- Scott, J. (1990). Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*, 15 (2), 28-50.
- Serapione, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(supl.), 243-251.

- Silva, P. F. A., & Baptista, T. W. F. (2015). A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. *Saúde Debate*, 39 (número especial), 91-104.
- Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social na Prática Sistêmica Alternativas Terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. New York: Cambridge University.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. 2a ed. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Terris, M. (1996). Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: *Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: una antología*. Washington:OPS
- World Health Organization (1991). Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/1991/em/>
- Zuben, J. V. V., Rissi, M. R. R., & Guanaes-Lorenzi, C. (2013). A rede social significativa de uma mulher após o diagnóstico de HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 18 (2) 211-221.

Apêndices

I – Entrevista semi-estruturada

Bom dia, meu nome é Marcos, estou fazendo uma pesquisa e gostaria de convidá-la para participação. O objetivo é conhecer um pouco da sua inserção no Projeto Comunitário. Por favor, leia o TCLE e se concordar assine. Se permitir, a entrevista será gravada, mas posso garantir sigilo das informações.

- 1) Como você teve contato com o Projeto Comunitário?**
- 2) Há quanto tempo você frequenta a Projeto Comunitário?**
- 3) Quais atividades você realiza no Projeto Comunitário?**
- 4) O que aconteceu na sua vida após entrada no Projeto Comunitário? (Gerou renda, promoveu protagonismo, melhorou a autoestima)**

5) Além do Projeto Comunitário, há um outro projeto ou instituição onde você participa?

Agora vou apresentar para você um instrumento de pesquisa chamado de mapa de redes. É um mapa que identifica as pessoas que no momento estão fornecendo algum tipo de ajuda ou apoio. O mapa está dividido em quatro quadrantes Família, Amigos, Relações comunitárias e Trabalho.

No quadrante você gostaria de incluir alguém? Quem? Em qual círculo? Que tipo de apoio esta pessoa oferece?

Quanto tempo você conhece? Menos de 01 ano, de 01 a 05 anos, mais de 05 anos? Qual a frequência de contato?

II – Questionário Sociodemográfico

1) Nome:

2) Idade:_____

3) Local de nascimento:_____

4) Renda mensal familiar aproximada (em salário mínimo):_____

5) Qual a sua escolaridade?

Nunca estudou

Ensino fundamental incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino médio incompleto

Ensino médio completo

Ensino superior incompleto

Ensino superior completo

Pós-graduação

6) Você tem alguma religião? () Sim () Não
Qual? _____

É praticante? () Sim () Não

7) Qual a sua situação conjugal (estado civil):

() Solteira

() Casada

() Relacionamento estável

() Separada ou Divorciada

() Viúva

8) Com quem você mora ? _____

9) Você tem filhos? () Sim () Não

Se sim, quantos filhos? _____

Quantos anos ele(s) têm? _____

Sexo dos filhos: _____

10) Qual a sua ocupação de trabalho? _____

Anexo 1 – Mapa de Redes

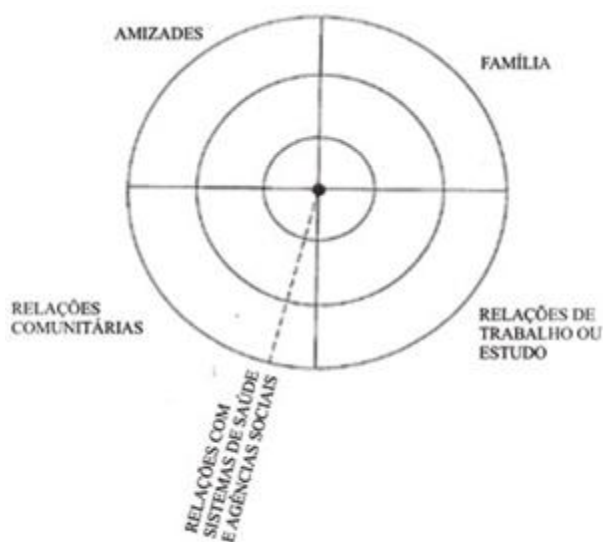


Figura 1 – Mapa Mínimo de Relações proposto por Sluzki⁽⁹⁾