



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

IGOR CARNEIRO GOMES

**JOGO DA PAZ: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE
UMA TECNOLOGIA LEVE EM UM TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

**SOBRAL - CE
2019**

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

IGOR CARNEIRO GOMES

**JOGO DA PAZ: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE
UMA TECNOLOGIA LEVE EM UM TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada a Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade Estadual Vale do Acaraú como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ Universidade Estadual Vale do Acaraú. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientador:
Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Gomes, Igor Carneiro

Jogo da paz: participação social no processo de construção de uma tecnologia leve em um território da estratégia saúde da família. [recurso eletrônico] / Igor Carneiro Gomes. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 91 folhas.

Orientação: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Cultura de paz. 2. Estratégia saúde da família. 3. Jogos sociais. 4. Participação social . 5. Promoção da saúde. I. Título.

IGOR CARNEIRO GOMES

**JOGO DA PAZ: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE
UMA TECNOLOGIA LEVE EM UM TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

Dissertação apresentada a Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação, Universidade Estadual Vale do Acaraú como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família pela Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Área de concentração: Promoção da Saúde.

Sobral, 14 de novembro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Sobral-CE

Prof. Dr^a. Ana Helena Araújo Bomfim Queiroz
Faculdade Luciano Feijão - FLF
Sobral-CE

Prof. Dr. Israel Rocha Brandão
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Sobral-CE

Prof. Dr. Leo Barbosa Nepomuceno
Universidade Federal do Ceara - UFC
Fortaleza - CE

AGRADECIMENTOS

Obrigado a Dona Ana Maria Carneiro Gomes que sempre acreditou no poder da educação, ao Sr. Raimundo Nonato Gomes pelo tempo dedicado aos ensinamentos para além dos livros, aos meus professores do Curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú, aos docentes do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, em especial a Dra. Maristela Inês Osawa, pela coordenação e exemplo de pesquisadora, ao Dr. José Reginaldo Parente Feijão, pelas diversas orientações e aprendizagens, ao Dr. Israel Rocha Brandão, pelas contribuições no âmbito pessoal e técnico em pesquisa, a Dra. Ana Helena Araújo Bomfim Queiroz, pela prontidão e dedicação em colaborar com o estudo, ao Dr. Léo Barbosa Nepomuceno, pelas diversas parcerias pessoais e profissionais, tornando-se uma referência e exemplo para minha carreira profissional, aos membros da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, por fortalecer a Educação em Saúde na região, aos participantes da pesquisa, que promovem a paz em seu bairro, aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, em especial aos do bairro Padre Palhano e aos companheiros discentes do mestrado, representados pela colega Vanessa Silva Farias, que é uma referência na arte de fazer e pensar o cuidado. Agradecer aos companheiros da Prefeitura Municipal de Sobral, em especial ao Igor José Araújo Bezerra, por apoiar a formação continuada da equipe de trabalho, ao Prefeito da cidade de Forquilha, Gerlásio Martins de Loiola, que muito colaborou para o sonho de se tornar mestre e ampliar minhas oportunidades de ajudar ao próximo e em especial minha esposa Priscila Aragão Mesquita pelo suporte emocional e estrutural, cuidando da empresa, da casa e das filhas, para que eu pudesse ter um tempo a mais dedicado aos estudos, pesquisas e apresentações.

RESUMO

JOGO DA PAZ: PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA LEVE EM UM TERRITÓRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A pesquisa enfatiza a participação social na estratégia saúde da família, para a promoção da cultura de paz, optou-se por uma pesquisa-intervenção mediante uma abordagem qualitativa, para compreender como o processo de construção coletiva de um jogo pode contribuir para promoção da cultura de paz em um território da estratégia saúde da família de Sobral (CE). Sendo o objetivo geral de promover a cultura de paz junto aos trabalhadores da saúde da família do território Padre Palhano, com foco na construção de um jogo a ser utilizado como apoio na estratégias de promoção da saúde. O cenário das intervenções foi na unidade básica de saúde do bairro. Os participantes foram: duas lideranças locais, dois trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, um representante do Centro de Referência a Assistência Social e um membro de uma Organizações Não Governamental. A pesquisa aconteceu de janeiro a agosto de 2019, respeitando todos os critérios do comitê de ética de pesquisa em saúde. Para a construção foram realizadas duas intervenções, a primeira guiada pela metodologia do mapa conceitual, onde o resultado foram quatro mapas, sobre: Cultura de Paz, Jogo, Saúde e Violência. Na segunda intervenção foi utilizada o círculo de cultura para acolher todas as sugestões para a construção. Após as intervenções foram realizadas as técnicas de coleta através das gravações e anotações do Grupo Focal, e os dados foram trabalhados através na análise de conteúdo. As falas ficaram organizadas em dois grandes eixos, conceitos e construção, onde podemos identificar as interpretações conceituais e as colaborações. O estudo apoia-se nos autores: Araújo (2000), Freire (2014), Jares (2002) e Neto (2001). Contudo, o resultado é uma tecnologia leve, reconhecida pelo grupo como uma ferramenta para utilizar nas escolas, projetos sociais e comunidade, mas é necessário incentivar a utilização dos jogos nas práticas em saúde na estratégia saúde da família, como sensibilizar novas construções na estratégia saúde da família.

Palavras-Chave: Estratégia Saúde da Família, Participação social, Promoção da Saúde, Cultura de paz, Jogos sociais.

ABSTRACT

GAME OF PEACE: SOCIAL PARTICIPATION IN THE CONSTRUCTION PROCESS OF A LIGHT TECHNOLOGY IN A TERRITORY OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY.

The research emphasizes the social participation in the family health strategy, for the promotion of the culture of peace, therefore, it was opted for an interventional research through a qualitative approach, to understand how the construction collective process of a game can contribute for the promotion of the culture of peace in a territory of family health strategy from Sobral (CE). The general objective of promoting the culture of peace with the family health workers of the Padre Palhano territory, focusing on the construction of a game to be used as support for health promotion strategies. The scenario of the interventions was in the basic health unit of the neighborhood. The participants were: two local leaders, two Basic Health Unit workers, a representative from the Social Assistance Reference Center and a member of a Non-Governmental Organization. The research took place from January to August 2019, respecting all criteria of the health research ethics committee. For the construction two interventions were performed, the first guided by the conceptual map methodology, where the result were four maps, about: Culture of Peace, Game, Health and Violence. In the second intervention, it was used the circle of culture to welcome all suggestions for construction. After the interventions, the collection techniques were performed through the recordings and annotations of the Focal Group, and the data were worked through the content analysis. The speeches were organized in two center lines, concepts and construction, where we can identify the conceptual interpretations and the collaborations. The study is supported by the authors: Araújo (2000), Freire (2014), Jares (2002) and Neto (2001). However, the result is a light technology, recognized by the group as a tool for use in schools, social projects and the community, but it is necessary to encourage the use of games in health practices in the family health strategy, such as sensitizing new constructions in the family health strategy.

Keywords: Family Health Strategy, Social Participation, Health Promotion, Peace Culture, Social Games.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CSF	Centro de Saúde da Família
EFSFVS	Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa Integrações das Ações e Serviços de Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VLT	Veículos Leves sobre Trilhos

SUMÁRIO

CAPÍTULO I – PROMOVENDO A LITERATURA DA SAÚDE	13
1.1 Os marcos históricos, conceituais e modelos da promoção da saúde.....	13
1.2 Determinantes sociais e a vulnerabilidade na promoção da Saúde.....	28
1.3 Pertencer para participar da paz	29
1.4 Cultura de paz, educação e o jogo.....	37
CAPITULO II – PERCURSO METODOLÓGICO	46
2.1 Tipo do estudo	46
2.2 Cenário.....	47
2.3 Participantes	49
2.4 Instrumento de coleta de dados	50
2.5 Organização e etapas de operacionalização do trabalho.....	52
2.6 Referencial de análise dos dados coletados.....	55
2.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa	556
CAPÍTULO III – COLETIVO CONSTRUTOR.....	57
3.1 Exploração dos conhecimentos prévios e alinhamento dos temas.....	57
3.2 Participação social na construção coletiva.....	64
3.3 O jogo: Caixa da paz	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE	88

INTRODUÇÃO

A motivação pessoal em contribuir com a Cultura de Paz é inspirada em minhas experiências relacionadas a projetos sociais onde, por quatro anos trabalhei na Prefeitura de Sobral, e também na minha imersão por dois anos no processo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) realizada pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA.

Das formas que pude promover a saúde, desempenhei as habilidades nos grupos com gestantes, dialogando sobre a necessidade da harmonia da alimentação e da atividade física para cuidados com o corpo e o bebê; trabalhei na puericultura com pais, acompanhando seus filhos no desenvolvimento motor e cognitivo; além de acompanhar coletivos de jovens, propondo o esporte para dialogar sobre a cultura de paz na comunidade.

Foram momentos como estes que me permitiram escutar relatos de mulheres violentadas pelos maridos e repreendidas pelos familiares. Pude presenciar a falta de acesso e informações das famílias de pessoas com deficiência, além de acompanhar os jovens no esporte, sendo que alguns faziam parte de facções criminosas, que sofreram sequelas por arma de fogo ou foram a óbito em confrontos. Contudo, ficou evidente a necessidade de promover a paz e sensibilizar novos agentes.

Esta pesquisa e intervenção trilha o campo da promoção da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente refletindo e disseminando a Cultura de Paz. A proposta de trabalho recorreu a estratégia da construção de um jogo para auxiliar os profissionais da saúde com atuação nos Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral a disporem de uma tecnologia leve, pois trabalham as subjetividades de usuários e trabalhadores, considerando as diferentes necessidades destes (MALTA & MERHY, 2010).

Ciente do quadro epidêmico relacionado ao fenômeno das violências, em especial aqueles por causas externas, busquei trilhar o caminho da pesquisa valendo-me a formas inovadoras e dialógicas de promover a cultura da paz. Persistindo, com dedicação ao estudo, exercendo o cuidado com próximo, ética aos profissionais da saúde, fortalecendo uma vivência comunitária harmoniosa, de modo a construir um bairro mais cooperativo, uma cidade amigável, uma região pacífica,

um país acolhedor e, principalmente, pessoas mais tolerantes, amorosas e dialógicas. Compreendo que é, de suma importância reforçar a cultura da paz dentro de cada família, de cada comunidade, no trabalho, na escola, nas igrejas, enfim, em todos os lugares.

Poder contribuir no campo acadêmico na construção de uma tecnologia para a paz é o que me instiga enquanto mestrando da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), programa Mestrado Profissional em Saúde da Família/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), cujo ambiente é propício para colocar em prática o tripé a pesquisa, ensino e extensão.

Uma das orientações significativas do mestrado é o apoio dado ao desenvolvimento de tecnologias inovadoras, visando à melhoria das condições de saúde das populações e fortalecendo a participação popular e a autonomia dos sujeitos no cuidado à saúde individual e coletiva, sendo estas orientações são coerentes com à Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS, para assim contribuir com a Cultura de Paz e suas especificidades.

O presente trabalho encontra-se voltado para o protagonismo da participação social na cultura de paz, através da exposição de suas ideias e conceitos na construção de um jogo, que dialogue com trabalhadores e moradores sobre a harmonia, não a violência e a mediação de conflitos. Portanto, contamos com a colaboração de teóricos, como: Jares (2002), que proporciona reflexões sobre os conceitos de paz e as diversas violências; Freire (2014), trazendo abordagens sobre a esperança e a tolerância; Ortiz (2005), com o jogo como forma de aprendizagem, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), que norteiam sobre a promoção da saúde e a cultura de paz na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O objetivo geral consistiu em promover a cultura de paz junto aos trabalhadores da saúde da família do território Padre Palhano. Para isto, foi trabalhado como objetivos específicos compreender o que vem a ser cultura de paz em uma sociedade marcada pela barbárie, construir coletivamente um jogo com a temática de cultura da paz no contexto da estratégia saúde da família do território Padre Palhano e analisar a aplicabilidade da proposta do jogo da paz na estratégia saúde da família.

Como pergunta de partida surge a seguinte questão: Como o processo de construção coletiva de um jogo pode contribuir a cultura de paz em um território da

ESF de Sobral? Além da relevância da construção que carrega suas subjetividades, tem o produto (o jogo) que poderá ter diversos formatos almejando sua aplicabilidade dentro da unidade de saúde e no território. A ludicidade ao jogar, pretende trazer o tema humanizado para os praticantes. Não se resume a percorrer casas em um tabuleiro e seguir ordens, o jogo pode ser dialógico, com momentos desafiadores, com ou sem tabuleiros e peças, com situações a serem solucionadas, proporcionando interação para construir caminhos, sem esquecer os princípios da cultura de paz, estes, que serão detalhados ao longo deste trabalho.

Profissionais da estratégia e representantes da comunidade utilizaram as fases da construção para desenvolver uma tecnologia leve significativa, e assim poderemos utilizar diversos espaços de atuação como: conselho de saúde do bairro, nos grupos de jovens e adolescentes do território, nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE), contribuir na educação permanente, no ambiente de trabalho, dentre outras possibilidades.

Esta pesquisa idealizou contribuir com a sociedade, associado a um coletivo social que valorize o bom senso e o diálogo. A instituição de ensino superior ao estimular e apoiar estudos na área da cultura de paz, está fortalecendo uma linha de pensamento crítico, reverberando os pensadores que se dedicam a promover a comunhão para o bem comum. Contudo, poder desenvolver esta ferramenta, é para mim, uma realização pessoal e profissional por proporcionar o cuidar ao outro, melhor, por ser de forma participativa, inclusiva, onde há a valorização do coletivo.

Para a pesquisa, foram criadas divisões para gerenciamento das etapas e organização dos resultados. No primeiro capítulo a proposta foi de apresentar o histórico da promoção da saúde, os desafios da construção e sua versão atual. Neste capítulo também é abordado a cultura de paz na saúde e o jogo em processos de educação. No segundo capítulo, está estruturado o percurso metodológico, tipo de estudo, cenário da intervenção, participantes, instrumentos de coleta, etapas da pesquisa, tipo de análise e aspectos éticos em saúde.

O terceiro capítulo aborda os resultados e a discussão, primeiro momento dedicado a apresentar a construção dos mapas conceituais, o que os participantes compreendem sobre os termos: Cultura de Paz, Jogo, Saúde e Violência. O segundo momento é a construção do jogo, onde as falas identificam os momentos de colaboração para a construção e o terceiro momento é o resultado da construção do grupo, onde são definidas as regras e a jogabilidade.

O desfecho da pesquisa está presente nas considerações finais, onde são abordadas questões sobre os avanços e desafios de promover a cultura de paz, também é salientada a percepção dos participantes e pesquisador sobre o jogo como estratégia e as fragilidades que a pesquisa necessita superar.

CAPÍTULO I – PROMOVENDO A LITERATURA DA SAÚDE

1.1 Os marcos históricos, conceituais e modelos da promoção da saúde

Durante um longo período e até meados do século XVI, dominaram duas interpretações sobre a definição do processo saúde/doença: a interpretação sobrenatural, punição ou recompensa de entidades naturais e a interpretação da causalidade física, onde Hipócrates, explicou as origens da doença a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa, substituindo a causalidade divina pela causalidade física. (MARTINS, 2005)

A partir do Renascimento (século XVII) com o resgate do pensamento racional iniciado na era Hipocrática, na Idade Clássica, volta-se a refletir e discutir sobre diversas teorias. A mais importante delas é a Teoria miasmática que atribuía a insalubridade dos ambientes ao contágio das epidemias. Surgem assim as primeiras medidas coletivas e individuais de proteção à saúde. Neste mesmo século, o cuidado público com a saúde nasce para garantir através de uma política de proteção contra riscos sociais e ambientais a saúde da população considerada um bem do Estado. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

Já no século XVIII vários estudos foram realizados buscando a relação entre saúde, condições de vida e ambientes. Destaca-se a obra: *A miséria do Povo, mãe das Enfermidades* de Johan Peter Frank, considerado o fundador do sanitarismo moderno, na qual o mesmo afirmava que a pobreza e as más condições de vida eram as principais causas das doenças. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

As bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde emergem na segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, em um processo histórico de disciplinamento dos corpos e constituição das intervenções sobre os sujeitos. Por um lado, a higiene, enquanto conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos e aplicados em âmbito individual, produz um discurso sobre a boa saúde francamente circunscrito à esfera moral. Por outro lado, as propostas de uma política (ou polícia) médica estabelecem a responsabilidade do Estado como definidor de políticas, leis e regulamentos referentes à saúde no coletivo e como agente fiscalizador da sua aplicação social. Desta forma os discursos e as práticas de saúde ficam subordinadas à instância jurídico-política, dentro de um modelo de intervenção pautado na higiene social. (PAIM & FILHO, 1998)

Vários marcos referenciais no século XIX evidenciaram a correlação entre as condições de vida e saúde das populações em várias partes do mundo. Dentre estas obras destacam-se: os estudos de Villermé na França, sobre a mortalidade de prisioneiros e a promiscuidade sexual; com Chadwick na Inglaterra e os estudos higienistas; Engels na Alemanha estudando a mortalidade dos filhos de trabalhadores das cidades industriais; e Virchow, na Alemanha, estudando a medicina social. (MARCONDES, 2004)

Na década de 1820, o pesquisador William P. Alison na Escócia, professor de medicina da Universidade de Edimburgo, pesquisou a associação entre pobreza e as doenças. Sua experiência com tifo epidêmico e a febre recorrente em 1827-1828, e epidemia de cólera de 1831-1832, confirmou suas observações. Em seu relatório aos comissários ingleses da Lei dos Pobres em 1842, ele contradisse fortemente a teoria do miasma que estava em voga entre os comissários. Após comprovação dos estudos, todos ressaltaram a necessidade de intervir nas causas da indigência. (TERRIS, 1992)

Naquela época, quando a teoria dos germes como causa da doença ainda não havia surgido, os conflitos entre as teorias existiam, a pobreza e indigência de um lado e o miasma, do outro. Caso como estes também existiam em outros países. No ano de 1826, Louis René Villermé escreveu um relatório demonstrando as relações de pobreza, doenças e a mortalidade nos diferentes lugares de Paris. Em 1840, Villermé publicou uma obra falando sobre os trabalhadores das fábricas e as condições físicas e morais no labor, onde apresentou as condições de vida como causa das mortes prematura. (TERRIS, 1992)

Rudolf Virchow em 1847, na Alemanha, investigou uma epidemia nos distritos industriais da Silésia, e concluiu que as causas sociais e econômicas tinham mais relevância que as físicas. Assim, o antídoto recomendado foi prosperidade, educação e liberdade (TERRIS, 1992) e para isto seria necessária uma sociedade democrática e libertária.

Entre 1849-1854, os epidemiologistas londrinos, começando por John Snow em seus estudos clássicos sobre cólera, descreveram as diferentes maneiras pelas quais as causas gerais, pobreza, indigência, influenciam a relação dos agentes causais específicos com o hospedeiro e o meio ambiente. (TERRIS, 1992)

Na Inglaterra é criada neste mesmo período, a partir destes estudos e de vários inquéritos, a comissão de saúde das cidades voltadas para o

desenvolvimento de políticas de manejo social e ambiental. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

As discussões sociopolíticas envolvendo a medicina no século XIX, voltadas para resolver a crise sanitária imposta pelos desdobramentos da Revolução Industrial nos países europeus, como Inglaterra, Alemanha, França, fez surgir uma proposta de compreensão dessa crise como um processo político e social que, em seu conjunto, receberam a denominação de Medicina Social. (PAIM & FILHO, 1998)

A participação política é a principal estratégia de transformação da realidade de saúde, na expectativa de que das revoluções populares deveria resultar democracia, justiça e igualdade, principais determinantes da saúde social. (PAIM & FILHO, 1998)

Nas primeiras décadas do século XX, os modelos de higiene social e medicina social desenvolveram-se bem na Europa. Em 1909 em Viena na Áustria, Ludwing Teleky declarou a necessidade de pesquisar grupos populacionais, suas relações sociais e seu estado de saúde. (TERRIS, 1992) Este modelo foi muito utilizado em todo o mundo e no Brasil, chegou a fazer parte da constituição federal, influenciando orientações como higiene pessoal e a precaução com doenças transmissíveis.

No Brasil, no início do século XX, as políticas em saúde adotaram o modelo campanhista, que tem como características a conformação unitária, centralizada, vertical e concentrada em termos de poder político, baseadas na liderança médica. Foram estes os comportamentos que marcaram a ideologia do progresso ligado à autoridade da Razão e de tudo que dela decorre, típico do Estado Nacional do fim do século XIX e início do século XX. Nesse período, grandes profissionais, como: Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, seguiram este modelo, que viabilizou uma política de saúde sanitária até o início dos anos 30. (RABELLO, 2010)

A legislação no Brasil e as instituições dedicaram-se para a previdência e a saúde de categorias específicas de trabalhadores, segregando as classes e negando direitos sociais, a organização federal, com a gestão centralizada, com agências e escritórios regionais, seguindo um perfil concentrador do poder federal. (RABELLO, 2010)

No continente europeu, a visão social da medicina se fortalecia. Henry E. Sigerist, importante historiador médico, em 1941 (Leipzig, Alemanha), listou alguns pontos que achou principal e que deveriam ser compartilhados em programas

nacionais de saúde, como: A educação gratuita para todos, incluindo educação em saúde; melhoria nas condições de vida e no trabalho; disponibilizar descanso e momentos de lazer, cuidados médicos; pesquisa e capacitação. (TERRIS, 1992)

Em 1945, Sigerist usou pela primeira vez o termo "Promoção de Saúde", quando idealizou quatro princípios para o fazer do médico: A promoção de saúde; prevenção da doença; a recuperação do paciente e a reabilitação. Sigerist também afirmou que saúde é ter uma de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura física e meios de descanso e lazer e salientou a necessidade dos esforços cooperativos entre estado e líderes trabalhistas. Estes pontos, foram reenterados 40 anos depois com a Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde. (TERRIS, 1992)

No pós-guerra, vem a tensão da 'guerra fria'; a democratização e o crescimento econômico dos anos 50. Nada disso alterou a concentração do poder na sociedade brasileira. Não ocorreu desenvolvimento social, e as cidades cresceram de forma desordenada, o que foi criando a população urbano marginalizada, com suas favelas e grotões de miséria. (RABELLO, 2010)

O retorno de Getúlio Vargas ao poder, através do voto em 1950, trouxe mudanças em relação às políticas públicas e sociais nas áreas de transporte, energia, alimentação, educação e da saúde, buscando assegurar sua universalização e estatização. (RABELLO, 2010)

No Brasil, em 1953 é criado o Ministério da Saúde, que surge para realizar uma efetiva descentralização dos serviços de saúde, como uma reforma institucional com vistas ao desenvolvimento econômico e a proposta de hierarquização na prestação de serviços de saúde por prioridade. (RABELLO, 2010)

A descentralização da política de saúde foi discutida dez anos depois, na terceira Conferência Nacional de Saúde em 1963, que buscava a desconcentração do poder do Estado, a participação popular nas políticas públicas, com profissionais de saúde, entidades sindicais, partidários e órgãos corporativos médicos. (RABELLO, 2010)

Nos vinte anos da ditadura militar (1964-1984) no Brasil, foi idealizado uma política de centralização e concentração do poder institucional (RABELLO, 2010). Nesse período ocorreram quatro Conferências Nacionais de Saúde, reforçando um sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente. Este modelo foi utilizado

nas décadas anteriores e naquele momento não respondia às necessidades da comunidade. (BRASIL, 2009)

A 4ª Conferência Nacional de Saúde em 1967, com o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, retornou as características um espaço de dialógico e técnico, com a participação de especialistas e de autoridades. (BRASIL, 2009)

Na 5ª Conferência Nacional de Saúde de 1975, discutiu a criação do Sistema Nacional de Saúde, estratégias de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. (BRASIL, 2009)

Na 6ª Conferência Nacional de Saúde de 1977, teve um tema direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais: a situação atual do controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS). O que a distinguiu foi a reintrodução de um debate da participação popular. (BRASIL, 2009)

A 7ª Conferência Nacional de Saúde (1980), reuniu 402 participantes para debater temas como articulação intersectorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que idealizava serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. (BRASIL, 2009)

Em outubro de 1979 havia sido realizado o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, organizado pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, um marco do Movimento Sanitário, nesse evento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) apresentou a proposta de reorientação do sistema de saúde, em um documento chamado “A Questão Democrática na Área de Saúde”, onde ficou registrado nos anais. (BRASIL, 2009)

No Canadá, no mesmo período foi lançado o principal marco da Promoção da Saúde, o Relatório Lalonde de 1974, que trouxe novos elementos como, o conceito de Campo de Saúde, que considera: o ambiente, o estilo de vida, a organização dos serviços assistenciais e a biologia humana. (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

A influência da Medicina Social inglesa se fez sentir profundamente no Canadá, refletindo na consagração dos princípios de universalização de assistência médica e na centralidade da prevenção e da promoção da saúde no sistema de saúde canadense. (BECKER, 2001)

O Relatório Lalonde, foi a primeira declaração teórica detalhada de saúde pública como resultado de descobertas na epidemiologia de doenças não infecciosas, apresentando um conceito amplo de Campo da Saúde, pretendendo substituir os modelos não efetivos. A orientação preventiva do Relatório Lalonde é clara, quando salienta o excesso de gastos com tratamentos de doenças, com baixo resultado, e orientou que a estratégia seria a sensibilização para com a prevenção. (TERRIS, 1992)

Cinco estratégias foram propostas com base no conceito do Campo da Saúde: A estratégia de promoção da saúde; uma estratégia para regulação; uma estratégia de pesquisa; uma estratégia de cuidados eficientes e uma estratégia para estabelecer os objetivos. (TERRIS, 1992)

A estratégia de promoção da saúde se dirigia a mudança do estilo de vida. Um total de 23 possíveis cursos de ação foram sugeridos. Quase todos se referem a fatores específicos do estilo de vida, como dieta, tabaco, álcool, drogas e comportamento sexual. As ações propostas incluíram programas educacionais voltados para indivíduos e organizações, e na geração de recursos adicionais para recreação física (TERRIS, 1992). Porém ficou limitado ao estilo de vida e ao enfoque individual, não conseguindo ultrapassar as barreiras dos determinantes sociais. (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

O modelo de campo da saúde, idealizado a partir da reforma canadense, destaca fatores similares aos do Relatório Lalonde e associa a partes dos determinantes ligados ao estilo de vida, seguido do patrimônio biológico e condições socioeconômico e ambientais, restando uma pequena parcela para as intervenções médico-sanitárias. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

A busca pelo conhecimento das causas e determinantes das doenças entre 1965-1976, levou dois americanos Leavell e Clark, a desenvolverem o modelo da história natural da doença, dividido na fase pré-patogênese voltada a intervenções na prevenção primária, fase secundária de diagnóstico precoce, fase terciária de recuperação e reabilitação e a fase patogênese na qual a doença já está instalada. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

Paralelamente, no Brasil, Sérgio Arouca, em 1975, em sua tese de doutorado já apontava para uma perspectiva voltada para os problemas de saúde considerando os macrodeterminantes sociais. (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

O modelo incluiu a promoção da saúde na prevenção primária, destinada a aumentar a saúde e o bem-estar. As atividades propostas para promover a saúde incluíam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho, lazer, exames periódicos e educação para a saúde. (BECKER, 2001)

Uma conferência realizada em Alma-ata no ano de 1978 no Cazaquistão, na antiga União Soviética, sobre cuidados primários da saúde evidencia a importância da Atenção Primária para os cuidados em saúde, enfatizando o conceito da OMS de que a saúde é um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças. (BRASIL, 2002)

Um importante marco mundial dos determinantes sociais é o relatório do Sir Douglas Black, em 1980, na Inglaterra que tratava das desigualdades sociais e trouxe para discussão temas como equidade nos serviços de saúde e o monitoramento dos determinantes sociais em saúde e melhores condições de vida à população. (BARROS, 2017)

No Brasil, as Ações Integradas de Saúde (AIS), que representaram a descentralização municipal de serviços, foram estruturadas a partir de 1982, com o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), algumas experiências, continuadas após 1984 com a política de saúde, como a criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS) – hierarquizado, regionalizado, descentralizado, com participação da população organizada, constituíram-se em laboratório de elaboração do projeto do SUS. Projeto este organizado na Reforma Sanitária chegou à VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, em 1986. (RABELLO, 2010)

Grandes autores na década de 1980 escreveram que ocorreram uma progressiva movimentação social no Brasil em torno das políticas públicas, especificamente em saúde, e passou a ser vista pelas associações, organizações civis, sindicatos e partidos, como um direito de cidadania. Estes grupos estavam presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. (RABELLO, 2010)

Reforçando os modelos de atenção que enfatizavam a Promoção da Saúde como eixo central do cuidado, em 1986 na Inglaterra, Mckeown e Lowe publicam um livro que relacionam a diminuição da mortalidade no século XIX às melhorias das condições de vida da população e não à assistência ou aos procedimentos médicos. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

O movimento foi crescendo e a OMS a partir de 1986, considerava uma cidade saudável aquela que os dirigentes enfatizavam a saúde de seus cidadãos numa ótica ampliada de qualidade de vida. O movimento se expandiu em inúmeras cidades pelo mundo, construindo redes regionais e globais, tendo forte impacto como estratégia pelo movimento de municipalização da saúde no Brasil. (BECKER, 2001)

Na carta de Ottawa de 1986, dois anos antes da nossa constituição brasileira (BRASIL, 1988), conceituou saúde como: alimentação, ecossistema estável, educação, equidade, habitação, recursos sustentáveis, renda, justiça social e paz. Importante salientar que para ter saúde é preciso a paz, sendo pilar desta perspectiva ampliada de promoção da saúde.

Ainda no Canadá, em novembro de 1986 acontece a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Otawa, foi patrocinada pela OMS, pelo Ministério da Saúde e Bem-estar do Canadá e pela Associação Canadense de Saúde Pública. Teve como resultado A Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde adotada por 212 participantes de 38 países, representa uma abordagem voltada para a promoção da saúde. (TERRIS, 1992) O Brasil não participou dessa conferência, no entanto, posteriormente aderiu aos propósitos da Carta de Ottawa. (RABELLO, 2010)

O documento oficial também enfatiza a necessidade de melhorar as oportunidades para que as pessoas possam tomar decisões mais saudáveis. Além disso, a Carta de Ottawa destaca o papel das ações compartilhadas para promoção da saúde, envolvendo governo, setor saúde, outros setores, organizações não governamentais, voluntários, autoridades locais, indústria e meios de comunicação, deixando evidente a necessidade da participação social. (TERRIS, 1992)

A Carta de Ottawa rejeita a abordagem tradicional de educação em saúde, na qual o público apenas desempenha um papel passivo em programas educacionais desenvolvidos por profissionais e especialistas, a Carta provoca um papel ativo do público, em um processo de construir informações, educação para a

saúde e reforçar as habilidades de vida, ampliando o conhecimento e a tomada de decisões, promovendo autonomia, um controle sobre sua própria saúde e seus ambientes. (TERRIS, 1992)

Característica fortalecida da estratégia da Carta de Ottawa é o seu chamado para a ação comunitária, motivar na tomada de decisões, planejar estratégias para o território e sua comunidade. (TERRIS, 1992)

A Carta de Ottawa assume que a equidade é um dos focos da promoção da saúde. O conceito de promoção da saúde passa a ser o pilar principal da saúde pública, sendo um avanço em relação à retórica genérica da Conferência de Alma-Ata de 1977. (BECKER, 2001)

As estratégias de ação propostas pela Carta foram: estabelecimento de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; reorientação dos serviços de saúde. A Carta de Ottawa é referência da promoção da saúde como comprovam os documentos oriundos das diversas conferências internacionais sobre o tema. (BECKER, 2001)

Observe na obra de Goodstadt e Kana in Green e Poland (2000), quando demonstram ao longo do tempo, como a definição de promoção da saúde foi sendo reformulada por vários autores. Essas definições poderão ser visualizadas no quadro abaixo: (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

Tabela 1 – Revisão da literatura internacional

AUTORES	ATIVIDADES (PROGRAMAS, POLÍTICAS)	PROCESSOS (MECANISMOS SUBLIMINARES)	OBJETIVOS (METAS OPERACIONAIS)	VALORES (META PRINCIPAL)
Wislow (1920)	Esforço comunitário organizado para a educação dos indivíduos em saúde pessoal e o desenvolvimento de uma maquinaria social		... para garantir a todos um padrão de qualidade de vida para	... A manutenção ou melhoria da saúde
Sigerist (1946)			... oferecendo um padrão decente de moradia, boas condições de trabalho, educação, esporte, descanso e lazer	A saúde é promovida
Lalonde (1974)	... informando, influenciando e assistindo ambos os indivíduos e as organizações de tal forma que...	... eles (indivíduos e organizações) possam assumir mais responsabilidades e atividades, afetando assim sua saúde física e mental.		
Green (1979)	Uma combinação de educação em saúde e programas econômicos, políticos e organizacionais		... designados para apoiar mudança de comportamento e ambientais	... que melhoram a saúde
Green (1980)	Qualquer combinação de educação em saúde e intervenções econômicas, políticas e organizacionais desenhadas para		Facilitar mudanças comportamentais e ambientais	Para melhorar a saúde
Green & Iverson (1982)	... qualquer combinação de educação em saúde e suporte econômico, político e organizacional.		Para o comportamento	Que conduza a saúde
Perry & Jessor (1985)	A implementação de esforços			Para realizar a melhoria da saúde e do bem-estar nos quatro domínios da saúde

Nutbeam (1987)		O processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre...	Os determinantes da saúde	E, por consequência melhorar a saúde
OMS (1987); Epp (1986)		O processo de capacitação de pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde		E, por consequência melhorar a saúde
Goodstadt, Simpson & Loranger (1987)	Por meio da implementação de programas, serviços e políticas efetivas.			A manutenção e o fortalecimento dos níveis existentes de saúde.
Kar (1989)			Prevenção de riscos à saúde, atingindo os níveis ótimos dos determinantes comportamentais, sociais, ambientais e biomédicos da saúde.	Avanço do bem-estar.
O'Donnell (1989)	A ciência e a arte de ajudar pessoas a escolher estilos de vida.			Que o conduzam a um estado ótimo de saúde.
Green & Keuter (1991)	A combinação de suporte educacional e ambiental para atuar sobre as condições de vida			Que conduzam à saúde.
Labonte & Little (1992)	Qualquer atividade ou programa desenhado para		Melhorar as condições de vida sociais e ambientais	De tal forma que a aumentar a experiência de bem estar das pessoas.

Fonte: Goodstadt, M. & Kahan, B. (19970 in GREEN, L. W. E POLAND, B. 2000)

O Brasil sediou, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde que impulsiona o movimento da reforma sanitária que culminou com a assembleia constituinte e a promulgação da constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde, um marco para a saúde da população brasileira. (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

De suma importância reforçar o nosso direito à Saúde, como forma de fortalecer o sistema público de saúde, que consta na Constituição Federal de 1988, no artigo 196, que fala da saúde como direito de todos e dever do Estado, contendo políticas sociais e econômicas que reduzam risco de doenças e agravos, onde todos podem ter acesso a serviços de promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Por volta da segunda metade dos anos 90, surgiria o PSF, tendo como inspiração o PACS que funcionava desde 1987 e o Programa Médico de Família desde de 1992, respectivamente no Ceará e Rio de Janeiro. Considerado como um novo modelo de organização o PSF visa à prevenção, promoção, cura, a reabilitação em saúde de uma população delimitada, com ou sem presença de doença, sendo integral, ordenando as redes de saúde, conectando as tecnologias e incorporando os princípios básicos do SUS. (SOUSA *et al.*, 2011)

A implantação do SUS em 1988 representou a mudança de um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado, conforme proposta na Carta de Ottawa. (RABELLO, 2010)

Na sequência seguiram-se várias conferências internacionais que construíram o conceito e as estratégias de Promoção da Saúde. A 2ª Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, sediada em Adelaide, Austrália, em abril de 1988, cujo tema central foi as políticas voltadas para a saúde de políticas saudáveis. Duzentos e vinte participantes de quarenta e dois países compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. (BRASIL, 2002)

O Brasil participou da declaração de Adelaide, que enfatizou a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde com seus fundamentos conceituais. Reforçou o apoio à saúde da mulher, a alimentação e nutrição, o combate ao alcoolismo e tabagismo, a criação de ambientes saudáveis e a renovação dos compromissos assumidos na Carta de Ottawa. (RABELLO, 2010)

A Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde - *Ambientes Favoráveis à Saúde*, com participantes de 81 países, conclama todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. (BRASIL, 2002)

A Conferência de Sundsvall identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A conferência sensibilizou que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. (BRASIL, 2002)

A Conferência de Promoção da Saúde de Santafé de Bogotá, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde da Colômbia e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em novembro de 1992, contou 550 representantes de 21 países que se reuniram para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região. (BRASIL, 2002)

As políticas governamentais dos países em geral, têm sido norteadas pelos valores e princípios provenientes dessas conferências, tentando-se concretizar as recomendações que delas partem. Na prática o conceito não parece totalmente assimilado, resumindo-se, quanto muito, quer para o público em geral e para os profissionais de saúde em particular, a atividades pontuais com vista à educação para a saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis. A promoção a saúde é muito mais que uma atividade, é uma estratégia bem definida, onde devem estar implicados, além do setor saúde, todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento individual e coletivo e requer esforços coordenados de todos estes setores. (MARTINS, 2005)

Em 1994, o ministério da Saúde no Brasil, tendo como base as experiências exitosas no interior do estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1987, expandiu para todo o território nacional o programa saúde da família, que tornou-se a principal estratégia de reorientação da atenção primária à saúde no país, oportunizando uma assistência mais próxima da comunidade, podendo também valorizar os protagonistas locais nas ações preventivas e promocionais de saúde na comunidade através da mobilização,

estímulo para mudanças de comportamentos e articulações promovam mudanças no território e na vida da comunidade. (CATRIB; DIAS; FROTA, 2011)

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Jacarta em julho de 1997, é a primeira a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Tem lugar num momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento, pois já iam 20 anos da Declaração de Alma-Ata, dez anos desde a realização da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, assim surgiu a necessidade de refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. (BRASIL, 2002)

A Quinta Conferência Global sobre Promoção da Saúde (OMS, 2000), em junho de 2000, na Cidade do México, México, foi ratificado todos os compromissos anteriores e teve o Brasil como participante nesta conferência. (RABELLO, 2010)

A Sexta Conferência Global para a Promoção da Saúde (OMS, 2005), em 24 de junho de 2005, em Bangkok, Tailândia, produziu a “Carta de Bangkok” para a promoção da saúde num mundo globalizado, afirmando que as políticas e as parcerias para gerar empoderamento às comunidades e para melhorar a saúde e a equidade na saúde deveriam estar no centro do desenvolvimento global e nacional. (RABELLO, 2010)

Advocacia, estratégia proposta somente durante a Sexta Conferência Global para a Promoção da Saúde, é um termo guarda-chuva para o ativismo organizado relacionado a um conjunto particular de temas, significando uma defesa de algo ou de alguém. Após essa conferência passa a ser mais um dos componentes do conceito de promoção da saúde. (RABELLO, 2010)

Ainda em 2005, a OMS criou a Comissão sobre determinantes sociais da saúde, a fim de instigar as instâncias internacionais sobre reflexões e ações sobre os determinantes sociais que impactam na vida das pessoas e comunidades. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

Em 2006, o Brasil foi o primeiro país a aderir e criar sua própria comissão nacional de determinantes sociais, demonstrando o compromisso e a tradição do sanitarismo brasileiro. (GIOVANELLA *et al.*, 2008)

Em 2006 o Brasil aprovou na Comissão Intergestores Tripartite, a Política Nacional de Promoção da Saúde do SUS, visando os desafios de produção da saúde e à qualificação das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Sua institucionalização no SUS se iniciou em 2005, com a criação do Comitê Gestor da Política, de 14 de julho de 2005, com atribuição de consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde, definir a condução da diferentes Secretarias do MS, e articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS. (BRASIL, 2015)

Inicialmente, o Comitê Gestor da Política de Promoção de Saúde era composto apenas por entidades e órgãos vinculados ao Ministério da Saúde. Posteriormente, em junho de 2007, passaram a fazer parte do referido colegiado o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); e, em julho de 2012, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) passou a compor o Comitê. (BRASIL, 2015)

A Política Nacional de Promoção da Saúde ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; foi inserida na agenda dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes. (BRASIL, 2015)

A partir de 2013, o contexto nacional e internacional apontou novos desafios e compromissos que motivaram o aprimoramento e a atualização da PNPS. Seu processo de revisão – desencadeado pelo Ministério da Saúde e coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – ocorreu de forma democrática e participativa, envolvendo: gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor Saúde. (BRASIL, 2015)

Mais recentemente foi realizada a 22ª conferência mundial de promoção de saúde em Curitiba (2016) e contou com a presença de pesquisadores, profissionais de saúde, membros de movimentos sociais e formuladores de políticas de renomes

internacionais, dentre estes, representantes do município de Sobral-Ce à frente dos grupos de trabalho, reforçando intenções de conferências anteriores e conclamando a todos pelo comprometimento com a democracia, equidade e justiça. (CURITIBA, 2016).

1.2 Determinantes sociais e a vulnerabilidade na promoção da saúde

As condições de vida na saúde das populações foram registradas desde a antiguidade, mas é no século XIX que as informações sobre o tema ganham consistência com o movimento da medicina social e os trabalhos. Pesquisas com maior amplitude social, incluindo as condições de vida da população, ganharam relevância após a Segunda Guerra Mundial, quando as doenças cardiovasculares, neoplasias, acidentes e diversas violências tornam-se prioridades no cenário da morbimortalidade. (BARROS, 2017)

As condições econômicas e sociais influenciam nas condições de saúde de indivíduos e populações. A maior parte da carga das doenças, como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países, acontecem por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem, sintetizando os determinantes sociais em saúde, é considerar os fatores econômicos, políticos, culturais e ambientais da população. (CARVALHO, 2013)

Considerando essa abordagem dos determinantes sociais, idealizando reduzir a iniquidade é necessário que intervenções intersetoriais e significativas influenciem seus determinantes estruturais. A saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico, e o autor finaliza exemplificando que há um ciclo de cooperação, quando a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente. (CARVALHO, 2013)

A epidemiologia tem tratado os riscos como núcleo central de seus estudos, buscando identificar nas pessoas, características que as colocam sob maior ou menor risco de exposição, comprometendo o físico, o psicológico e/ou social. Calcula-se a probabilidade e as chances de coletivos populacionais de adoecer ou

morrer por algum agravo de saúde. (SANTOS *et al.*, 2012)

A vulnerabilidade tem como propósito, trazer os elementos abstratos associados e associáveis aos processos de saúde-doença para estudos de elaboração teórica mais fundamentadas e particularizadas, onde os nexos entre esses processos sejam o objeto de conhecimento. A vulnerabilidade identifica os potenciais de adoecimento, proteção e de enfrentamento, inter-relacionados a toda pessoa. (BERTOLOZZI *et al.*, 2009).

A vulnerabilidade pode ser o conjunto de fatores que aumentar ou diminuir o risco a que nós estamos expostos as situações da vida, uma forma de avaliar as chances que cada indivíduo tem de adoecer. As chances variam e são dependentes de fatores biológicos como sociais e culturais, envolvendo aqueles do ambiente de trabalho e do ciclo social. (SANTOS *et al.*, 2012)

Originário da área de advocacia internacional pelos Direitos Humanos, o termo vulnerabilidade, tem em sua origem, em grupos ou indivíduos fragilizados, juridicamente ou politicamente, na promoção, na proteção e/ou garantia dos seus direitos de cidadania. (BERTOLOZZI *et al.*, 2009)

É fundamental que não seja dada ênfase somente a debilidade, e sim, se enfatize a resistência e a capacidade criadora de superação. O conceito inclui a detecção das fragilidades, mas valoriza o enfrentamento dos problemas/agravos de saúde. (BERTOLOZZI *et al.*, 2009)

O termo vulnerabilidade é popularizado por volta de 1990, segundo Ayres *et al.* (2015), o conceito foi reforçado em estudos epidemiológicos sobre HIV/Aids, por compreender que a doença transcendia uma ação patológica de um agente viral específico, por considerar perspectivas amplas e reflexivas que identificam as razões das epidemias.

Aspectos comportamentais, estruturações de programas de saúde, cultura, economia e política também estão suscetíveis a intervenções que possam servir para análise da vulnerabilidade, Ayres *et al.* (2015) ressalta que sua aplicação pode ser avaliada em qualquer dano ou condição de interesse da saúde pública.

1.3 Pertencer para participar da paz

Com o desenvolvimento do SUS, foi viabilizado o aprofundamento do processo de participação social dos usuários dos serviços de saúde nas tomadas de

decisões em saúde, estimulando o exercício da cidadania e o controle social. (SIMÕES, 2010)

A participação social no SUS é um princípio doutrinário e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8080/90 e 8142/90), é parte fundamental do Pacto de Gestão do SUS. Dentre as diretrizes do fortalecimento da gestão, tem um que é a responsabilidades para os municípios, aborda o desenvolvimento de ações que incentivem o processo de participação social, estimulando a participação, a avaliação dos serviços de saúde e o apoio aos processos de educação popular em saúde. (BRASIL, 2006)

O SUS foi uma das primeiras políticas públicas a potencializar a participação social, possibilitando o controle social. A institucionalização da participação social, em Conselhos e Conferências de Saúde, produziu uma dinâmica democrática na esfera pública, estabelecendo uma corresponsabilidade.

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

O Sistema Único de Saúde brasileiro apresenta como princípios a universalidade do acesso, a integralidade da atenção, a participação popular e a equidade. A proposta do sistema é segregar com o modelo de atenção centrado no médico e voltado para o tratamento de doenças. Mas para atender aos objetivos do sistema, ele valoriza a participação social na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento das doenças e na fiscalização nos diversos níveis da atenção. (HEIDEMANN *et al.*, 2014)

Promoção da saúde é o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle social nestes processos. A promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, é uma combinação de ações que incluem o desenvolvimento de habilidades interpessoais, reorientação do sistema de saúde, reforço das ações comunitárias, das políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis. (HEIDEMANN *et al.*, 2014)

A promoção da saúde procura estimular o desenvolvimento pessoal e social providenciando informações, educação em saúde que podem

contribuir para a melhoria das habilidades de vida, capacitando as pessoas para aprender e prepará-las para as fases da vida, como lidar com as doenças crônicas ou as causas externas que afetam a sua saúde coletiva. (HEIDEMANN *et al.*, 2014)

A promoção da saúde não deve ser exclusividade do setor saúde, indo para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (OPAS, 1986). Reconhece que não basta educar para um estilo de vida saudável é fundamental mudanças no sistema de saúde, sem culpabilizar os indivíduos por não serem autossuficientes para transformar a situação. (MAEYAMA *et al.*, 2015).

Neste entendimento, promover saúde é dar “capacidade” para que as pessoas fiquem emponderadas e possam exigir e se responsabilizar pelos determinantes de saúde, tornando estes determinantes favoráveis para as pessoas. (MAEYAMA *et al.*, 2015)

A promoção da saúde refere-se a medidas educativas visando ampliar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo especificamente a um agravo, doença ou desordem, utilizando estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nas demandas da sociedade, com uma abordagem intersetorial, valorizando a participação dos diversos profissionais. (MAEYAMA *et al.*, 2015).

Ao se falar em pertencimento nos reportamos ao ser único, singular, trazendo consigo uma bagagem de cultura, vivências e experiências peculiares de cada um. Isso só é possível porque há uma interação social que “constrói” o indivíduo com as experiências vividas e troca de informações.

[...] pode ser definido como os laços que prendem o sujeito ao modo de ser, aos comportamentos e estilos de um grupo ou comunidade do qual se torne membro, fazendo com que ele se sinta e aja como participante pleno, sobretudo no que diz respeito aos papéis sociais, às normas e valores. (FREITAS, 2008, p. 43).

É inerente do ser humano pertencer a um grupo, faz parte da necessidade biológica e psicológica do homem.

O sentimento de pertencimento é uma necessidade básica, daí a importância de viver intensamente o presente, cultivar as amizades e o mais poderoso, criar laços afetivos. Brandão (2012, p.167) discorre bem quando diz que o conhecimento do afeto altera as próprias disposições afetivas dos indivíduos, transformando os estados passivos em ativos.

Construímos até aqui a individualidade, somos capazes de fazer uma avaliação das ações tanto nossas quanto das pessoas que estão ao nosso redor, na troca de vivências e experiências alcançaremos o nosso pleno potencial de seres humanos, cujo sentimento se dá pela aceitação ou não das diferenças e divergências de culturas, pensamentos, ideias e atitudes do outro. “[...] semelhanças e diferenças entre os indivíduos produzem, ao mesmo tempo, sentimentos de pertença a determinados grupos, bem como discriminações e exclusão de outros.” (TAVARES, 2015, p.193).

Estar conectados aos outros faz de nós seres sublimes e desta forma nos sentirmos seguros com a companhia do outro. Compreender que a dialética da diferença entre os seres humanos, estabelece de forma pontual e determinante para o nosso pertencimento em um determinado grupo. De um modo mais eficaz Vaz & André (2015, p.3) declaram “o pertencimento como indutor das relações sociais, à participação do sujeito em uma sociedade, comunidade ou grupo cultural, na sua relação com o espaço físico [...]”.

Para tanto, o elo que os indivíduos criam vai muito além que um ato simplório (um aperto de mão, abraço entre outros sentimentos afetivos) leva-nos a um patamar sublime, o que faz de nós criaturas amáveis e que ao mesmo tempo despertem o desejo de permanecerem caminhando sempre de mãos dadas. Corroborando com esse pensamento Oliveira (2016, p.22) retrata bem quando diz que “dessa maneira, o sentimento de pertencimento aflora quando existem vínculos, cultivá-los ajudará a criar referências que serão a base da convivência em grupo”.

O entendimento da diversidade cultural nos proporciona o pertencimento, uma vez que este é o conjunto de homogêneos e heterogêneos peculiares a cada ser. Aqui temos uma definição de fronteiras e pontes que se estabelecem em meio à diversidade. Conforme Sulpino, o mesmo traduz de forma sucinta sobre o sentimento de pertencimento:

É preciso evidenciar as formas pelas quais os pertencimentos coletivos são compreendidos e mobilizados, pois a cultura enraizada na vida cotidiana tem valor na categorização da identidade “étnica”, sendo as fronteiras intergrupais socialmente construídas. (SULPINO. 2002, p.63)

Necessitamos sentir que pertencemos a um grupo, a um lugar, a uma cultura, enfim, necessitamos estar pertencendo a algo. Precisamos nos sentir “vivos”, dando a nossa participação e contribuição ao grupo a que pertencemos,

mesmo que saibamos que o pertencimento seja mais complexo quanto vemos. “[...] a busca do pertencimento é tão complexa como a da objetivação que fundamenta essa mesma necessidade”. (SOUSA, 2010, p. 04).

A legitimidade de participar é que evoca um sentimento de pertencimento, é o movimento de identificação que ocorre nas comunidades. A forma que a legitimidade de participação assume é a característica que define as formas de pertencimento.

Percebemos que o pertencimento e a participação andam sempre juntas, seria quase impossível falar de uma e não falar da outra, sendo que, se existe este sentimento de pertencer a algo existe também a participação, quer seja ativamente e/ou passivamente.

À medida que o indivíduo participa, ele consegue captar e adquirir novos conhecimentos e também habilidades, esse pensamento não se refere apenas a alguns campos da vida das pessoas, mas primordialmente quando se trata de práticas sociais e culturais. Enfim, a participação é muito mais que um simples ato de interagir, pois envolvem muitas áreas, tanto: física, mental e social, ela acaba ficando envolvida em sua totalidade.

[...] o princípio da participação é tão antigo quanto a própria democracia, mas se tornou imensamente mais difícil em consequência da escala de abrangência do governo moderno, bem como pela necessidade de decisões precisas e rápidas. (DIANA, 2004, apud OUTHWAITE; BOTTOMORE, p. 558-559).

[...] é aquela que configura formas de intervenção individual e coletiva, que supõem redes de interação variadas e complexas determinadas (provenientes da “qualidade” da cidadania) por relações entre pessoas, grupos e instituições como o Estado. (MILANI, 2008, p. 560)

A participação possibilita um aprendizado imensurável, uma construção do sentimento de pertencimento, que nem sempre quer dizer que a pessoa aprendeu apenas em meio a um grupo (coletivo), mas, em sua essência, diz muito mais sobre o aprendizado com a própria pessoa e sua individualidade (autonomia). No entanto Pedro Demo em sua obra intitulada Participação é conquista: Noções de política social participativa, ele salienta que, “não existe participação suficiente, nem acabada. Participação que se imagina completa, nisto mesmo começa regredir”. (DEMO, 1999, p.18).

[...] o indivíduo não se pode reproduzir como indivíduo social, a menos que participe de maneira cada vez mais ativa na determinação de todos os

aspectos de sua própria vida, desde as preocupações mais imediatas até as mais amplas questões gerais de política, organização socioeconômica e cultura. (MÉSZÁROS, 2006, p.259)

Por este motivo cada vez mais é tão importante o autoconhecimento, para então estar em participação com demais indivíduos que ao mesmo tempo são semelhantes e diferentes. Fundamental o posicionamento político em casa, no bairro e na cidade, para contribuir com o diálogo global e não se fazer parte da alienação e inercia social, onde o indivíduo não tem opinião, posicionamento, apenas um número na multidão.

Observe as palavras de Bordenave (1994, p.17) quando afirma que a “participação é inerente à natureza social do homem, tendo acompanhado sua evolução desde a tribo e o clã dos tempos primitivos, até as associações, empresas e partidos políticos”. Não basta estar presente no espaço, é preciso se posicionar para estar participando, questionando e construindo, certamente participar e pertencer estão ligados a um ser ativo e não passivo.

Podemos considerar que a participação em sua plenitude é de fato a interação do indivíduo com outras pessoas o que gera o aprendizado anteriormente citado, quer seja no âmbito universal, quer seja intrínseco.

Espera-se que a participação do homem atue em seu comportamento de forma positiva, uma vez que, somos seres “institucionalizados”, de certa forma somos influenciados pelo local em que estamos e/ou frequentamos, pela nossa família, na escola, na religião, na empresa, no partido político, dentre outros ambientes.

É preciso questionar se você está sendo influenciada ou instigada a participar, a criticidade é preciso estar presente nos diálogos e nos convites, o ser participante não pode ser influenciado, é necessária uma libertação na opção e escolha de onde deseja estar e se posicionar. Essa diversidade no modo de atuação impulsiona positivamente ou negativamente no processo e no final das ações e atitudes do grupo.

Contreras (2013) deixou claro que os homens que interpretam as ações do mundo, tomam consciência da dinâmica social na qual estavam imersos. O autor reforça a posição que o ser alienado, não tem capacidade para tomar decisões e está sujeito a ser manipulado para atender a necessidade de alguém ou de algum grupo que tem mais conhecimento e saberes.

Bordanave (1994, p.63) tem uma colaboração significativa quanto as ferramentas operativas da participação, ele menciona que “a participação é facilmente distinguível, uma é simbólica e a outra real.” Para o autor a participação simbólica é um ser com pouca influencia e vive ilusão que exerce poder, já a participação real, o membro participa influenciado os processo de decisão.

Precisamos assim como todos os processos sociais são aprendidos, a participação também requer aprendizado e aperfeiçoamento que se adquire a partir do conhecimento de sua realidade, desenvolvimento do senso crítico reflexivo, superação de obstáculos e enfrentamento de desafios provenientes do dia a dia, aprender a lidar com os problemas e superar/administrar conflitos.

Temos nas palavras de Freitas que expressam a sensatez de uma educação que incentiva a participação de forma “livre”:

[...] consiste num complexo processo que tem a participação como um de seus elementos principais. Porém, não qualquer participação, mas a participação que permite aos cidadãos influenciar/tomar parte do poder, ter parte na deliberação e tomada de decisão pública, [...] (FREITAS, 2007, p.514)

Acrescentando-se ainda, a qualidade das participações é enriquecida quando o indivíduo é capaz de organizar e coordenar grupos, reuniões, entre outros, se utilizando de técnicas e ferramentas para uma boa comunicação.

A ideia fundamental aqui presente é que a comunicação deve ser entendida como atividade conjunta de construção de uma perspectiva comum, de um ponto de vista partilhado, como base de inferência e de ação, e não mais como um processo no qual os estados intencionais são previamente providos de suas determinações, no qual os fatos e as hipóteses (representações de um mundo real predefinido) tornam-se mutuamente manifestos. (QUÉRÉ, 2018, p. 24-25)

Vemos aqui um importante passo, a comunicação é expressa de forma mútua, tanto para o transmissor quanto o receptor (pessoa que recebe a mensagem), logo, concluímos que essa comunicação tratada em comum união, terá eficiência e eficácia infalíveis para a sublime participação em sua totalidade.

Partindo do pressuposto que a paz é algo que podemos produzir, participando, mesmo diante das dificuldades encontradas, conflitos estabelecidos e diferenças instauradas, analisemos a visão de Martins (2016) quando afirma que a paz é ativamente construída e não eliminação de conflitos ou opositores, mas

pressupõe a resolução, ação dos mesmos, trabalhando o dissenso e respeitando as diversas diferenças.

Por este motivo vemos a importância da participação que reforça a característica fundamental que são: a interação, o respeito e o diálogo, com a finalidade de alcançar resoluções e projetar estratégias para possíveis conflitos, construindo a consolidação das relações humanas, individuais e coletivas.

A tolerância é o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas de nosso mundo, de nossos modos de expressão e de nossas maneiras de exprimir nossa qualidade de seres humanos. É fomentada pelo conhecimento, abertura de espírito, a comunicação e a liberdade de pensamento, de consciência e descrença. A tolerância é harmonia na diferença. Não só é um dever de ordem ética; é igualmente uma necessidade política e de justiça. A tolerância é uma virtude que torna a paz possível e contribui para substituir uma cultura de guerra por uma cultura de paz. (FISCHMANN, 2001, p.70)

Uma das palavras que mais descreve a paz é o respeito, a partir dele podemos alcançar incalculáveis ações que retrata a paz de forma positiva. Podemos observar que o respeito é de longe o que mais retrata a tão sonhada paz.

Ou seja, a paz depende de todos, cada ser precisa ativar a sua parte e respeitar as diferenças (cultural, social, política e/ou econômica) dos outros, alcançaremos um patamar heterogêneo de respeito. Sem dúvidas, uma das maiores resposta as crises que enfrentamos nesse momento no Brasil.

A paz nem sempre tem seu sentido otimista, esperançoso, ela também carrega em si seu lado sombrio, ofuscante, quando nos remetemos a paz como ausência de não guerra, não violência, opressão, enfim a uma inexistência de sentimentos palpáveis.

Não podemos fechar os olhos para vermos que a paz também faz parte das políticas públicas que nos possa permitir viver dignamente com perspectivas futuras de que tudo irá melhorar. Uma das políticas públicas mais essenciais é a educação, esta é uma forma para o empoderamento da paz.

Um processo educativo, dinâmico, contínuo e permanente, fundamentado no conceito de paz positiva e na perspectiva criativa do conflito, como elementos significantes e definidores, e que, através da aplicação de enfoques sócio-afetivos e problematizantes, pretende desenvolver um novo tipo de cultura, a cultura de paz, que ajude as pessoas a desvelar criticamente a realidade para poder situar-se frente a ela e, conseqüentemente, atuar. (DUPRET, 2002, p.2)

Deste modo é exequível que a paz está sendo gradualmente inserida e organizada no mundo inteiro, vemos isso, quando se cria institutos voltados para a questão aqui relacionada, quando se inclui a temática nas multidisciplinaridades nas escolas, quando se cria grupos de pesquisas, rodas de conversas entre outras atividades propostas nas universidades. Toda organização em âmbito universal.

[...]além de trabalhar com o ensino de conteúdo científico, a escola que busca promover a paz não pode renunciar ao seu papel na discussão democrática sobre questões que contribuem para a cidadania dos jovens, cujas ações têm impactos locais e globais. (CALIMAN, 2020, p.6)

A participação do ser pertencente para a paz nos faz caminhar para um ativismo de conquistas, negando uma paz estática, homogeneia e harmônica. Com as contribuições dos diversos autores, nossa educação precisa de uma transformação para o diálogo, tolerância e promoção da cultura paz, tanto no ambiente formação da escola, como nos ambientes fora dela, associações, agremiações, igrejas e demais espaços.

1.4 Cultura de paz, educação e o jogo

O propósito de promover a paz vem da necessidade de sensibilizar sobre o prejuízo das atitudes violentas e quanto não é fácil trabalhar o assunto, devido sua complexidade. Observe Mascarenhas *et al.* (2013) quando diz que violência se trata de um processo complexo com múltiplas causas caracterizado pelo uso de força física (agressão física) ou poder contra um indivíduo, grupo ou uma comunidade, que resulte em sofrimento, morte, dano psicológico, prejuízo ao desenvolvimento ou privação. As consequências de atos desta natureza, implicam na saúde do indivíduo e do coletivo, na economia, entre outras sequelas.

Desde o início da década passada, parece ter se acentuado o sentimento de medo e insegurança diante da violência e do crime. Qualquer cidadão, independentemente de suas origens ou de suas características étnicas, de gênero, geração, riqueza ou poder sentiu-se ameaçado e inseguro diante do futuro de seu patrimônio pessoal, em especial quanto à proteção de seu bem mais precioso - sua vida. (ADORNO, 1999, p.132)

Os argumentos que uma nação utiliza para manter sua soberania, investimentos em armas, poderio militar, sua polícia ostensiva e suas atitudes repressivas, tem uma explicação segundo Caniato:

Não há dúvida de que tais ações beligerantes tornam vulneráveis os povos e as populações já dizimados pela pobreza. É a ganância por mais lucro

que produz a disseminação das guerras. Elas sustentam a riqueza de alguns estados soberanos que têm na produção e venda de armamentos bélicos, sua principal fonte de renda. (CANIATO, 2008, p.17)

O Estado que defende a paz utiliza-se da violência, do bélico para apresentar um caminho de tranquilidade, paradoxal. ADORNO (2002) identifica que existe uma maior conscientização e inconformismo com os períodos de violência e suas consequências.

Ao mesmo tempo, a sociedade brasileira tornou-se mais densa e mais complexa nas suas relações de classe, nas suas relações intersubjetivas, nas lutas sociais pelo reconhecimento de identidades e de direitos; mais reivindicativa, mais participativa, cada vez mais inconformada com a persistência de seus problemas, entre os quais a violência urbana cotidiana. (ADORNO, 2002, p. 87)

Não obstante, os padrões de concentração de riqueza e de desigualdade social permaneceram os mesmos de quatro décadas. A desigualdade de direitos e de acesso à justiça agravou-se na proporção mesma em que a sociedade se tornou mais densa e mais complexa. Os conflitos sociais tornaram-se mais acentuados. Neste contexto, a sociedade brasileira vem conhecendo crescimento das taxas de violência nas suas mais distintas modalidades: crime comum, violência fatal conectada com o crime organizado, graves violações de direitos humanos, explosão de conflitos nas relações pessoais e intersubjetivas. Em especial, a emergência do narcotráfico, promovendo a desorganização das formas tradicionais de socialidade entre as classes populares urbanas, estimulando o medo das classes médias e altas e enfraquecendo a capacidade do poder público em aplicar lei e ordem, [...] (ADORNO, 2002, p. 88)

Conforme o cenário da violência histórica, o Ministério da Saúde, lançou a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. (BRASIL, 2011), com objetivo de desenvolver um conjunto de ações articulados e sistematizados, apresentando algumas diretrizes que precisam ser adaptadas a cada realidade, e assim já sinalizando a atenção perante a temática. No ano de 2014, o ministério apresentou a portaria que redefine a PNPS, (BRASIL, 2014), e o documento apresenta detalhes de como pensar o enfrentamento da violência.

Na PNPS no Art. 2º, BRASIL (2014) a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersectorial, 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.

O termo Cultura de Paz segundo a PNPS, BRASIL (2014) é o respeito, solidariedade, fortalecimento de vínculo, acessibilidade, convivência, tolerância, igualdade de gênero, cor, credo, opção sexual. No documento citado, fica

evidenciado a presença da cultura de paz de diversas formas. Essa discussão está presente no Artigo 7, 8 e 10 na PNPS, assumindo posições em três eixos: como objetivo específico, tema transversal e como prioridade. O documento mostra que os profissionais da saúde devem estar em consonância com a promoção da paz, como posto no Artigo 7, inciso IV, que é necessário a promoção da cultura da paz na comunidade, no território e no município.

Caso se pergunte, como promover a paz? A PNPS indica como diretrizes no Artigo 8, inciso VI, proporcionar oportunidade de convivência, práticas solidárias, respeito a vida, fortalecimento de vínculo, desenvolvendo tecnologias que favoreçam mediação de conflito entre outras, como está disposto no Artigo 10, inciso VII, viabilizando a liberdade funcional, garantia dos direitos humanos, respeitando a diversidade de gênero, orientação sexual, gerações culturais, etnias, deficientes, grupos religiosos e produzindo informação que intervenha no indivíduo e coletivo.

Com a atual situação da violência e os órgãos de saúde sendo parte para o enfrentamento, é que acreditamos que podemos reagir apoiados em momentos participativos, colaborativos, como consta na PNPS no Artigo 10, inciso III, que fala do jogo e outras atividades que tragam a melhoria dos espaços públicos. Por citarem o jogo como uma proposta de intervenção, fortalece a perspectiva de promover a paz de forma lúdica e prazerosa.

O jogo e suas características tem relação com tecnologias em saúde. Observe os estudos em tecnologias abordadas por Merhy (1997) *apud* Santos (2016), que as divide em três: A tecnologia leve, sendo um processo de comunicação, de diálogo, vínculo, educação, interações dos usuários com as ações em saúde. A tecnologia leve-dura, sendo os protocolos nas clínicas médicas, na epidemiologia, na odontologia, e que seguem habilidades e procedimentos específicos. A terceira, a tecnologia dura, sendo os itens de consumo, máquinas, mobiliário e etc.

O jogo pode conter comunicação com os participantes, diálogo entre as partes, interagir com temáticas educacionais significativas, e são essas características associados a temas da saúde, que possibilitam a definição do jogo como uma tecnologia em saúde. “Há muitas maneiras de arranjar contingências para promover a aprendizagem, sendo os jogos educativos uma delas.” (PANOSSO, SOUZA, HAYDU, 2015, p.234).

Nas publicações de Merhy (1999) e Franco *et al.* (1999), eles tratam a tecnologia leve como a tecnologia das relações, especificamente nestas obras, sobre a contribuição das tecnologias na organização do trabalho em saúde. Mas absorvendo o que os autores enfatizam, que a tecnologia leve é a tecnologia das relações, e esta característica também é presente em alguns jogos, portanto associamos o jogo a tecnologias leves.

O autor Campos (2011, p. 3038) fala que “os conceitos de tecnologia leve e dura apareceram nos anos oitenta, ressaltavam a importância de construir-se técnicas apropriadas também para o território das relações humanas”. Mas o autor deixa claro, que o campo da teorização pode transcender a tecnologia leve, como é o caso da Práxis e da Arte como promotoras de teorias das relações humanas.

O jogo por ser um fenômeno antropológico, esteve presente na cultura dos povos, na história, no mágico, no sagrado, no amor, na arte, na linguagem, na literatura, nos costumes, nas guerras. O jogo historicamente serviu para construção de vínculo entre os povos, um facilitador da comunicação entre os seres humanos, explica Ortiz (2005), fato é o significado que o jogo ocupa em fases da nossa vida.

Os jogos veem sendo requisitados como estratégias para promover aprendizagem como também, promover inclusão. Pesquisadores estudam alternativas de proporcionar um espaço motivador que possam atender as necessidades educacionais dos professores e alunos, bem como, promover possíveis relações de conflitos, consoante entendimento de D’Ambrósio (2010, p. 48) “todas as relações humanas trazem intrínsecas a elas um conflito”. Partimos do pressuposto que em um jogo temos inúmeros pontos de vistas e diversas maneiras de comportamentos ao lidar com alguns tipos de situações. “A partir dos efeitos da intervenção, acredita-se que o uso de jogos de regras deve ser incentivado no contexto escolar, como importante ferramenta de aprendizagem e desenvolvimento”, (PINHEIRO *et al.*, 2016, p. 262). Mas observe Panosso *et al.* (2015), que ele pensa o jogo é construído para além da escola.

Ainda são atribuídas aos jogos as características de permitir que as habilidades ensinadas por meio deles possam ser generalizadas para situações de estímulo novas ou em outras situações escolares ou fora da escola, [...] (PANOSSO *et al.*, 2015, p. 239).

Nos estudos de Panosso *et al.* (2015) eles relatam que existem vários métodos para proporcionar a aprendizagem, sendo os jogos educativos uma delas.

Mas há questionamentos, como o de Pires *et al.* (2013), que não pode ser um jogo somente para jogar e passar o tempo, é preciso construir uma educação para a autonomia de sujeitos pautada na dinâmica do jogo, sem coibir-lhe o caráter libertário, espontâneo e insubordinado.

O jogo como ferramenta de aprendizagem, é uma das estratégias utilizadas para contribuir com a educação de crianças, jovens e adultos. Para Gomes (2005) o jogo tem sido utilizado em atividades de diagnóstico e de intervenção, tendo em vista as possibilidades de promover, por meio dele, o desenvolvimento e a aprendizagem, utilizando a formatação lúdica como uma potencialidade da ferramenta.

Carvalho & Oliveira (2014) diz que os jogos vêm sendo aplicados como alternativas metodológicas em diversas áreas do conhecimento. Os autores ainda reforçam que os sujeitos criam estratégias para resolver os problemas, originados do jogo, causando desenvolvimento ao solucioná-los. Devido os diversos formatos e possibilidades, o jogo torna-se uma ferramenta potente para a promover saúde.

Potencializar recursos educativos para mediar ações de educação em saúde tem sido objetivo frequente entre estudiosos do assunto, que buscam se aproximar, cada vez mais, da idéia de que, em cada realidade é importante que sejam trabalhados seus próprios materiais educativos. Está contido, nessa idéia, o desafio de que, além de prover instituições e grupos desse material é de fundamental importância desenvolver metodologias de elaboração, disponibilizando-as para crítica de tantos quantos têm optado por esse segmento da educação em saúde, tão carente desse tipo de estudo. (ARAÚJO *et al.*, 2000, p.607)

Nascimento *et al.* (2009) fortalece as principais correntes teóricas sobre o desenvolvimento humano, nas quais cita: a piagetiana, a walloniana e a winnicottiana, que estas também abordaram o jogo como objeto de seus estudos. São através dessas correntes que surgiram diversas pesquisas sobre a prática do jogo nos ambientes de aprendizagem.

Na publicação de Correa (2017), podemos compreender como a teoria piagetiana percebia o desenvolvimento, duas noções de esquema, assimilação e acomodação.

Os Esquemas são estruturas mentais referentes a um todo organizado, estando relacionados com uma estrutura cognitiva específica. A Assimilação concerne à capacidade de o sujeito incorporar objetos da cognição à sua estrutura cognitiva. A Acomodação concerne ao reajustamento ocorrido na estrutura de modo a poder incorporar o novo objeto. O equilíbrio entre a

assimilação e a acomodação recebe o nome de equilíbrio. Em todo processo de interação do sujeito com o objeto, os processos de Assimilação e Acomodação se encontram presentes, ora com a predominância de um, ora com a predominância de outro. Os esquemas possuem uma plasticidade dinâmica, adaptando-se à realidade de maneira a poder assimilá-la. (CORREA, 2017, p.380)

Para os pesquisadores da corrente walloniana, o ser humano é inserido na sociedade desde seu nascimento, e destaca sua afetividade a qualquer forma de comportamento, sendo o afeto o promotor das emoções e da socialização do indivíduo, como salienta na pesquisa de Brazão (2015). Na teoria winnicottiana, para Rodrigues & Peixoto(2014) tem fortes traços da psicanálise, do cuidar e da cura, mas o fundamental em sua corrente é a visão no processo de amadurecimento, onde o indivíduo está sempre em construção.

Cabe ressaltar que, o jogo na verdade não pode ser construído apenas como forma de competitividade, mas como uma maneira de proporcionar diálogo, entendimentos, encontrar sempre uma saída para o problema, criar relações interpessoais nos mais diversos contextos. Sabemos então que o importante é não oferecer aos alunos uma solução pronta para o conflito, mas promover entre eles um diálogo livre, respeitoso, caracterizado pela empatia, onde todos cooperem para encontrar a melhor solução. (BRANCO; MANZINI; PALMIERI, 2012, p. 105)

Brincar e jogar são coisas que se fazem apenas quando se é criança, mas tem um valor incalculável quando essas ferramentas de interação são praticadas nos meios de convivência “adulta”, Freud (1976) já trazia em seu estudo a relação da vida adulta em relação aos jogos, que as pessoas consideravam apenas uso exclusivo das crianças, renunciavam a um prazer que tinham na infância.

Nas declarações expressas por Brotto (1999, p. 70):

Jogar – e viver – é uma OPORTUNIDADE criativa para ENCONTRAR:

Com a gente mesmo.

Com o outro.

Com o TODO.

A partir daí, o “jogo” passa a ser consequência de nossas visões, ações e relações. Existem dois “estilos” básicos de jogo:

1º) Jogar COM o outro – COOPERAÇÃO

2º) Jogar CONTRA o outro – COMPETIÇÃO.

Consideramos que o jogar com o outro é muito mais importante, mais prazeroso e mais recompensável. São inúmeros valores que serão construídos a partir do jogar COM o outro, que vem de certa forma da educação formal e informal.

(...) o jogo é uma invenção da humanidade, um ato em que as suas intencionalidades e curiosidades resultam num processo criativo para modificar, imaginariamente, a realidade e o presente. Oferece situações de aprendizagem ricas e interessantes, promove o desenvolvimento físico/motor, a interação entre os participantes, permitindo o confronto de percepções de esquemas, comparações, troca de informações e pontos de vista, modificações de conceitos e conhecimentos diversos. Possibilita, ainda, o desenvolvimento da capacidade de solucionar problemas relacionados à sociedade, ao espaço físico, ao tempo, ao ritmo, às capacidades e habilidades físico/motoras, aos limites e às regras. (PERNAMBUCO, 2013, p. 49-50)

O jogo é de fato uma das ferramentas mais interacionais, com diversos objetivos com a finalidade de promoção de cultura de paz, quer seja com crianças, quer seja com adultos. Na visão de Brenelli (2009, p. 21) para Piaget, por meio da atividade lúdica, a criança assimila ou interpreta a realidade a si própria, atribuindo, então ao jogo um valor educacional muito grande.

Na vertente direcionada à saúde ainda tem muito a melhorar e ampliar os horizontes à vista da educação relacionada ao uso de jogo em sua metodologia.

Enfim, destaca-se que as ações e investigações sobre tecnologias educacionais aplicadas à saúde devem enfrentar alguns desafios. Entre eles, avançar teoricamente nas análises sobre a produção e o uso de materiais educativos e suas relações com as concepções educativas preventivas que os norteiam e, dessa forma, orientar futuras ações de educação e comunicação em saúde. (MONTEIRO *et al.*, 2003, p. 664)

Ainda numa mesma leitura temos:

Ao utilizar jogos como recurso para auxiliar no ensino de conteúdos específicos, faz-se necessário especificar as dimensões dos estímulos que serão utilizados para que se favoreça a generalização de estímulos no dia a dia do jogador. Essas dimensões compreendem os tipos de estímulos que serão utilizados, o número de sessões de jogos que serão realizadas, o tipo de reforço que será empregado e as instruções (regras) que serão utilizadas nos jogos, para que se possam estabelecer condições para que a generalização de estímulos ocorra. A facilitação da generalização de estímulos deve constituir um dos objetivos dos jogos educativos, uma vez que dessa forma novas respostas são emitidas prontamente, não sendo necessária a modelagem da resposta a cada novo estímulo. (PANOSSO *et al.*, 2015, p.239)

Ao se utilizar o jogo como estratégia na área de concentração da saúde, deve-se adaptar à realidade em que será utilizado e qual o fim (resultado) que se queira atingir. Como visto, o jogo traz relevantes benefícios que contribuem significativamente para o ser humano em si e para o ser humano com relação ao outro.

Cientes das diretrizes das políticas públicas no combate as violências, e do jogo como possibilidade de promoção da saúde coletiva, qual é a paz que queremos? Jares (2002) apoiados em diversos autores, classifica a paz em duas vertentes, uma concepção negativa e positiva de paz. A primeira definição, uma paz negativa, oriunda da *pax romana*, uma harmonia imposta por uma manutenção da ordem através da força do estado, com a presença de armas e uma valorização do bélico.

Quando o autor Jares (2002) fala da concepção positiva de paz, o foco é promover a paz, contra a violência e não somente contra a guerra bélica, por entender que guerra é apenas uma possibilidade de violência, que existem violências sem agressões visíveis, que ele as define como violência estrutural (violência indireta), que tem como exemplo a corrupção, a falta de acesso à educação de qualidade, saúde, moradia, saneamento básico, alimentação e outras mazelas sócias.

A violência pessoal (violência direta) são as causadas visivelmente como assalto a mão armada, vítima por arma de fogo, conflitos entre torcidas organizadas, brigas no trânsito entre outras. Para o autor a paz positiva tem que ressaltar a importância da amizade, da compreensão, da associação ativa, cooperação e dedicação para solucionar causas significativas.

Jares (2002) finaliza o tripé das violências, existe a cultural, que tem como exemplo o feminicídio, devido a cultura machista de alguns povos ou regiões, que apresentam número alarmantes de agressões ao gênero feminino por parte de homens. Portanto, a paz ativa é a que queremos para intervir positivamente a favor da tolerância, do diálogo, dos direitos e deveres de um cidadão harmônico.

Sensibilizar a comunidade que existem caminhos para a paz, não será fácil, todos os dias notícias trágicas estão nos meios de comunicação, é fato, mas existe perseverança para dias melhores, “sei que é muito difícil manter a esperança num país como este. Não só num país, mas num mundo como este! É difícil, mas é absolutamente fundamental que se mantenha a esperança”. (FREIRE, 2014, p.229). Ficaremos sofrendo coletivamente? Não cabe este comportamento na estratégia saúde da família, portanto, a esperança é o sentimento de perseverar para o bem comum.

Ficar estático não facilitará e nem promoverá mudanças, “o amanhã não é uma categoria, um espaço mais além de mim mesmo, à espera de quem chegou lá. O meu amanhã é o hoje que eu transformo”. (FREIRE, 2014, p. 237). Portanto, nossas esperanças a curto, médio e longo prazo são de dias melhores para nossos coletivos e futuras gerações, na tomada de decisões e propondo o novo amanhã.

Pensando um sistema público de saúde participativo, o jogo pode contribuir com a participação social, para Ferreira (2015, p.103) existem alguns mecanismos que permitem a participação direta dos cidadãos nas deliberações municipais, como os referendos locais, assentes em assembleias deliberativas ou o direito de petição. Estes, são apenas alguns modelos, e aqui, o desejo de ampliar a possibilidade da participação dos reais envolvidos com o paradoxo da luta pela paz.

Freire (2014) fala das dificuldades e de não perder a esperança, pois será necessário, e confirmando tal realidade, a autora Ferreira (2015), relembra que há barreiras fortes que estão em sentido contrário ao da participação e autonomia do coletivo. Pessoas e grupos que estão no poder e se negam a reconhecer a necessidade da partilha e da participação social.

Neste cenário de acentuada tradição de favoritismo e elitismo, que cultiva o alargamento da sua rede de relações e, conseqüentemente, a sua perpetuação, o modelo de governança é de difícil implementação e a participação e democratização dos processos políticos são fortemente penalizados. (FERREIRA, 2015, p.106)

O modelo de governança da “participação social em saúde guarda possibilidades de orientar as políticas públicas, em especial da saúde, no atendimento às necessidades sociais da maioria da população”. (LONGHI *et al.*, 2013, p.39). Levantar a bandeira da participação social e fomentar cidadãos de conhecimento é contrapor a elite dominante e seus pensamentos oligárquicos.

CAPITULO II – PERCURSO METODOLÓGICO

2.1 Tipo do estudo

O trabalho tem como base a proposta da pesquisa-intervenção, que segundo Rocha & Aguiar (2003) consiste em uma tendência das pesquisas que pretendem investigar a vida de coletividades, a diversidade qualitativa dos participantes. Com este tipo de pesquisa, se pretende aproximar sujeitos e objeto do pesquisador e assim poder sentir e colaborar de forma significativa no fazer em saúde da família.

A pesquisa-intervenção tem um papel diferenciado no meio acadêmico, trazendo uma dinâmica para as relações de pesquisa e conseqüentemente um novo profissional, como diz Maraschin (2004). O método permite vivências reflexivas, de acordo com Szymanski & Cury (2004) são estes os momentos que podem identificar significativos caminhos e propostas aos profissionais que desejam promover a paz.

Prudence & Tittoni (2014) relatam prováveis acontecimentos que irão acontecer com o pesquisador ao utilizar a pesquisa-intervenção, onde passará por metamorfoses através das reformulações que vão ocorrendo na construção do problema e do processo, também relata sobre as mudanças dos sujeitos que constituem o campo de intervenção, na qual os pesquisadores e cenário de prática vão se transformando simultaneamente

A pesquisa qualitativa para Monteiro (1991) valoriza a realidade como base, as diversidades e a pluralidade das esferas de vida são relevantes, pois a capacidade de flexibilidade vai formando e reformando considerando a subjetividade dos atores e pesquisador. O modelo tipo qualitativo, tem na sua essência características descritivas e ainda difere por não ter uma hipótese definida.

A pesquisa-intervenção para Damiani *et al.* (2013) tem alguns momentos que devem ser cuidados com máximo rigor, que é o momento de intervenção, que precisa ter uma essência criativa e o momento de avaliação, que pode ter ou não um método já consolidado, os relatórios devem ser minuciosos e conter o máximo de informações possíveis.

Os momentos de intervenção serão oportunizados através de adaptações do método círculo de cultura que, segundo Brandão (2011), necessita de um momento

de investigação do universo temático, proporcionando a aproximação do pesquisador e os participantes da pesquisa, o autor reforça que este percurso metodológico deve fugir do tradicional, que é um momento de crescimento e descoberta da vida coletiva pelas falas dos envolvidos.

O círculo de cultura para Brandão (2011), na sua essência trabalha a alfabetização de adultos, onde mapas, relatórios e outros trabalhos podem colaborar. O círculo de cultura ele proporciona as pessoas participarem, serem escutadas, se expressarem independente das diferenças sociais, é um método ativo, que acolhe as interpretações de acordo com o que os envolvidos compreendem do que está sendo abordado.

Neste projeto, por tratar de uma intervenção com adultos, a metodologia adequou-se as necessidades e para auxiliar, serão utilizadas palavras geradoras para construção de mapas conceituais, que para Almeida & Moreira (2008) são mapas que facilitam e ampliam a interpretação sobre determinado termo ou conceito.

2.2 Cenário

Os dados aqui apresentados fazem parte de um documento que registra a inserção na equipe multiprofissional no campo de trabalho, este momento é definido como territorialização, realizada por todos trabalhadores, residentes universitários e residentes da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), este documento é atualizado periodicamente, auxiliando em pesquisas e na gestão da área, ele encontra-se em cada unidade de saúde de Sobral(CE).

Construído em imersões no território, visitando as casas, comércios, igrejas, líderes religiosos, ruas, praças, reconhecendo o cenário onde trabalhar, os agentes comunitários de saúde proporciona mais segurança e propriedade na territorialização, o documento é digitalizado, com detalhes da fundação do bairro, quantidade de famílias, riscos sociais, potencialidades, lideranças esportivas, espaços de convivência, dentre outras informações.

O bairro Padre Palhano surgiu do crescimento da população do bairro Dom José, quando no ano de 1989 foi marcado pela mobilização das lideranças comunitárias e políticos, que foram ao enfrentamento das mazelas, onde era

possível visualizar casas pequenas, com muitos moradores, sem saneamento, lixo nas ruas, dentre outras dificuldades.



Imagem 1: Localização do bairro Padre Palhano

Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place>

Está localizado em perímetro urbano, na porção sul de Sobral - CE, limitando-se com os bairros Sumaré e Dom José, possui área total de 902.047,99 m², distância da área do território para o centro da cidade é 3,3 KM. A população local tem acesso a um sistema de transporte público, representados pelas topiques e veículo leve sobre trilhos - VLT.

Para se chegar a unidade básica de saúde, os moradores podem ir caminhando, de bicicleta, de moto ou carro, mas existem localidades, como é o caso da Baixa das Carnaúbas e nas proximidades da BR, onde as pessoas gastam em torno de 30 minutos a pé para chegar até a unidade de saúde para serem atendidas.

O bairro é constituído por várias áreas críticas com o acúmulo de lixo, falta de higiene, esgoto a céu aberto, violência, habitações de taipa e condições de extrema pobreza. Consta no território, duas escolas públicas, uma creche pública, 12 unidades religiosas entre católico, protestante e umbanda, para o lazer existem duas praças duas quadras e um campo de futebol.

O território apresenta atividades comerciais e de serviços bastante diversificadas, onde predominam mercearias, metalúrgicas, salões de beleza, depósitos de construção, lava jato, escritórios de segurança, padarias, *lan-house*, sucataria, açougue, lojas de estofados, bares, loja de materiais de limpeza, galpão de armazenamento de cosméticos; estacionamento de empresa de transporte, distribuidora de alimentos; madeireira; restaurante; carpintaria; lanchonete; posto de

gasolina, concessionárias de automóveis, distribuidoras de bebida e gás, retíficas; empresa de pré-moldados; lojas de roupa e motéis.

O bairro apresentam diversas violências, tais como: homicídio por arma de fogo, tráfico de drogas, policiamento constante, disputa territorial, limitação no direito de ir e vir, violência doméstica, dentre outras. É um bairro que também tem muitas pessoas que se esforçam para transformar o espaço mais saudável.

2.3 Participantes

Segundo Marconi & Lakatos (2003), a nossa amostra é não-aleatória e intencional, pois não há possibilidade de qualquer membro seja escolhido aleatoriamente. Os participantes são maiores de 18 anos que estivessem residindo ou trabalhando a mais de seis meses no bairro, que tinham relação com ações de promoção da paz no território.

Participaram da pesquisa, 02 (dois) moradores (as), maiores de 18 anos, que já tinham contribuído em ações de promoção da paz, que possuíam prontuários há mais de seis meses na unidade de saúde do Padre Palhano. 02 (dois) trabalhadores da unidade de saúde, podendo ser da equipe mínima, além de residentes, núcleo de apoio à saúde da família (NASF) e que já tinham participado de ações de promoção da cultura de paz e que estavam trabalhando a mais de seis meses no bairro, 01 (um) representante do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que já promoveu ações de cultura da paz e que já trabalhava a mais de seis meses no território; e 01 (um) membro de uma organização não governamental (ONG), com contribuições na promoção da cultura da paz e que já estava atuando a mais de seis meses no bairro do Padre Palhano.

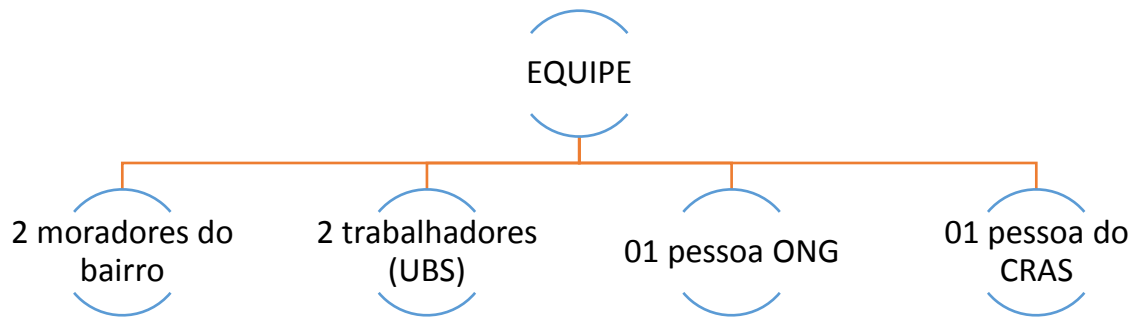


Figura 1: Equipe da pesquisa

Foram convidados mais representantes do CRAS, da ONG e da escola, mas não puderam comparecer devido a incompatibilidade das datas propostas. A ausência destes potenciais participantes não prejudicou o desenvolvimento da pesquisa-intervenção, entretanto reconhecemos que toda participação é valiosa quando se fala de promover a paz.

Respeitando a integridade dos participantes da pesquisa, eles foram renomeados por lideranças mundiais que foram premiados com o Nobel da Paz: Ellen, Juan, Leymah, Malala, Nádía e Tawakel . Desta forma, estamos respeitamos os critérios éticos na pesquisa em saúde e mantendo a integridade dos envolvidos.

2.4 Instrumento de coleta de dados

Para realização do grupo focal, TRAD (2009) define alguns recursos, e nenhum detalhe pode passar despercebidos, a escolha do ambiente sem ruídos, com clima agradável, cadeiras confortáveis, um espaço com espaço para acolher todos os participantes e os pesquisadores. Uma mesa ao centro para o posicionamento de objetos e outra mesa com pequenos lanches sólidos e líquidos.

Para realização dos grupos, devem ser reservados espaços apropriados, de preferência em território neutro e de fácil acesso aos participantes. O ideal é uma sala que abrigue confortavelmente o número previsto de participantes e moderadores e que esteja protegida de ruídos e interrupções externas. Os participantes podem ser distribuídos em torno de uma mesa retangular ou oval, ou dispostos em cadeiras arrumadas em forma circular. É recomendável também disponibilizar água, café e um lanche ligeiro para os participantes. (TRAD, 2009, p.782)

Após um espaço adequado, temos um guia, Trad (2009, p. 788) argumenta que “O roteiro de questões que irá nortear a discussão nos grupos deve conter poucos itens, permitindo certa flexibilidade na condução do grupo focal, com registro de temas não previstos, mas relevantes”.

Esta característica de flexibilidade foi muito importante, apesar da orientação que o roteiro proporciona, é impossível prever o que os participantes iram falar sobre o que é proposto, e esta flexibilidade, permite um redirecionamento do que está sendo discutido, como podem surgir novas vertentes a partir dos diálogos.

Para potencializar a técnica, cuja finalidade é captar impressões dos informantes, valorizando, portanto, dimensões simbólicas e/ou subjetivas, não é conveniente incorporar no roteiro questões objetivas que poderiam ser obtidas através de outras fontes. Desta forma, o tempo do grupo será aproveitado para o debate de questões mais complexas, cuja apreensão seria mais limitada através, por exemplo, de questionários. (TRAD, 2009, p.788)

O roteiro também deve partir de perguntas mais simples para as mais complexas, para assim, poder tocar em assuntos mais específicos. Como o autor citou a cima, este momento é dedicado as interpretações dos participantes, sendo necessário uma ênfase em questões mais reflexivas e deixando as questões objetivas para um questionário a parte, tendo em vista que respostas objetivas no grupo focal, não trazem tanta relevância.

No tocante ao moderador, uma condição de partida é que ele tenha substancial conhecimento do tópico em discussão para que possa conduzir o grupo adequadamente. Além do moderador, deve haver um apoio, atuando oportunamente, como segundo moderador. (TRAD, 2009, p.786)

O moderador do grupo para TRAD (2009) é responsável por apresentar as regras de convivência, certificar-se que todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A autora diz que o moderador precisa ter características peculiares, pois ele necessita de habilidades que possam instigar os participantes, motivar novas falas, intervir quando necessário, sendo importante o moderador dominar o assunto que está sendo explorado. A autora entende que o moderador deve contar com um suporte, uma pessoa que ajude a moderar o grupo em circunstância que achar necessária.

O grupo focal também conta com um observador, discreto, para anotações sobre alguns comportamentos, expressões, momentos de silêncio, dentre outros detalhes que possam acontecer, conveniente que seja uma pessoa comum aos participantes, evitando constrangimento e deixando os envolvidos à vontade para se expressar.

Quanto aos equipamentos requeridos, o uso de gravadores (mínimo dois) é considerado imprescindível. Para potencializar a qualidade do áudio na fase de transcrição, a presença de microfones revela-se especialmente útil. Câmaras, microfones e notebooks podem ser considerados recursos adicionais, cujo uso dependerá da utilização pretendida de som e imagem pelos pesquisadores. Vale ressaltar que a utilização de qualquer um destes recursos estará condicionada à expressa permissão dos participantes dos grupos. Este e outros aspectos, que serão discutidos mais adiante, integram os requisitos éticos no manuseio do GF. (TRAD, 2009, p. 782)

Os equipamentos que forem utilizados na pesquisa devem citados no TCLE. O gravador foi a tecnologia utilizada para captar os áudios, o equipamento forneceu áudio adequado para transcrições realizada sem software, e que foram analisadas e está detalhada no item 4.6, onde pode ser observado as técnicas na análise de conteúdo.

2.5 Organização e Etapas de Operacionalização do Trabalho

Para a operacionalização dos trabalhos da pesquisa-intervenção optamos por organizá-la em 04 etapas integradas e interdependentes.

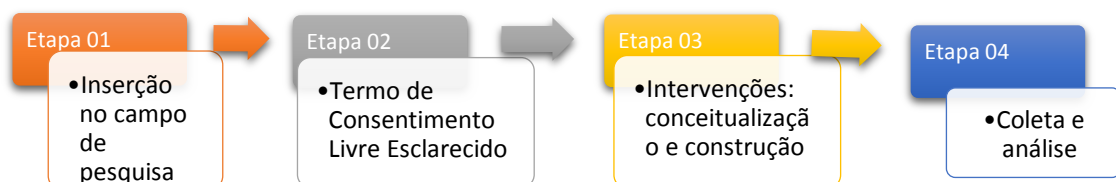


Figura 02: Organização da pesquisa

- 1ª Etapa – Inserção no campo de pesquisa

A territorialização foi realizada no campo de prática, visitando as casas, reconhecendo as ruas, conversando com membros das instituições religiosas, identificando os pontos de comércio, grupos esportivos, ouvindo moradores do

bairro, mapeando as potencialidades e fragilidades, que trazem elementos da realidade local. Quem vai ao encontro do cenário de prática, conhecer as diferenças, sentir o local, os anseios e as esperanças, segundo Parente et al:

[..] o conceito de território é dual, ou seja, ao mesmo tempo em que é lugar de expressão do concreto, por exemplo, a paisagem na sua dimensão física, comporta também elementos virtuais, subjetividades, historicidade, etc. Possui, portanto, uma dimensão objetiva e outra simbólica, que se expressam nas suas múltiplas formas, na pluralidade de cores e através das polissemias. Não existe um território igual ao outro. É o espaço que traz ao mesmo tempo a determinação do ambiente natural e a marca histórica pelo modo de vida humano. (PARENTE *et al.*, 2010, p.32)

Se não existe um território idêntico e ele ainda se transforma historicamente, fica evidente através da literatura a necessidade de territorialização contínua.

Após o momento de inserção no campo da pesquisa e o reconhecimento dos participantes, foram realizados os convites e a solicitação das assinaturas dos TCLE para os 10 participantes, o retorno positivo aconteceu por parte de 6 participantes, sendo eles: Dois representando da Unidade de Saúde, dois representando da comunidade, um representando do CRAS e um representante de uma ONG.

- 2ª Etapa – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Foram confirmados seis participantes que assinaram o TCLE. (APÊNDICE A)

- 3ª Etapa – Intervenções: Conceitualização e Construção

Nossa primeira intervenção, aconteceu no dia 14 de junho de 2019, na Unidade Básica de Saúde do bairro Padre Palhano, às 16:00 hs. Este momento foi facilitado através do círculo de cultura, que segundo Pinto (2016) é um momento de trabalho, um espaço para pesquisa, ideal para realizar dinâmicas e vivências que proporcionem a elaboração coletiva dos saberes e a capacidade crítica do sujeito no meio onde está inserido

Após acolhimento e a apresentação individual de cada participante, foram construídos quatro mapas conceituais, sobre: Cultura de Paz, Jogo, Saúde e Violência. Para Almeida & Moreira (2008) os mapas são diagramas, indicando conexão entre conceitos ou entre termos que usamos para representar conceitos, não devem ser confundidos com organograma ou diagrama de fluxo, suas formas não representam significado e as setas não são obrigatórias.

Segundo Almeida & Moreira (2008), a construção do mapa conceitual permite identificar conteúdos que tragam significado para a aprendizagem, é muito

utilizado em momentos educacionais, como no planejamento das ações, na execução dos momentos didáticos, portanto, uma ferramenta importante para identificar os conceitos relevantes para os participantes.

No dia 20 de julho de 2019, aconteceu o dia da construção, no mesmo local e horário do encontro anterior. Acolhidos pelo círculo de cultura, agora todos foram convidados para socializaram suas vivências com jogos, na infância, na escola, na rua, em processos de formação profissional e etc., após a escuta, começamos a imaginar jogos que pudessem ser criados com a temática da cultura de paz.

Após alguns questionamentos, decidimos o formato, as regras, a jogabilidade, o nome do jogo, a faixa etária, o tempo de jogo e outros detalhes. Para Monteiro (2003, p. 661) “o jogo estimula a troca de experiência a aquisição de conhecimento e a reflexão de temas tratados no material”. Para a produção do nosso jogo da paz, foi exigido a essência dos elementos e características da cultura de paz, debatidos no primeiro encontro.

Este momento foi uma construção coletiva, onde ações e diálogos foram solucionando as dúvidas sobre o formato do jogo, a quantidade de participantes, se havia necessidade de recursos materiais, como: Tabuleiros; Peças; Dados e entre outros, se seria um jogo de perguntas e respostas, um jogo cooperativo, o nome do jogo, foram estes questionamentos, dentre outros, que permitiram a formatação de um “jogo da paz” de acordo com o coletivo de construtores.

- 4ª Etapa – Coleta e Análise

Logo após as intervenções do dia 14 de junho e 20 de julho de 2019, foram realizados a coleta de dados através do método grupo focal, as características qualitativas, fazem do Grupo Focal uma técnica adequada para este projeto, possibilitando compreender as percepções e atitudes dos grupos sociais sobre determinado tema (VEIGA & GONDIM, 2001). A participação social é valorizada e as observações do pesquisador também são consideradas, tornando esta técnica, uma ferramenta significativa para identificar comportamentos sociais e suas reflexões sobre assunto específico.

Para Gondim (2002) o grupo focal auxilia programa, ajuda na decisão de empresas, apoia na aprendizagem organizacional, no diagnóstico, na avaliação e também na geração de novas perspectivas. Portanto, foi relevante para quem estava

desejando identificar se o processo de construção de um jogo, pode auxiliar na promoção da cultura de paz.

O grupo focal, tem suas especificidades de acordo com Iervolino & Pelicioni (2001), a fase da montagem, confirmação dos participantes, dos auxiliares da pesquisa, como o pesquisador relator e o pesquisador observador, um local acessível a todos, gravador, pilhas, como será a transcrição, recursos materiais e gastos extras. O perfil do condutor do grupo, sendo uma pessoa que estimule, conduza dando oportunidade a todos, saber mudar o tema como finalizar o grupo.

Nossa estrutura foi arquitetada na sala da gerência na unidade de básica de saúde, sempre uma hora antes do evento começar, local de fácil acesso e seguro para o coletivo. Os participantes foram avisados dias antes, via telefone celular, reforçando o horário e a presença. A equipe que auxiliou na pesquisa, trabalhou na gravação, nos relatórios, nas observações e na condução do grupo. Utilizamos o questionário que auxiliou na condução do grupo focal 1 e do grupo focal 2, estão em anexo, respectivamente: (APÊNDICE B) e (APÊNDICE C).

Após o grupo focal, transcrições das falas do gravador digital, organização dos relatórios observacionais, teremos os desdobramentos destes materiais seguindo a análise de conteúdo, uma descrição numérica de categorias que são pré-estabelecidas, organizadas e processadas (IERVOLINO & PELICIONI, 2001). A análise de conteúdo percorre três etapas bem definidas.

2.6 Referencial de análise dos dados coletados

Para Neto (2001) o primeiro momento corresponde a pré-análise, uma exploração dos materiais voltado para organização conforme os objetivos da pesquisa, codificando os trechos significativos. O segundo percurso é o tratamento, são leituras excessivas para categorizar, qualificar e quantificar as partes. Já a terceira fase é a interpretação, as conexões dos conteúdos subjacentes que se manifestaram referente ao estudo.

A análise segundo Gondim (2002), pode ser através de categorias previamente elaboradas ou pode ser organizada pelo modo indutivo, onde se trabalha temas ou determinada discussão. Esta pesquisa utilizou as duas formas, onde o primeiro momento foi apresentado, utilizando as palavras dos mapas

conceituais, já estabelecidos, como é o caso da Cultura de Paz, do Jogo, da Saúde e da Violência.

Para analisar o segundo grupo focal, foram observadas outras categorias que surgiram quando as falas foram transcritas, lidas e categorizadas. No momento de organização, o conteúdo geral expõe a Participação Social na construção, mas, sendo possível segregar o tema global em: Ambiência, jogo para a paz, faixa etária e nome do jogo.

2.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

No momento de transcrição e seguindo os preceitos éticos da pesquisa, preservando a identidade dos envolvidos, os participantes foram renomeados por lideranças mundiais que foram premiados com o Nobel da Paz. Portanto, teremos a colaboração de: Ellen, Juan, Leymah, Malala, Nádia e Tawakel.

Seguindo as orientações da resolução 510/ 2016 do Ministério da Saúde, que compreende a ética como uma dignidade humana, é que seguimos os procedimentos de qualquer natureza a envolver os seres humanos, será considerado como pesquisa e, portanto, obedecerei às diretrizes da presente resolução (BRASIL, 2016).

Apresentar-se-á o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), e foi iniciada apenas após sua aprovação.

CAPÍTULO III – COLETIVO CONSTRUTOR

Vamos apresentar o resultado das análises em duas fases. Definimos o primeiro momento para a exploração dos conhecimentos prévios e alinhamento dos temas, onde identificamos os quatro conceitos (Cultura de paz, Jogo, Saúde e Violência) a partir da participação social, dialogando com autores que estudam os temas.

O segundo momento foi analisado a participação na construção, no qual valorizamos as falas que fortalecem a participação social na estratégia de promover a paz. Associamos autores que defendem a participação e a democracia para colaborar com as falas das pessoas envolvidos na pesquisa, após estes dois momentos, seguiremos para as considerações finais.

3.1 Exploração dos conhecimentos prévios e alinhamento dos temas

Estes mapas conceituais para Lima (2004) são possíveis de representar ideias e conceitos, são ferramentas para organizar o conhecimento. Para uma participante da pesquisa, chamada (Malala), “*é muito importante saber disto, saber que uma coisa só, envolve várias outras*”. Ela, acabara de participar da construção dos quatro conceitos, e refletiu sobre o que tinha vivenciado, e que agora tinha um novo saber.

Os quatro mapas conceituais apresentaram o mesmo formato, onde a palavra principal ficou centralizada e os termos escritos nas tarjetas ficaram ao redor, posicionados de forma que nenhum termo se sobressaiu. Após as construções, (Malala) falou:

“Na minha opinião, eu acho, se a gente pegar os quatro conceitos e juntar, é um puxando o outro, se você trabalha saúde, você tá trabalhando cultura de paz, a questão da violência, o jogo, um vai puxando o outro, então pra mim todos são importantes, o mesmo nível.” (MALALA)

Nosso primeiro mapa conceitual, construímos através do tema da Cultura de Paz, aonde surgiram diversas palavras, como: *ajudar, amor, compreensão, cooperação, empatia, família, humildade, igualdade, lazer, respeito, solidariedade,*

orientação, paz e união. Debatemos cada termo exposto para termos convicção de que o termo realmente representava nossos sentimentos.

Nos relatos de (Nádia), ela fala da relação de solidariedade entre as pessoas para promover a paz “*a gente precisa é de ajudar os outros*” e essa interação entre membros está na obra de Moreira & Branco (2016) quando elas falam sobre o processo de socialização, da dinamicidade, da capacidade de proporcionar inúmeras situações e citam que a ação de ajudar as pessoas tem mais relevância entre outros valores. (Tawakel) também acredita nessa empatia, “*se cada um der o seu melhor para o próximo, o mundo vai melhorar*”.

A paz para Dusi, Araújo, Neves (2005, p.136) não se resume na inexistência de conflitos, mas como um processo positivo, dinâmico e participativo em que se promove o diálogo e a solução dos conflitos em um espírito de entendimento e cooperação mútuos. (Ellen), também compreende sua dinâmica participativa na mediação, e para promover a paz, ela fala de dialogar com as pessoas e “*dizer para eles como se faz a união, de como acabar estes conflitos territoriais*”.

(Malala), quando expos uma opinião sobre promoção de paz, compreendeu a necessidade de “*buscar parcerias*”, as formar de ajudar ao próximo e seguir a proposta de reverberar a harmonia. Ficou claro para a participante a importância das relações, como para o autor do texto abaixo:

Assim, cooperação e negociação se tornam palavras de ordem, uma vez que Estados, empresas e organizações representantes das sociedades locais e mundial se entrelaçam em um emaranhado de relações econômicas, políticas, demográficas e ambientais. (SILVA, 2002, p.37)

(Tawakel) com suas convicções para promover a cultura de paz, reforçou dizendo que “*família é a base de tudo*”, e na pesquisa de Pinto *et al.* (2018), trazem alguns dados de agressões praticados por familiares aos jovens, onde em 2009 tinham uma relevância de 9,5% dos casos de violência serem praticados por membro da família e em 2015 foi para 16,2%, sendo as maiores vítimas, alunos de escolas públicas e do gênero feminino.

Na mesma fala de (Tawakel) também menciona a necessidade de uma “*roda de conversa com os pais*”. Segundo Pinto *et al.* (2018) as agressões geram baixo desempenho escolar, conseqüentemente, sem estímulo para com a educação, dificuldade de empregar-se e sem geração de renda. Portanto, o diálogo com as

famílias torna-se algo evidente para promover a paz, os dados já apontam para uma realidade que precisa de intervenção.

(Juan) disse: “*protestar, para poder ir contra a corrupção*”, o autor da frase fez referência de como ele pode promover a cultura paz, para Barros (2018, p. 878) “protesto, ou seja, como reação a uma situação que não condiz com suas expectativas”, fica claro que cultura de paz não é algo estático, que existe uma manifestação, um movimento para que ela aconteça.

(Ellen) fala da relevância da liberdade como exemplo de uma cultura de paz, “*importante a pessoa saber e andar em qualquer bairro*”. A autora Zaluar (2019) diz que muitas pessoas com medo, se restringem ao lar ou evitam certos locais, por consequência do medo. Certamente, cultura de paz tem seus desafios, como visto acima, mas (Juan) também nos convida a acreditar que “*através do esporte, gera saúde, gera paz*”.

Aproveitando a fala do Juan ao citar o esporte (que é um jogo), para poder apresentar o segundo mapa conceitual, as palavras que apareceram na construção, foram: colaboração, competição, distração, diversão, equipe, estratégia, grupo, inserção, integração, jogo da vida, lazer, qualidade de vida e resistência. Para o grupo, a definição de Jogo passa por estes termos.

Friedrich *et al.* (2018) fala de experiências e inovações que trabalham em grupo, promovendo educação em saúde e o movimento humano, liderados por profissionais das unidades básicas de saúde. Neste sentido, o jogo, é uma possibilidade de trabalhar no grupo, por ser divertido, causar distração e integração.

(Malala) falou da sua experiência com “*grupo de artes marciais, voltado para o esporte*” e que era possível “*a gente vê quando ele se integra no grupo*” onde estas artes, são consideradas jogos de combate. Lise & Caprano (2018), fazem um levantamento histórico de uma arte marcial, que em determinado momento tem o nome de jogo do *jiu-jitsu*, pois as artes marciais carregam na sua essência o jogo de combate. O jogo tem seus diversos formatos, queremos aqui apresentar suas diversificações.

O jogo tem suas metamorfoses, das diversas formas Teles *et al.* (2015, p.252) fala da possibilidade de potencializar o aprender “como objeto de aprendizagem, o jogo é uma das muitas formas de negociação com o coletivo que não se limita ao tipo de experiência [...]”. (Malala) deseja “*inserir a pessoa em um*

grupo, procurando outras atividades”, almejando uma promoção através da inserção no grupo, com novas vivências, sendo jogos e suas variedades.

No momento de conceituar a terceira etapa, a saúde, utilizamos essas palavras para definir o pensamento do coletivo: Água, alimentação saudável, apoio medicamentoso, autocuidado, bem-estar físico, bem-estar mental, equidade, esporte, ginástica, qualidade de vida, lazer, ludicidade, médico, moradia e saneamento básico.

Para (Malala) seu desejo é claro e expressa cuidados em saúde “*acho que deveria trabalhar, hoje mesmo, a saúde mental das pessoas*”. Para Damasceno & Zanello (2018, p. 452) “a grande maioria da população negra vive em incessante sofrimento mental devido, por um lado, às condições de vida precárias atuais e, por outro, à impossibilidade de antecipar melhor futuro”. Observam-se que as falas se entrelaçam, que existem pessoas sofrendo, que a saúde tem suas possibilidades de ajudar.

Para ampliar a compreensão ao tema, observe que outros grupos realmente precisam de uma atenção à saúde mental, atenção para a obra de Senicato *et al.*

Os resultados deste estudo revelam que as donas de casa apresentam mais prejuízos na saúde mental do que as trabalhadoras remuneradas, o que leva a crer que algumas características atreladas ao trabalho doméstico, bem como os estereótipos, podem ser prejudiciais aos aspectos mentais e emocionais. (SENICATO *et al.*, 2018, p.2551):

(Leymah) propõe ações para em saúde para a vida das pessoas, como é o caso da participação em “*grupo terapêutico, grupo que promovam a cultura, que promovam o lazer*”. É pertinente ressaltar que cada grupo tem um objetivo e um público alvo específico. O objetivo do lazer para Vieira *et al.* (2018, p. 4222) é que “existe um consenso de que a prática do lazer seja um importante meio de diminuição das tensões geradas pela sobrecarga no dia a dia, além de um momento de descanso”.

Serpa *et al.* (2018) concluíram em um estudo com hipertensos e diabéticos, que participavam de um grupo na unidade básica de saúde e eles apresentaram avanços no autocuidado, autonomia na tomada de decisões para novos hábitos e outras aprendizagens. Já o foco do grupo para (Nádia) é “*para conversar com o pai, com mãe, para ver como está a vida das pessoas e formar grupos*”.

Nascimento & Oliveira (2016, p. 274) remetem a relevância do trabalho coletivo da saúde, *“a opção pelas atividades grupais justifica-se em razão das estratégias de intervenção em grupo constituírem redes de apoio social, na qual produzem-se fazeres e fazeres, a partir da socialização de experiências”*. (Tawakel) observa em grupos de atividade física a saúde quando fala que *“também acho inserir o adolescente com atividade física, ocupar a mente do adolescente”*.

A prática grupal da atividade física e do esporte estão presentes como sinônimo de saúde para o grupo, e para (Juan) *“através do esporte, gera saúde, você vê! Gera saúde, gera paz, gera conhecimento, gera psicologia, o esporte gera vários conceitos”*.

Pela óptica da aptidão física, aqueles componentes necessários à prática mais eficiente dos esportes - levando em consideração que cada especialidade esportiva pode apresentar exigências específicas - devem ser tratados como componentes da aptidão física relacionada ao desempenho atlético. A aptidão física relacionada à saúde envolve aqueles componentes que, em questões motoras, podem ser creditados alguma proteção ao surgimento e ao desenvolvimento de disfunções degenerativas induzidas pelo estilo de vida sedentário. (GUEDES, 2011, p. 134)

Como podemos ver, o conceito de saúde para o grupo é complexo, são diversas terminologias e termos que fazem uma teia de definições, e agora, após os mapas sobre cultura de paz, jogo e saúde, vamos para o último momento, destinado a construir o entendimento coletivo sobre o que é violência, as palavras mais utilizadas para se referir a temática e as falas significativas.

As palavras que aparecem no grupo focal sobre a conceitualização da violência, foram: agressão física, agressão psicológica, bullying, corrupção, desemprego, desigualdade, desrespeito, drogas, falta de acesso, falta de amor, falta de oportunidade, não sair, perda, protestos e tristeza. Como podemos ver, violência não é algo simples, observemos o resulta de um grupo que pesquisou mortalidade de jovens no Brasil de 2010 a 2014.

[...] a violência não é relacionada apenas à criminalidade, mas a todos os problemas mais comuns nas camadas inferiores da sociedade, como gravidez na adolescência, uso de drogas, doenças mentais, mau desempenho na educação, prisão. (MELO *et al.*, 2017, p. 10)

Os casos são variados, dependendo das especificidades, e para (Malala) *“é porque eu acredito que a violência engloba tudo, é questão de saúde, é de*

segurança, tem haver saúde mental, física, tem tudo". Este tema inquieta a muitos, pois é algo, que todos aparentam ter contato, direto ou indiretamente.

Melo *et al.* (2017, p.10) fala que "é consenso na literatura que a ocorrência de violência é maior nos espaços geográficos de importante desigualdade social". Apesar desta lamentável afirmação, onde os menos favorecidos são os mais prejudicados, mas (Tawakel) não deixa esquecer que "*a situação é muito triste, um dia pode ser o pobre, o rico, o novo, o velho*". Apesar das áreas terem mais incidência, todos estão sujeitos.

(Ellen) relatou que, por conta da violência "*já passei por momentos de perda*", "*acabamos perdendo uma pessoa querida*", "*quando fala de violência, é, eu fico muito triste*". A fala deixa óbvio que há um sofrimento psíquico, e que as equipes de saúde precisam se remodelar para situações adversas de violências, ciente da gravidade anda se remodelando, de acordo com Minayo:

As violências e os acidentes têm forçado o setor saúde a organizar uma nova lógica de atendimento com equipe interdisciplinar, articulada em rede, com as unidades do setor e com os serviços de outros setores da sociedade que também atendem às vítimas. (MINAYO, 2018, p. 2013)

Apesar dos esforços, fica claro para os participantes que a falta de acesso é uma violência, como diz (Juan) "*não tem medicamentos nos postos, muitas pessoas em pé na fila do S.U.S, e isto gera violência*". Para Gonçalves, Queiroz, Delgado (2017, p. 20), a esta questão está associada à segunda dimensão de impacto da dinâmica da violência urbana para o campo de atenção psicossocial, que diz respeito à sua face de barreira de acesso aos serviços de saúde mental. O autor também compreende que a falta de acesso é uma violência, e (Leymah) pode complementa dizendo que "*falta emprego, falta oportunidade, falta acesso*" e "a questão da corrupção".

Mas, para quem acredita que a corrupção é causa maior dos males da sociedade brasileira, não há conflito entre essas diversas demandas. Ao crescer, as mobilizações não poderiam ficar limitadas à denúncia dos efeitos; deveriam, sim, mesmo que Tateando, se endereçar à causa. (MELO & VAZ, 2018, p. 25)

Para os autores a corrupção é quem conduz as mazelas sociais, e especificamente, eles falaram de um movimento social em 2013 que começou após aumento de R\$ 0,20 (vinte centavos) nas passagens dos transportes públicos, e foram acumulando as demandas dos protestos, conta emendas parlamentares,

aumento do preço da gasolina e etc., portanto, falaram que não há conflito entre as demandas, que a bandeira era uma só, contra a corrupção.

A Polícia Federal dedicou os últimos anos a operações bem planejadas e difundidas para desarticular núcleos do crime organizado de alto nível em vários estados. Um de seus principais êxitos foi a investigação de vários casos de corrupção por membros da própria polícia, o que lhe conferiu uma imagem de polícia menos corrupta que as estaduais. (CANO, 2006, p.140)

Quando alguém que era para proteger está sendo investigado e levado preso, é uma situação no menos paradoxal, para não dizer enlouquecedora, criminosos com apoio policial, e (Tawakel) relatou sobre suas experiências profissionais: *“vejo a aflição das pessoas adoecendo por causa da violência, pessoas novas, idosas, novas, toda idade é adoecendo por isto”*. Por conta desta corrupção policial que Cano (2006) se referiu e outras violências existentes, é que a violência se reproduz.

(Tawakel) *“As vezes você tem medo de ser atingido, tem medo de certos lugares, certas diversões”* e (Malala) *“você deixa de fazer um curso, medo por conta de um horário, você perde até o acesso”*. Até transitar ficou caótico, observe o que os autores falaram dos seus alunos, em uma determina pesquisa, Ferreira, Tramontano & Klein (2019, p. 33) a ida à favela sempre gera expectativas em relação à violência local. Em virtude disso, os integrantes da ONG acompanharam os alunos desde a entrada no complexo até a saída, ao final da visita.

Este caso se refere a agentes externos que causavam violência, e quando o agente agressor é uma pessoa do ciclo familiar? *“A violência familiar é definida como aquela ocorrida entre membros da família, parceiros íntimos, pessoas com laços afetivos com ou sem consanguinidade”*. (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 335). A profissional (Malala) fala da mudança comportamental de pessoas agredidas por membros familiares, *“você ver que ela fica triste. Ela já triste, ela se abala, a estrutura da casa dela muda”*.

Estes comportamentos lesivos a pessoas próximas, foi citado no resultado dessa pesquisa:

Padrões intergeracionais, exposições frequentes às situações de violência e fatores externos – como o estresse adaptativo – parecem se configurar como aspectos intervenientes para a agressividade familiar. Além disso,

conflitos familiares frequentes na infância e adolescência podem predispor a comportamentos hostis persistentes de alguns entes. (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 339)

(Tawakel) também fala da relevância da família na educação da criança, como atitudes hostis ou não fazem o bem, “*o pai que não respeita um filho, pode ter certeza, que lá na frente, o filho não vai respeitar o pai*”. Familiares que se agredem, perpetuam a violência no lar e conseqüentemente reproduzindo no meio social.

Outra situação foi exemplificada por (Malala), “*quando um filho entra nas drogas*”, falou das relações familiares, como ficam fragilizadas, gerando violência e perdas. Gomes-Medeiro *et al.* (2019, p. 5) relatam a consequência no ciclo violento das drogas, “a associação das políticas proibicionistas com o aumento da violência e da mortalidade por homicídio é provavelmente a consequência mais dramática da Guerra às Drogas.” Independentemente do nível de envolvimento, todos podem ser afetados pela violência relacionada as drogas, familiares, usuários e traficantes.

A conceitualização de violência, certamente não termina aqui, estes foram apenas algumas falas significativas que estão em consonância com o objetivo desta fase que era horizontalizar o tema entre os integrantes para o outro momento. Antes de partir para fase de Construção, a (Ellen) simplificou nossas intenções, ao dizer que a “*violência não leva ninguém a nada*”. Sabendo que há positividade nestas ações, sendo um tema relevante socialmente é que os autores Martins & Jorge, enfatizam e sugerem caminhos para dias melhores:

O estudo revela a importância de se discutir amplamente a violência, principalmente no que se refere às mortes por arma de fogo, de tal forma que englobe todos os setores, a fim de que se possa elaborar políticas que canalizem na redução da exclusão social, no aumento do nível educacional e profissionalização da população, no combate ao uso de drogas e álcool, na promoção da paz, no resgate das relações familiares e em estratégias alternativas para resolução de conflitos, além da formação de recursos humanos para a identificação e intervenção adequada em situações de risco e vulnerabilidade. (MARTINS & JORGE, 2013, p.466)

3.2 Participação social na construção coletiva

Agora iremos dialogar com autores e participantes a idealização de um jogo para promover a paz, sendo esta parte, um dos eixos da análise de conteúdo

proposta. Baseado em autores que estudam o tema, iremos dialogar sobre esta intervenção em prol da promoção da saúde.

O autor tem como referência o SUS e nos esclarece um ponto significativo na pesquisa, para Santos *et al.* (2019, p.498) “a participação social é uma concepção organizacional do SUS que favorece a construção de usuários proativos [...]”. Pensando neste ser ativo, o jogo da construção foi proposto e (Malala) falou um pouco como foi a participação no desenvolvimento da ferramenta, “*a gente pôde contribuir no jogo inteiro, primeiro construímos um momento de raciocínio, aí, a gente desenvolveu o nosso jogo*”. Ela citou o primeiro momento uma conceitualização de quatro temas, como foi mostrado anteriormente, para assim, realizarmos a construção.

Na obra de Sorj (2016), ela fala da visibilidade sobre o tema da participação popular, que recebeu mais atenção no campo político, por estar diretamente ligado as demandas da união comunitária, na reconstrução do capital social e na construção de ações inovadoras para as necessidades da população.

Pensando nesta colaboração a favor do próximo, eles desenvolveram através de diálogo e tolerância um jogo significativo. Observe o que (Malala) falou: “*eu acho que a gente teve que pensar bastante, e alguns pontos a gente discordou, mas a equipe inteira conseguiu entrar no consenso, e a gente conseguiu desenvolver o jogo bem*”. Esta união comunitária, baseada em Sorj (2016) é a que desejo para reformular o capital social na construção do novo.

O autor Santos *et al.* (2019, p.498) diz algo interessante para nossa pesquisa, “[...]a participação social possibilita a produção da autonomia no cuidado da própria saúde, na construção da cidadania e na busca por direito à saúde de acordo com suas necessidades”. Associada a fala do autor, (Nádia), exemplifica um momento de cidadania, ocorrido no grupo, que reflete o cuidado ao próximo e aos interesses do coletivo, “*sem distinção de cor, de raça, de idade, tá todo mundo junto na construção da paz*”.

Certamente a participação é o principal viés ao pensar em construir um jogo significativo. Sorj (2016, p.110) afirma que “novas noções de governo perpassam a proposta, sobretudo a consideração de que a participação da comunidade nas políticas públicas é um meio indispensável para torná-las mais efetivas”. Relevante na fala de (Malala), além da sua participação, ela pôde reformular alguns

conhecimentos, para atender efetivamente as necessidades do enfrentamento a violência. “[...] *na construção do jogo, é, primeiro processo foi a construção, desconstrução dos nossos conceitos, para enfim, poder criar um jogo a partir das experiências que a gente adquiriu*”.

Segundo Telles (2010, p. 2669) estimular a participação dos cidadãos e das organizações da sociedade civil no processo de formulação de políticas públicas acabou por se transformar em modelo da gestão pública brasileira. (Juan), (Santos), (Nádia) e (Leymah), respectivamente, puderam se expressar, colocar suas ideias, escutar novas propostas e exercer sua cidadania ativa na estratégia saúde da família, “*pudemos colaborar com a nossa presença*”, “*formando palavras*” e “*em toda criação do jogo*”.

Rosa (2012) expõe a relevância da participação popular na promoção da paz, pois a violência está afetando o comportamento dos coletivos, se restringindo ao lar, solicitando segurança particular e a individualização dos moradores em espaços coletivos, há participação, se for para benefício próprio. No caminho oposto desta divisão, deste egocentrismo, (Leymah) apresenta sua percepção sobre as intervenções, as tolerâncias e a participação, na formação do jogo.

“Tem pessoas de crenças, religiões e culturas diferentes, por si só, estamos promovendo paz, por que estamos despertando as diversas opiniões e chegando ao senso comum que é a construção do jogo, a partir de todas as opiniões”. (LEYMAH)

Nos resultados da obra de Minayo & Constatino (2012), são elencados caminhos possíveis para o combate a violência e promoção da paz, como: educação, formação profissional, trabalho e deixa claro a potencialidade da participação popular e as ações de cidadania. Relataram que mudanças nesta temática não são rápidas, pois o problema é ramificado, estando presente em vários espaços e situações. Certamente, as dificuldades são múltiplas, e por também acreditar na participação, a resposta veio com o (Juan) ao falar da sua participação, onde pôde aprender, socializar e se sensibilizar com o próximo. “*O que a gente compreendeu, que a gente ganha muito conhecimento, aí, através destes conhecimentos, juntamos todas nossas ideias, podemos repassar para outras pessoas*”.

Nosso objetivo sendo a paz, tem caminhos tortuosos, como Rodrigues *et al.* (2018) disse, “a violência tornou-se objeto de estudo e campo de atuação necessário

e atual, sendo considerada como um problema complexo, capaz de interferir na qualidade de vida das pessoas e das sociedades”. São falas com esta, que fazem do nosso trabalho, preponderante para auxiliar na não violência, no provimento da paz. (Malala) após o momento de construção, fez uma reflexão, se estávamos realmente no caminho da paz:

[...] “o fato de estarmos aqui, pensando em alguém, alguma coisa, a gente já tá promovendo a paz. A gente tá vivendo a cultura da gente mesmo, aqui agora pensando em outra pessoa. Então, o fato de tá aqui hoje, já é uma cultura de paz. A gente tá pensando no próximo, pra levar essa paz para todo mundo. Então, o jogo em si, precisa refletir isto também”. (MALALA)

Como foi citado, a violência está disseminada e as vezes, invisível a um olhar despercebido, os autores Bispo & Lima (2014, p.178) falam que a escola também pode ser repressora, e precisa de novos caminhos, novas metodologias, “ao invés de buscar propostas somente de natureza coercitiva, a escola precisa investir em projetos educacionais que garantam a participação ativa de cada um na vida social”.

Quando questionados sobre os locais ideias para a utilização do jogo, eles citaram alguns espaços que acham possível a execução da ferramenta. (Juan), “a gente pode usar em escolas, projetos sociais”. Novos caminhos educacionais que possam colaborar da dinâmica escolar e familiar, devem ser motivados, segundo Nobre (2018).

Percebe-se que o tema das violências interpessoais no âmbito escolar, elegendo a tênue demarcação entre ser criança e transformar-se no ser adolescente, demanda investigações que apontem construtos teóricos capazes de balizar novas práticas, seja nas dinâmicas das famílias, como nas remodelações que estão a envolver o sistema educacional. (NOBRE et al., 2018, p. 4302)

Para além do ambiente escolar, (Malala) disse que “[...] locais abertos também seriam interessantes, porque outras pessoas estariam vindo e já despertando a curiosidade para a cultura de paz”. Com o potencial da estratégia saúde da família e da participação popular na promoção da paz é possível planejar intervenções significativas, segundo Ribeiro et al:

Refletir sobre a relação entre promoção de saúde, participação e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde (APS) é colocar em evidência a importância da abrangência de possíveis intervenções que a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) pode englobar. (RIBEIRO et al., 2018, p.44)

Nesta fase da construção, quando estávamos debatendo os locais que o jogo poderia colaborar, surgiu outro questionamento, quem poderia jogar? Para (Leymah), ela deixa claro que o jogo é inclusivo, promovendo a universalidade, *“este jogo pode ser utilizado, na minha opinião. Eu acredito, como foi discutido aqui, em vários grupos, tanto com idosos, adolescentes, crianças que têm algum entendimento, a gente pode tá jogando com eles”*.

Como visto ao longo do processo, estamos na causa da participação popular no enfrentamento da violência, através de construir uma estratégia no SUS, para reforçar a bandeira erguida da pacificação, da igualdade entre todos e do respeito as diferenças. A seguir, vamos apresentar nossa estratégia para os que almejam um mundo melhor, mesmo sabendo das limitações e desafios.

3.3 O jogo: Caixa da paz

Este é o resultado da criação coletiva, com o objetivo de promover a paz de forma prazerosa e reflexiva. Para (Juan) o *“nome do jogo, a caixa da paz, é porque tem que saber o que tem dentro da caixa, o que é aquele jogo? O que aquela caixa está trazendo?”*. Logo abaixo, seguem as regras para a jogabilidade, como: a quantidade de participantes, pontuação, faixa etária proposta e etc.

- a. Roda de conversa para apresentar as regras do jogo (momento necessário para nivelar os participantes sobre as fases que o jogo propicia e suas peculiaridades);
- b. Trata-se de um jogo da mímica, onde não pode falar, emitir nenhum som e nem usar libras (o jogo da mímica, carrega como característica a linguagem corporal como comunicação, valorizando as expressões e os movimentos do tema abordado);
- c. Para iniciar o jogo, é necessário no mínimo um facilitador e três participantes (este formato mínimo permite que haja o jogo de forma competitiva, onde um participante executa os movimentos e teremos duas pessoas para tentar acertar o desafio);
- d. Pode ser jogado em equipe ou individual (de acordo com a quantidade de participantes, o jogo permite um formato individual de participante ou de grupo);

- e. O jogo comporta 10 equipes, sem limites de participantes (a quantidade de equipes será limitada, mas a quantidade de participantes por equipe não há limites);
- f. Quando formadas as equipes, precisam construir nomes composto com o sobrenome paz, exemplo: Guardiões da paz, Força da paz, Meninas da paz (este momento é destinado a criatividade e reflexão dos participantes perante o tema central, já causando uma sensibilização com o tema geral);
- g. Para decidir a sequência das equipes, será realizado um sorteio com os nomes dos grupos (sorteio necessário para organizar a sequência das equipes);
- h. Um facilitador será o orientador e organizador do jogo (para organização dos grupos, o facilitador tem a responsabilidade de organizar o tempo, a sequência e identificar o capitão de cada equipe);
- i. Definir um capitão (este representante do grupo será responsável por responder as mímicas, podendo consultar seus pares, sendo ele o único que poderá responder, este posto de liderança poderá ser trocado a cada rodada, se o coletivo achar necessário);
- j. A pontuação acontece quando a mímica é realizada com êxito e há a resposta certa, onde as duas equipes somam pontos (quando está sendo realiza a mímica e um grupo acerta, as duas equipes são bonificadas, uma por realizar uma boa mímica e a outra por adivinhar o que foi exposto);
- k. Após pegar a palavra na caixa, o grupo tem 60 segundos para decidir qual estratégia executar (quando for retirada a tarjeta com o nome da Caixa da Paz, o grupo precisa teorizar em 60 segundos o que fazer para apresentar);
- l. Para realização da mímica, o participante/grupo terá mais 60 segundos para interpretar (a apresentação terá 60 segundos de exibição, para que os grupos e os capitães possam adivinhar a mímica);
- m. Caso ninguém acerte a mímica, ninguém ganha ponto (quando se passarem os 60 segundos e nenhuma equipe acertar o que está sendo encenado, as equipes não pontuaram, sem somar pontos);
- n. Cada equipe tem o direito de retirar uma palavra da caixinha por rodada (após todas as equipes retirarem suas tarjetas da caixa, retorna a equipe inicial até acabarem todas as tarjetas);
- o. O grupo que somar mais pontos serão considerados os “Promotores da Paz.”

- p. O facilitador é responsável de identificar o primeiro participante/grupo que acertar a mímicas (com a escolha do capitão, o facilitador terá que ficar atento para qual liderança respondeu corretamente primeiro);
- q. Faixa etária de 10 anos. (não se trata de uma regra rígida, podendo acolher outras idades).
- r. Palavras sugeridas para compor a caixa: Acordo - Ajudar - Amizade - Amor - Alma - Caridade - Carinho - Compreensão - Conciliação - Companheirismo - Cooperação - Empatia - Equilíbrio - Esporte - Família - Gentileza - Harmonia - Humildade - Humanidade - Igualdade - Justiça - Lazer - Orientação - Paz - Repouso - Responsabilidade - Serenidade - Silêncio - Solidariedade - Tranquilidade - Trégua - União.

As regras formataram a jogabilidade, como devemos seguir para poder ultrapassar as fases e chegar ao objetivo do jogo. Com estas normas, foi possível um jogo onde todos podem jogar, enfatizando a inclusão como ponto relevante, como também, uma sequência justa de participação para as equipes, os benefícios na participação de quem faz a mímica e de quem acerta, dentre outros pontos que regem o jogo.

Este formato de jogo da mímica está voltado para que os participantes representem situações da vida cotidiana, sendo tarjetas as palavras geradoras das encenações. Como as tarjetas estão selecionadas de termos que representam a paz, foi a estratégia para poder sensibilizar os participantes de atitudes que promovem a saúde do coletivo.

O jogo tem o objetivo de promover paz através do jogo, para isto, os termos selecionados vão motivar cenas, que representam o amor, carinho, cooperação, gentileza, harmonia, dentro outros temas que provocarão uma alquimia de sentimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-intervenção apresenta o mapa conceitual como uma metodologia ativa que promove a participação popular, a tolerância, a empatia, a troca de conhecimentos, dentre outras qualidades. O círculo de cultura aqui apresentado, reforça sua potencialidade na possibilidade da construção do novo, respeitando a cultura de cada participante, dando significado às falas, motivando a reflexão, a reconstrução do que está imposto, proporcionando um cenário propício para a cultura de paz.

Os participantes apresentaram na construção dos mapas, a compreensão de uma cultura de paz com igualdade, respeito e solidariedade, compreendem que o jogo é integrativo, divertido e pode ser um lazer. A interpretação coletiva de saúde, começa com água, vai para ginástica até saneamento básico, por fim, onde o grupo mais colaborou com suas definições, existe uma violência de desrespeito, privações e perdas.

Este momento de compartilhar os conhecimentos, de escutar o outro e ser escutado, proporcionou uma transformação no pesquisador, quando ouvir as múltiplas sequelas na família após assassinato de um membro querido, quando me inspirei na motivação da agente comunitária de saúde, ao relatar que poderia tomar alguma atitude para promover a paz, quando me impactei com as falas enérgicas de participantes jovens e na experiência e sabedoria dos idosos.

No momento da construção, pudemos praticar a escuta qualificada, quando estávamos atentos aos relatos das experiências dos participantes com jogos; exercitamos o consenso quando estávamos decidindo o formato do jogo e suas regras, a nossa união e determinação foram singulares, pois estamos envolvidos e motivados a promover a paz, com o jogo.

O objetivo da pesquisa de promover a cultura de paz e questionar se o processo de conceitualização e construção, é uma estratégia de promoção, procurou ser realizada de forma ética, seguindo o que estava proposto no percurso metodológico, no resultado apresentado. É possível identificar os participantes reconhecendo novos termos e reconstruindo seus conceitos sobre cultura de paz. Foi evidenciado que a construção como um momento de promoção da cultura de

paz, quando estavam dialogando sobre seus conceitos e as formas de transformar em um jogo.

Contudo, (Malala) ainda colabora com as considerações finais, quando fala que *“pra mim, tudo é uma questão de prática, não adiante nada, a gente pensar, colocar no papel e ai morrer”*. Ela compreende que podemos mais, que chegamos a promover a paz *“mas se a gente colocar no papel, e ali fica no papel, e sair daqui, e pronto! Esquecer! Não fez sentido não, tem que pôr em prática”*.

Toda a construção está sujeita a críticas que possam remodelar a formatação desta ferramenta, como exemplo, é que o jogo aqui criado tem um caráter competitivo, assim, causando disputa, avesso ao que acreditamos ser e ter paz, também é possível a possibilidade de passar pelo crivo de especialistas que estudam e pesquisam jogos em saúde, para que haja intervenção técnicas e propositivas para uma ferramenta efetiva para promover a paz.

Também é possível idealizar que este jogo possa ser disponibilizado através de um *link*, podendo ser acessado, impresso e jogado, de forma gratuita.

Outro ponto que deve ser salientado é a inclusão de novos temas na fase de conceitualização para melhor definir as possibilidades de jogos, como: jogos de cartas, jogos eletrônicos, jogos populares, jogos de tabuleiro, jogos teatrais, dentre outras características que o jogo pode se apresentar. Na construção do mapa conceitual para cultura de paz, é possível propor um momento para a palavra paz e outro momento para a palavra cultura de paz, para ampliar os conceitos.

Então, o jogo promover a cultura de paz? O que ficou mais evidente é que o processo de construção participativa, proporcionou as pessoas o diálogo, a escuta e o bom senso. As fases da construção apresentaram a troca de conhecimento, afetando o pesquisador e os participantes, o jogo construído, necessitará de outras avaliações e validações para esta pergunta inicial.

Contudo, a estratégia é apresentar aos gestores municipais da saúde o resultado e as etapas da construção de um jogo que valoriza a participação popular e a paz. Para motivar novas construções dentro do sistema de saúde que possam promover ambiente mais harmoniosos, será preciso compartilhar junto aos gerentes e trabalhadores das unidades de saúde, sensibilizando da importância que é a educação permanente para construir, debater e testar os jogos para paz.

REFERÊNCIAS

ADORNO, Sérgio. Insegurança versus direitos humanos: entre a lei e a ordem. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 129-153, Oct. 1999. Disponível em, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20701999000200008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 29 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20701999000200008>.

ALMEIDA, Voltaire de O.; MOREIRA, Marco A. Mapas conceituais no auxílio à aprendizagem significativa de conceitos da óptica física. *Rev. Bras. Ensino Fís.*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 4403.1-4403.7, dez. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-11172008000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 14 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-47442008000400009>

ARAUJO, Maria Fátima Maciel; ALMEIDA, Maria Irismar de e SILVA, Raimunda Magalhães da. AIDS/educação e prevenção: proposta metodológica para elaboração de jogos educativos. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2000, vol.53, n.4, pp.607-613. ISSN 0034-7167. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000400016>. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v53n4/v53n4a16.pdf> em 17 jul. 2018.>. Acesso em 16 de jul. 2018.

BARROS, Antonio Teixeira de. Juventude e poder político local: a percepção e o discurso de jovens sobre as eleições municipais de 2016. *Soc. estado.*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 849-886, Dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922018000300849&lng=en&nrm=iso>. acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-6992-201833030009>.

BARROS, M. B. A. Desigualdade social em saúde: revisitando momentos e tendências nos 50 anos de publicação da RSP. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51:17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000156.pdf. Acesso em :10 fev. 2018

BECKER, D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. CAPÍTULO II - Promoção da Saúde e o Programa de Saúde da Família: uma origem, uma natureza, uma linguagem [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

BISPO, Fábio Santos; LIMA, Nádia Laguárdia de. A violência no contexto escolar: uma leitura interdisciplinar. *Educ. rev.*, Belo Horizonte, v. 30, n. 2, p. 161-180, Jun 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982014000200008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 28 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982014000200008>.

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da

medicina social e saúde coletiva latino-americana. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 39, n. 106, p. 841-854, set. 2015 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300841&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 17 fev. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. O que é Participação. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRANCO, A. M. C. U. A.; MANZINI, R. G. P.; PALMIERI, M. W. A. R. (Org.). Cooperação e promoção da paz: valores e práticas sociais em contextos educativos. Porto Alegre: Mediação, 2012.

BRANDÃO, Carlos Rodrigo. O que é o método Paulo Freire. Editora Brasiliense, São Paulo – SP, 32ª reimpressão, 2011.

BRANDÃO, Israel Rocha. Afetividade e transformação social. Sobral - Edições Universitárias, 2012.

BRASIL. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Editora MS, 2002. Disponível em: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009. Brasília, DF. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/legislacao/PortariaNormativa_17MP.pdf. Acesso em 20 de jul. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n ° 2.446, de novembro de 2014. Brasília, DF. 2014. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em 20 de jul. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 1 de maio de 2011. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em 20 de jul. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº510, 7 de abril de 2016. Brasília, DF. 2016. Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso 15 de nov. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 11.fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Disponível: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em 15 nov. de 2018.

BRAZAO, José Carlos Chaves. A Implicação do Afeto na Psicologia do Desenvolvimento: uma Perspectiva Contemporânea. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 35, n. 2, p. 342-358, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000200342&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 Abr. 2019. <https://doi.org/10.1590/1982-370302222013>.

BRENELLI, R. O jogo como espaço para pensar: A construção de noções lógicas e aritméticas. Campinas: Papirus, 1996.

BROTTO, F. O. Jogos Cooperativos: Se o Importante é Competir, o Fundamental é Cooperar. Santos: 2ª edição: Re-Novada, 1999.

CALIMAN, Geraldo et al. Youth leadership and global citizenship: alternatives for peacebuilding in Brazilian public schools. *Ensaio: aval.pol.públ.Educ.*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40362020005004201&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 Mar 2020. Epub May 08, 2020. <https://doi.org/10.1590/s0104-40362020002802047>.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, July 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800002>.

CANIATO, Angela Maria Pires. Violências e subjetividades: o indivíduo contemporâneo. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 16-32, Apr. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 29 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000100003>.

CANO, Ignacio. Políticas de segurança pública no Brasil: tentativas de modernização e democratização versus a guerra contra o crime. *Sur, Rev. int. direitos human.*, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 136-155, Dec. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452006000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-64452006000200007>.

CARVALHO, A.I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp. 19-38. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/8pmmmy/pdf/noronha-9788581100166-03.pdf>. Acesso em 18 de fe de 2018.

CARVALHO, Luciana Ramos Rodrigues de; OLIVEIRA, Francismara Neves de. Quando o jogo na escola é bem mais que jogo: possibilidades de intervenção pedagógica no jogo de regras Set Game. Rev. Brasileira Estudos Pedagógicos., Brasília , v. 95, n. 240, p. 431-455, ago. 2014 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-66812014000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 jul. 2018.

CATRIB, A.M.F; DIAS, M.S.A; FROTA, M.A. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. São Paulo: Editora Saberes, 2011.

CONTRERAS, Humberto Silvano Herrera. Educação Popular E Participação Comunitária: Reflexões Pedagógicas. 2013. Disponível em: https://educere.bruc.com.br/CD2013/pdf/6972_5820.pdf. Acesso em: 26 set. 2019.

CORREA, Crístia Rosineiri Gonçalves Lopes. A relação entre desenvolvimento humano e aprendizagem: perspectivas teóricas. Psicol. Esc. Educ., Maringá , v. 21, n. 3, p. 379-386, Dec. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572017000300379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Apr. 2019. <https://doi.org/10.1590/2175-3539201702131117>.

CURITIBA. Carta de Curitiba sobre promoção da saúde e equidade. 2016. Disponível em <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade/19821/>> Acesso em: 11 fev. 2018.

D'AMBROSIO. Palestra Magna – Cultura de paz e pedagogia da sobrevivência. Balanço da Década Internacional da Promoção da Cultura de Paz e Não Violência em Benefício das Crianças do Mundo. Brasília: Unesco; São Paulo: Associação Palas Athena, 2010. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000189919>. Acesso em: 16 nov. 2017.

DAMASCENO, Marizete Gouveia; ZANELLO, Valeska M. Loyola. Saúde Mental e Racismo Contra Negros: Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 38, n. 3, p. 450-464, Sept. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932018000300450&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-37030003262017>.

DAMIANI, Magda Floriana. ROCHEFORT, Renato Siqueira. CASTRO, Rafael Fonseca de. DARIZ, Marion Rodrigues. PINHEIRO, Silvia Siqueira. Discutindo pesquisa do tipo intervenção pedagógica. Revista Educação. Pelotas, n.45, p 57- 67, maio/agosto 2013. Disponível em:

<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/3822>. Acesso em 25 de jan. de 2019.

DEMO, P. Participação é conquista: Noções de política social participativa. São Paulo: Cortez, 1999.

DIANI, M.; MacADAM, D. (Orgs). Social movements and networks: relational approaches collective actions. Oxford, Oxford Univ Press, 2003.

DUPRET, Leila. Cultura de paz e ações sócio-educativas: desafios para a escola contemporânea. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.), Campinas , v. 6, n. 1, p. 91-96, June 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572002000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2019. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572002000100013>.

DUSI, Miriam Lúcia Herrera Masotti; ARAUJO, Claisy Maria Marinho de; NEVES, Marisa Maria Brito da Justa. Cultura da paz e psicologia escolar no contexto da instituição educativa. *Psicol. Esc. Educ.* (Impr.), Campinas , v. 9, n. 1, p. 135-145, June 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572005000100013>.

FERREIRA, Isabel. Governança, participação e desenvolvimento local. *Sociologia*, Porto, v. 30, p. 97-117, dez. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192015000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 jan. 2019.

FERREIRA, Jaqueline; TRAMONTANO, Lucas; KLEIN, Ana Paula. Dilemas atuais da sociedade brasileira sob as lentes da antropologia: relato de experiência de uma disciplina do curso de graduação em saúde coletiva da UFRJ. *Saude soc.*, São Paulo , v. 28, n. 2, p. 25-37, June 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Ago. 2019. Epub July 01, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019190123>.

FERREIRA, Maria Natalia Xavier et al. O cuidado do agressor familiar frequente: revisão integrativa da literatura. *Acta paul. enferm.*, São Paulo , v. 32, n. 3, p. 334-340, June 2019 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002019000300334&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Ago. 2019. Epub July 29, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900046>.

FISCHMANN, R. (2007). Injustiça, autonomia moral e organização escolar: análise exploratória de relações. *Paidéia*, 17(38), 321-330. Disponível em: 10.1590/S0103-863X2007000300003. Acesso: 15 Nov. 2019.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 2, p. 345-353, abr. 1999

. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000200019>.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da tolerância*. 2ª edição, Rio de Janeiro, Editora Paz e Terra, 2014, 399p. Bahia; 2010.

FREITAS, C. G. *Desenvolvimento local e sentimento de pertença na comunidade de Cruzeiro do Sul - Acre*. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Local) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2008.

FREITAS, Luiz Carlos de. *Qualidade negociada: avaliação e contra-regulação na escola pública*. *Educ. Soc.* [online]. 2005, vol.26, n.92, pp. 911-933. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/es/v26n92/v26n92a10.pdf> Acesso: 11 Nov. 2019.

FREUD, S. (1946). *Além do princípio do prazer*. In. S. Freud, Edição standart brasileira das obras completas de Sigmund Freud (Vol. 18, pp. 13-85). Rio de Janeiro: Imago. (Obra originalmente publicada em 1920).

FRIEDRICH, Thaís Lopes et al . *Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais*. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 22, n. 65, p. 373-385, Apr. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200373&lng=en&nrm=iso>. Acesso on 19 Aug. 2019. Epub Aug 07, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0833>.

GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Maria Aparecida Mezzalira; BORUCHOVITCH, Evely. *Desempenho no jogo, estratégias de aprendizagem e compreensão na leitura*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa.*, Brasília , v. 21, n. 3, p. 319-326, Dec. 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300008>. GOMES-MEDEIROS, DÉBORA ET AL. *Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários*. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 35, n. 7. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00242618>. Acesso 22 Agosto 2019] , e00242618.

GONCALVES, Hérica Cristina Batista; QUEIROZ, Marcello Roriz de; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Violência urbana e saúde mental: desafios de uma nova agenda?*. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro , v. 29, n. 1, p. 17-23, Apr. 2017 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922017000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1256>.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

863X2002000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300004>.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Crescimento e desenvolvimento aplicado à educação física e ao esporte. *Rev. bras. educ. fís. esporte*, São Paulo, v. 25, n. spe, p. 127-140, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-55092011000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Aug. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-55092011000500013>.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha, Baeta Neves Alonso da Costa, Maria Fernanda, Vieira Hermida, Patrícia Madalena, Cossentino Bruck Marçal, Cláudia, Costa Cypriano, Camilla, Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem* [en linea] 2015, 28 (Marzo-Abril): [Acesso: 22 de febrero de 2018] Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307038016010>> ISSN 0103-2100

IERVOLINO, Solange Abrocesi; PELICIONI, Maria Cecilia Focesi. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, June 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342001000200004>.

JARES, Xesús R. Educação para a paz: sua teoria e sua prática. 2ª edição, ver. E ampl. – Porto Alegre: Artmed, 2002, 271p.

LEARY, M. R., KELLY, K. M., COTTRELL, C. A., & SCHREINDORFER, L. S. (2013). Construct validity of the need to belong scale: Mapping the nomological network. *Journal of personality assessment*, 95(6), 610-624. Disponível em: 10.1080/00223891.2013.819511. Acesso: 03 Out. 2019.

LIMA, Gercina Ângela Borém de Oliveira. Mapa conceitual como ferramenta para organização do conhecimento em sistema de hipertextos e seus aspectos cognitivos. *Perspectivas em Ciência da Informação*, [S.l.], v. 9, n. 2, mar. 2004. ISSN 19815344. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/355/164>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

LISE, Riqueldi Straub; CAPRARO, André Mendes. Primórdios do jiu-jitsu e dos confrontos intermodalidades no Brasil: contestando uma memória consolidada. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Porto Alegre, v. 40, n. 3, p. 318-324, Sept. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892018000300318&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbce.2018.03.003>.

LONGHI, Marcelen Palu; CRACO, Priscila Frederico; PALHA, Pedro Fredemir. Comunicação entre usuários e trabalhadores de saúde em colegiados de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. 1, p. 38-45, Feb. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

71672013000100006&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000100006>.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; JASPER, Cláudia Helena; NILSON, Luana Gabriele; DOLNY, Luise Ludke; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Promoção da saúde como tecnologia para transformação social. Universidade do Vale do Itajaí. Revista Brasileira de Tecnologias Sociais, v.2, n.2, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Sept. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Set. 2019. Epub Sep 17, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.

MARASCHIN, Cleci. Pesquisar e intervir. Psicologia Social, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 98-107, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100008&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822004000100008>.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. Saúde e sociedade v.13, n. 1. p.5-13, jan-abr 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002>. Acesso em: 10 fev. 2018

MARCONI, Marina de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos e metodologias científicas. 5ª edição, editora Atlas S.A, São Paulo-SP, 2003. Disponível em: http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view. Acesso em 18/11/2018.

MARTINS, André Amorim et al. Revisão Sistemática Sobre a Produção da Paz. Psicol. Ensino & Form., São Paulo, v. 7, n. 1, p. 70-77, 2016. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612016000100007&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.21826/2179-58002016717077>.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello. Óbitos por causas externas em Cuiabá, 0 a 24 anos: perfil das vítimas e famílias segundo a intencionalidade. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 16, n. 2, p. 454-468, June 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200454&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200020>.

MARTINS, M.C.A. A promoção da saúde: percursos e paradigma. Revista de saúde Amato Lusitano, v.22, p. 42-46. 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/93/1/A%20Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20sa%C3%BAde.pdf>> Acesso em: 08 fev. 2018

MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros et al. Violência cometida por pessoa conhecida - Brasil, 2013. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3763-3772, nov. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103763&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.08672016>.

MELO, Alice Cristina Medeiros; SILVA, Gabriela Drummond Marques da; GARCIA, Leila Posenato. Mortalidade de homens jovens por agressões no Brasil, 2010-2014: estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00168316, Nov. 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001105008&lng=en&nrm=iso. Acesso 20 Ago. 2019. Epub Nov 21, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168316>.

MELO, Cristina Teixeira Vieira de; VAZ, Paulo Roberto Givaldi. E a corrupção coube em 20 centavos. *Galáxia (São Paulo)*, São Paulo, n. 39, p. 23-38, Dec. 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-25532018000300023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 21 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-255434843>.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. Organizadores. Agir em saúde: Um desafio para o público. São Paulo – SP, HUCITEC, 1997 apud PEREIRA, Déborah Santana Pereira. SOUSA, Roberto. SANTOS, Andréa Cavalcante dos Santos. BEZERRA, Aila Maria da Silava. GOMES, Francisca Leonice Camelo. SANTOS Zélia Maria de Sousa Araújo. A tecnologia como ferramenta promotora de saúde. In: SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. FROTA, Mirna Albuquerque. MARTINS, Aline Barbosa Teixeira. *Tecnologias em saúde: da abordagem teóricas a construção e aplicação no cenário do cuidado*. [livro eletrônico] Fortaleza-CE, EdUECE, 2016, cap.3, p.64-82 Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20-%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>. Acesso em 10 de nov. de 2018.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 29 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81231999000200006>.

MÉSZÁROS, István. *A teoria da alienação em Marx*. Trad. Isa Tavares. São Paulo: Boitempo, 2006.

MILANI, C. R. S. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. *RAP-Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, June 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232018000602007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição, São Paulo-SP, Editora Hucitec, 2004, 269p.

_____; CONSTANTINO, Patrícia. Visão ecossistêmica do homicídio. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3269-3278, Dec. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001200012>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 [citado 2015 maio 5]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 17 fev. 2019.

MONTEIRO, Regina Clare. Pesquisa qualitativa como opção metodológica. Pro-Posições, [S.l.], v. 2, n. 5, p. 27-35, ago. 1991. ISSN 1982-6248. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8644453>>. Acesso em: 20 Jul. 2018.

MONTEIRO, Simone Souza; VARGAS, Eliane Portes; REBELLO, Sandra Monteiro. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos da avaliação de um jogo educativo. Educ. Soc., Campinas, v. 24, n. 83, p. 659-678, ago. 2003 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302003000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302003000200018>.

MOREIRA, Leticia de Sousa; BRANCO, Angela Maria Cristina Uchoa de Abreu. Processo de socialização e promoção da Cultura de Paz na perspectiva de policiais militares. Estud. psicol. (Campinas), Campinas, v. 33, n. 3, p. 553-563, Sept. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2016000300553&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752016000300018>

NASCIMENTO, Carolina Picchetti; ARAUJO, Elaine Sampaio; MIGUEIS, Marlene da Rocha. O jogo como atividade: contribuições da teoria histórico-cultural. Psicol. Esc. Educ. (Impr.), Campinas, v. 13, n. 2, p. 293-302, dez. 2009 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572009000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-85572009000200012>.

NASCIMENTO, Maria Valquíria Nogueira do; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 21, n. 3, p. 272-281, Sept. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2016000300272&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20160026>.

NETO, Otávio Cruz. Capítulo 3 – O trabalho de campo como descoberta e criação. In MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. P. 51-66. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/franciscovargas/files/2012/11/pesquisa-social.pdf> Acesso em 25 Jan. de 2019.

NOBRE, Caroline Soares et al. Fatores associados à violência interpessoal entre crianças de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4299-4309, Dec. 2018. Disponível <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204299&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182312.29222016>

ORTIZ, Jesús Paredes. A aproximação teórica á realidade do jogo. In: MURCIA, Juan Antônio Moreno. (Org.). Aprendizagem através do jogo. São Paulo-SP: Artmed Editora S.A, 2005. p. 9-28. Disponível em <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=leR2DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA1&dq=jogo+como+forma+de+aprendizagem&ots=x1u8q9RXvV&sig=up50y1dMzZQpnl-VJ3N97ip8UQ#v=onepage&q&f=false> Acesso em 17 jul. 2018.

PANOSSO, Mariana Gomide; SOUZA, Silvia Regina de; HAYDU, Verônica Bender. Características atribuídas a jogos educativos: uma interpretação Analítico-Comportamental. Psicol. Esc. Educ., Maringá, v. 19, n. 2, p. 233-242, Aug. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572015000200233&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0192821>.

PARENTE, José Reginaldo Feijão. RODRIGUES, Angelo Brito. DIAS, Fernando Antônio Cavalcante. FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima. MONTEIRO, Aldecira Uchoa. FIALHO, Maria Luisa de Sousa. Capítulo II: Território, cultura e identidade para a promoção da saúde. In: DIAS, Fernando Antonio Cavalcante. DIAS, Maria Socorro de Araújo (Org.). Território, Cultura e Identidade. Rio de Janeiro – RJ, Editora ABRASCO, 2010, p.29-45.

PERNAMBUCO. Governo de Estado. Secretaria de Educação. Parâmetros Curriculares de Educação Física - Ensino Fundamental e Médio. Recife: Secretaria de Educação do Estado de Pernambuco/União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação, 2013. Disponível em <Disponível em http://www.educacao.pe.gov.br/portal/upload/galeria/4171/PCPE_VD_EDUCACAO_FISICA_EFM.pdf >. Acesso em: 3 fev. 2019.

PINHEIRO, Eliana Moreira; KAKEHASHI, Tereza Yoshiko; ANGELO, Margareth. O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 717-722, out. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 20 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500016>.

PINTO, Agnes Caroline Souza et al. Prática educativa com jovens usuários de crack visando a prevenção do HIV/AIDS. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160066, 2016. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300216&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 nov. 2018. Epub 14-Jun-2016. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160066>.

PINTO, Isabella Vitral et al. Tendências de situações de violência vivenciadas por adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, 2012 e 2015. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180014, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200416&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. Epub Nov 29, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.1>.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia; GUILHEM, Dirce; GOTTEMS, Leila Bernarda Donato. Jogo (IN)DICA-SUS: estratégia lúdica na aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 379-388, jun. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200014>.

PRUDENTE, Jéssica; TITTONI, Jaqueline. A pesquisa intervenção como exercício ético e a metodologia como paraskeuê. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 17-28, abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922014000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922014000100003>.

QUÉRÉ, Louis. De um modelo epistemológico da comunicação a um modelo praxiológico. In: FRANÇA, Vera Veiga; SIMÕES, Paula. *O modelo praxiológico e os desafios da pesquisa em comunicação*. Porto Alegre: Sulina, 2018.

RABELLO, LS. Estudo comparado Brasil e Canadá. In: *Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

RIBEIRO, Márcia Maria Rodrigues et al. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 43-54, Dec. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800043&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s403>.

ROCHA, Marisa Lopes da; AGUIAR, Katia Faria de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, dez. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 Jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.

RODRIGUES, Elisane Adriana Santos et al. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe4, p. 55-66, Dec. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800055&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s404>.

RODRIGUES, Juliana Martins e PEIXOTO, Carlos Augusto. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2014, v. 24, n. 01 [Acessado 24 Abril 2019], pp. 291-310. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100016>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000100016>.

ROSA, Edinete Maria et al. Violência urbana, insegurança e medo: da necessidade de estratégias coletivas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 826-839, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400005>.

SANTOS, Fernanda Gatez Trevisan dos et al. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 489-502, Apr. 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200489&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2019. Epub Aug 05, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912116>.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo. Tecnologia em saúde-Aspectos teóricos- Conceituais. In: SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; FROTA, Mirna Albuquerque; MARTINS, Aline Barbosa Teixeira. *TECNOLOGIAS EM SAÚDE: Da abordagem teórica a construção e aplicação do cuidado*. Fortaleza –CE, Ed.UECE, 2019, 482p. p.12-22. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/Ebook%20-%20Tecnologia%20em%20Saude%20-%20EBOOK.pdf>, Acesso 20 Abril de 2019.

SENICATO, Caroline; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, Aug. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802543&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018238.13652016>

SERPA, Eliane Amorim; LIMA, Ana Carollyne Dantas de; SILVA, Ângela Cristina Dornelas da. Terapia ocupacional e grupo hiperdia. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, v. 26, n. 3, p. 680-691, July 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2526-89102018000300680&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctore0784>.

SILVA, JORGE VIEIRA DA. A verdadeira paz: desafio do Estado democrático. *São Paulo Perspec.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 36-43, June 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

88392002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392002000200005>.

SIMÕES, A.V. Controle social na estratégia saúde da família: concepções e ações dos usuários e trabalhos de saúde [dissertação]. Jequié: Universidade

SORJ, Bila. Políticas sociais, participação comunitária e a desprofissionalização do careSocial policies, community participation and the deprofessionalization of care*. Cad. Pagu, Campinas, n. 46, p. 107-128, Apr. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332016000100107&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600460107>.

SOUSA, Lidiany Tributino de Sousa. LIMA, Fabiana Araújo. Sousa, Roberta Menezes. PARESQUE, Márcio Anderson Cardozo. CARVALHO, Waldyr Rilney Lima. Por uma nova promoção da saúde com arranjos participativos emancipatórios na estratégia saúde da família. In: CATRIB, Ana Maria Fontenelle. DIAS, Maria Socorro de Araújo. FROTA, Mirna Albuquerque Frota.(Org.) Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas-SP, Saberes editora, 2011, Cap.5, p.111-124.

SOUSA, Mauro. (2010). O pertencimento ao comum mediático: a identidade em tempos de transição. Significação: Revista de Cultura Audiovisual. 37. 31. 10.11606/issn.2316-7114. Disponível em: 2010.68112. Acesso 14 de Nov. 2019.

SULPINO, Patrícia de Maria. Conceito de Etnicidade: Breve revisão teórica”, de in Revista dos pós-graduandos de sociologia da UFPB n.º 02 – João Pessoa – Junho 2002 – ISSN 1518-9015.

SZYMANSKI, Heloisa; CURY, Vera Engler. A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica: pesquisa e prática psicológica. Estud. psicol. (Natal), Natal, v. 9, n. 2, p. 355-364, ago. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 jul. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000200018>.

TAVARES, R. C. O sentimento de pertencimento social como um direito universal. Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, v. 16, n. 108, p. 179-201, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/view/1984-8951.2014v15n106p179>. Acesso em: 14 março 2019.

TELES, Fernando; SANTOS, Larissa Medeiros Marinho dos; MARASCHIM, Cleci. Um Game Para A Psicologia Escolar: Proposições Teórico-Metodológicas Para A Construção De Um Artefato Lúdico-Educativo. Educ. rev., Belo Horizonte, v. 31, n. 1, p. 249-275, Mar. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982015000100249&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-4698121008>.

TELLES, José Luiz. A construção das políticas públicas nos espaços democráticos de participação cidadã: a violência contra pessoas idosas na agenda do movimento social. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2669-2671, Sept. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600003>.

TERRIS, M. Approaches to an epidemiology of health. *Am. J. Pub. Health*, [S.l], 1975.

_____. *Conceptos sobre Promoción de la salud: dualidades en la teoría de la salud pública*. Washington, D.C.: OPS, 1992.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

VAZ, A. C. de S.; ANDRÉ, B. P. Construindo identidade no espaço escolar: percepções de professores sobre o sentimento de pertencimento dos seus alunos e a construção da cidadania. *COLOQUIO INTERNACIONAL EDUCAÇÃO, CIDADANIA E EXCLUSÃO*, 4., 2015, Rio de Janeiro, Anais... Rio de Janeiro: Ceduce, 2015. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/ceduce/trabalhos/TRABALHO_EV047_MD1_SA7_ID575_19052015193150.pdf. Acesso em: 10 março 2019.

VEIGA, Luciana; GONDIM, Sônia Maria Guedes. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opin. Publica*, Campinas, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso 24 Jan. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762001000100001>.

VIEIRA, Júlia Lelis; ROMERA, Liana Abrão; LIMA, Maria Cristina Pereira. Lazer entre universitários da área da saúde: revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4221-4229, Dec. 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001204221&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Ago. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182312.31012016>.

ZALUAR, ALBA. Os medos na política de segurança pública. *Estud. av.*, São Paulo, v. 33, n. 96, p. 5-22, Aug. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Ago. 2019. Epub Aug 12, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-4014.2019.3396.0002>.

APÊNDICE

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a)

Eu, Igor Carneiro Gomes, responsável pela pesquisa intitulada, JOGO DA PAZ: Participação social no processo de construção de uma tecnologia leve em um território da Estratégia Saúde da Família, sob orientação do Prof. Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente, estamos lhe convidando para participar como voluntário deste estudo.

O objetivo principal desta pesquisa é construir uma tecnologia leve para auxiliar profissionais que desejam promover a paz. Acredita-se na relevância desse estudo por possibilitar o desenvolvimento de uma nova ferramenta para a promover saúde, subsidiando trabalhadores do sistema único de saúde que trabalham promovendo a paz. Para realização da pesquisa, será criado um grupo de 6 a 10 pessoas que participaram de dois encontros.

O primeiro encontro será destinado a produção de mapas conceituais sobre Cultura de paz, Jogo, Saúde e Violência, e logo após uma avaliação sobre esta vivência. O segundo encontro será destinado a construção coletiva de um jogo que promova a cultura de paz, suas regras e configurações e em seguida outra avaliação para registrar as percepções. Somente as avaliações serão gravadas em áudio para serem analisadas.

Ressalta-se ainda que você poderá obter todas as informações desejadas sobre este estudo. As informações concedidas durante este estudo serão sigilosas e respeitarão o que rege a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. É importante enfatizar ainda que seu nome não será em nenhum momento divulgado, e que o(a) senhor(a) tem o direito de pedir para retirar-se, sem causar nenhum transtorno ou malefício.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA, situado na Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº 150, Bairro Derby, CEP: 62041040. Sobral-Ceará. Telefone: 3677-4255. Como, pessoalmente na Rua Monsenhor Sabino Guimarães Loiola, nº304, Bairro Centro, CEP 62115-000. Forquilha-CE. Telefone: (88)993056664.

Desde já gostaríamos de agradecer a atenção a nós destinada e sua colaboração no estudo.

Atenciosamente,

Igor Carneiro Gomes

José Reginaldo Feijão Parente.

Eu, _____, portador do
RG: _____ li e/ou ouvi o
esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento
ao qual eu serei submetido (a). A explicação que recebi esclarece os riscos e
benefícios do estudo. Eu entendi que eu sou livre para interromper a minha
participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e
que isso não afetará o tratamento dele. Sei que meu nome não será divulgado, que
não terei despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo.

Sobral, _____ de _____ de 2019

Assinatura do participante

APÊNDICE B – ROTEIRO DO 1º GRUPO FOCAL

- ✓ Qual ou quais conceito(s) vocês tiveram mais facilidade?
- ✓ Qual ou quais conceito(s) vocês tiveram mais dificuldade?
- ✓ O que acharam da metodologia do mapa conceitual?
- ✓ Algum conceito pessoal, mudou após os mapas conceituais?
- ✓ Existe um conceito mais importante que o outro?
- ✓ Este processo de produção do mapa conceitual, promove a paz?

APÊNDICE C – ROTEIRO DO 2º GRUPO FOCAL

- ✓ Qual ou quais momento(s) vocês puderam colaborar na construção do jogo?
- ✓ Qual ou quais dificuldade(s) para colaborar com a construção?
- ✓ O processo de construção promove a cultura de paz?
- ✓ O jogo promove a cultura de paz?
- ✓ O jogo da paz pode ser utilizado na comunidade? Igrejas? Grupo de Jovens?
- ✓ O jogo tem faixa etária específica?
- ✓ Os profissionais da estratégia saúde da família reconhecem este jogo como uma tecnologia leve que é possível ser útil na promoção da cultura de paz?
- ✓ Quais das fases é importante? Conceitualização ou Construção?
- ✓ Faz parte do jogo a conceitualização e a construção?
- ✓ O que é o jogo da paz?
- ✓ O jogo tem um nome próprio?