

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

GABRIELA VILARINS BEZERRA

**A advocacia em saúde nas Diretrizes Curriculares
Nacionais de Saúde Coletiva**

2016

Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva

GABRIELA VILARINS BEZERRA

**A advocacia em saúde nas Diretrizes Curriculares
Nacionais de Saúde Coletiva**

Trabalho apresentado a Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências de Saúde, como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Saúde Coletiva

Orientadora: Maria Paula do Amaral Zaitune

2016

RESUMO

As Diretrizes Curriculares Nacionais apontam para os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas durante a trajetória acadêmica para a formação do profissional. Uma das competências esperadas de um sanitarista é a promoção da saúde, não só induzindo medidas e ações individuais, mas especialmente as de âmbito coletivo por meio de políticas públicas, que ainda configuram um desafio para a saúde. O objetivo desse estudo foi analisar as DCN dos cursos de Saúde Coletiva a fim de reconhecer se a advocacia em saúde está prevista e inserida como uma das competências a ser desenvolvida e requerida pelos futuros sanitaristas do Brasil. Trata-se de um estudo qualitativo, de análise documental cujo objeto de investigação foi a proposta das DCN dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva, em trâmite nas devidas instâncias para aprovação, e como referencial de análise, utilizado o manual das "Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP". Os resultados apontam para a presença de estratégias de advocacia em saúde nos três eixos, mas com algumas lacunas evidenciadas. Sinaliza também para o desafio de adequar os currículos dos cursos de Saúde Coletiva no sentido de formar um sanitarista com o olhar para as necessidades sociais e o exercício da equidade bem como reivindicador do direito à saúde e articulador com a população para estimular essa prática, ainda mais no contexto atual de ameaça e iminente perda da garantia de direitos em saúde.

Palavras Chave: Advocacia em Saúde, Competência Profissional, Saúde Pública, Promoção da Saúde

ABSTRACT

The National Curricular Guidelines point to the knowledge, skills and attitudes to be developed during the academic trajectory for professional training. One of the competencies expected of a physician is the promotion of health, not just inducing measures and individual actions, but especially the scope discourse through public policies, which still represent a challenge for the health. The objective of this study was to analyze the DCN of courses of Collective Health in order to recognize whether the advocacy in health is provided and inserted as one of the competencies to be developed and applied by future healthcare workers in Brazil. It is a qualitative study, analysis of documents whose object of investigation was the proposal of the DCN of graduate courses in Public Health, discussed in the appropriate forums for approval, and as a benchmark analysis, used the manual of "Core Competencies in Health Promotion - CompHP". The results indicate the presence of strategies of advocacy on health in three axes, but with some gaps identified. Signals also for the challenge of adapting the curricula of courses of Collective Health in order to form a sanitarian with the look to social needs and the exercise of equity as well as claimant the right to health and articulates with the population to encourage this practice, even more so in the current context of threats and imminent loss of warranty rights in health.

Keywords: Health Advocacy, Professional Competence, Public Health, Health Promotion

Introdução

Os cursos de graduação são norteados por diretrizes que auxiliam no direcionamento para a elaboração e implantação dos projetos pedagógicos dos cursos. A estes documentos de diretrizes para cada curso específico, dá-se o nome de Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos Cursos de Graduação e são sustentadas por diversas normativas que perpassam desde a Constituição Federal de 1988 à referências do Ministério da Educação, como o PNE, entre outros instrumentos legais.

As DCN apontam para os conhecimentos, habilidades e atitudes a serem desenvolvidas durante a trajetória acadêmica para a formação do profissional, no caso da graduação de Saúde Coletiva muitas das competências giram em torno da garantia do direito à saúde, já previsto em lei, e da evolução desse direito por meio do engajamento político e da elaboração de estratégias que contribuam para a melhoria do setor. Bem como é visada a formação crítica e reflexiva, que abarque conceitos como monitoramento e avaliação de políticas, vigilância em saúde, atuação em serviços e sistemas de saúde, dentre outras competências acadêmicas e profissionais.¹

Segundo Paim², a formação do profissional em saúde coletiva, que era apenas através da pós-graduação, precisou tornar-se mais específica e atender a demanda da reorientação do modelo assistencial vigente, bem como a expansão da estratégia de saúde da família, da vigilância em saúde e da ação intersetorial em saúde. Dessa forma, a necessidade de um profissional qualificado, com competências em saúde coletiva e não somente de órgãos públicos administrativos, favoreceu a criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva no país.

Diante desse contexto nasce um novo curso, com perspectivas de um novo profissional que tenha compromisso com a saúde da população e com a reorganização do modelo hegemônico de saúde do país. Uma das competências esperadas de um sanitarista é a promoção da saúde, não só induzindo medidas e ações individuais, mas especialmente as de âmbito coletivo por meio de políticas públicas, que ainda configuram um desafio para a saúde².

A promoção da saúde emerge como ampliação do conceito de saúde e resgata a perspectiva de relacioná-la às boas condições de vida, traduzidas pelas condições de moradia, renda, educação, alimentação, lazer, paz, ecossistema estável, justiça social e equidade³.

As bases conceituais e políticas da promoção da saúde foram desenvolvidas nas importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, desde Ottawa³ até Jacarta⁴ e seguiram ganhando insumos e modificações positivas ao longo de conferências posteriores que, somadas a outros estudos que se seguiram a respeito da estratégia de promoção da saúde, trouxeram inúmeros avanços conceituais e práticos para o tema⁵.

O modelo, para ser bem sucedido na elaboração e execução de propostas, depende de ações intersetoriais e integradas e requer responsabilização de diferentes atores, como do Estado, da comunidade, do indivíduo e dos sistemas de saúde⁶.

Diversos países contribuíram para a identificação e elaboração de competências em PS com o intuito de atender a demanda de um referencial teórico de atuação que fosse comum a todos os países. Destacou-se, assim, um projeto que resultou de uma oficina europeia da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde (UIPES),

publicado como "Desenvolvendo competências e padrões profissionais para a construção de capacidades e do fortalecimento institucional em promoção da saúde na Europa"⁷.

O manual CompHP - "Competências Principais em Promoção da Saúde" foi desenvolvido como parte desse projeto que teve início em 2009 com o financiamento da Executive Agency for Health and Consumers e articula 24 parceiros europeus de diferentes áreas.⁸ O manual apresenta 9 domínios, sendo que, para cada um destes domínios, são elencados os conhecimentos, habilidades e critérios de desempenho para alcançar as 46 competências esperadas de um promotor da saúde.

Um dos domínios, é a Advocacia em Saúde em que sujeitos engajados e ativos defendem seus interesses em causa (s) específica (s) e que podem, inclusive, influenciar na definição ou na implementação de políticas públicas⁹.

O termo advocacia em saúde pode estar associado à consolidação de outros conceitos da área da saúde, como o de promoção da saúde, intersectorialidade, gestão da clínica, sistemas integrados de saúde, controle social, participação popular e outros.¹⁰

A advocacia, então, é entendida como uma ferramenta de reivindicação do direito à saúde, sendo o agente o cidadão que luta por seus direitos, tornando-se um cidadão – advogado. Deve-se lembrar ainda que os profissionais da saúde também podem, e devem levar o conhecimento ao cidadão e/ou advogar por ele.

O termo advocacia tem suas origens do inglês *advocacy*¹¹ que se concretizou como o processo de reivindicações por meio de ações individuais ou coletivas para chamar a atenção das autoridades para as carências da sociedade. No Brasil a saúde é garantida como direito de todos e dever do Estado¹², portanto as reivindicações da advocacia em saúde permeiam a relação entre indivíduo e Estado.

Partindo desse conceito de relações de saúde no Brasil, pode-se considerar que aquele indivíduo que tiver qualquer demanda para o Estado, está apto a exercer a advocacia em saúde, seja ele leigo ou não. Quando um cidadão parte para a reivindicação do seu direito à saúde sai da condição de cidadão para a de cidadão-advogado.¹¹. Porém para que esse processo seja normalizado é necessário que o cidadão entenda de seus direitos e sinta-se empoderado a ponto de seguir as etapas da advocacia, montar estratégias e ações para garantir o direito que havia sido negado. É nesse ponto que entra em ação o profissional de saúde, disseminando informações necessárias à população a respeito dos seus direitos, da legislação e das estratégias cabíveis em cada caso. Porém, como salienta Germani¹³, apesar de muitos currículos apresentarem a inserção da promoção da saúde em suas diretrizes, essa formação em competências, especialmente da advocacia em saúde, ainda é incipiente.

Nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Saúde, que em sua maioria foram aprovadas em 2001 e 2002, percebe-se a tendência em afirmar que a formação do profissional de Saúde deve permear, dentre outras questões, o trabalho em equipe e a atenção integral a saúde¹⁴. Assim sendo, observou-se a necessidade de buscar e avaliar a presença de estratégias de atenção à saúde nas DCN, dentre elas a promoção da saúde e suas dimensões. O profissional de saúde ganhou um novo conceito com a reforma sanitária e passou a ser visto como promotor da saúde, e não apenas como curador de doenças, para tal, o modelo de formação também passou por mudanças, visando a formação de um profissional que atuaria na melhoria da qualidade de vida da população.

Diante do exposto, objetivou-se com este estudo, analisar as DCN dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva a fim de reconhecer se a advocacia em saúde, está prevista

e inserida neste documento como uma das competências a serem desenvolvidas e requeridas pelos futuros sanitaristas do Brasil.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou de análise documental para alcançar o objetivo proposto.

A análise documental é oportuna e apropriada para analisar documentos originais e de tipos diversos como objetos de investigação e que, em geral, ainda não tenham recebido análises aprofundadas ¹⁵.

Desta forma, para este estudo, o objeto de investigação foi a proposta em trâmite no Ministério da Educação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva (DCN)¹.

O documento das DCN dos Cursos de Saúde Coletiva contém 9 páginas e está dividida em quatro capítulos que tratam de assuntos pertinentes à formação do bacharel em Saúde Coletiva divididos em três eixos: Gestão em Saúde; Atenção à Saúde e Educação em Saúde.

Como referencial de análise, foi utilizada a versão resumida do manual "Competências Principais em Promoção da Saúde - CompHP"¹⁶, sendo este desenvolvido como parte do projeto "Desenvolvendo competências e padrões profissionais para a construção de capacidades e do fortalecimento institucional em promoção da saúde na Europa (CompHP – sigla em inglês)", financiado pelo União Europeia e produzido sob contratação da *Executive Agency for Health and consumers* (EAHC).

O CompHP teve o objetivo de padronizar as competências dos promotores de saúde, graduados ou pós-graduados em promoção da saúde ou alguma disciplina/curso relacionada.

Competência é uma palavra do senso comum utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar determinada tarefa¹⁷. As competências neste documento mencionadas são uma combinação de conhecimento, habilidades e valores essenciais e necessários para a prática da promoção da saúde e estão organizadas em nove domínios, são eles: possibilidade de mudanças; advocacia em saúde; parceria; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação; avaliação e pesquisa.

O domínio "Advocacia em saúde" refere-se a

"reivindicar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para ação em promoção da saúde"

As cinco competências apontadas no domínio "Advocacia em Saúde" no manual CompHP, são¹⁶:

Competência I: Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da promoção da saúde

Competência II: Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para desenvolver e manterem ações de promoção da saúde

Competência III: Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde

Competência IV: Reivindicar junto aos setores pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde

Competência V: Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em promoção da saúde

Por tratar-se de dados coletados em fontes secundárias e de domínio público, este estudo não necessitou de submissão ao comitê de ética em pesquisa.

Para alcançar o objetivo proposto, foram realizadas três etapas¹⁸:

A primeira consistiu em revisão de literatura, em que se adquiriu conhecimento do objeto de estudo, tanto em um conceito amplo quanto em suas particularidades. Nesta etapa, buscou-se o entendimento do conceito de advocacia e suas práticas, bem como sua necessidade na formação do profissional de Saúde Coletiva, além da leitura aprofundada da proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Saúde Coletiva.

A segunda etapa tratou-se da análise em si, ou seja, a busca nas DCN da palavra advocacia ou seus correlatos bem como identificar as competências relacionadas a este domínio.

Por fim, a terceira e última etapa consistiu na elaboração de um quadro, capaz de sintetizar e apresentar os resultados obtidos através da análise aprofundada do reconhecimento se a advocacia em saúde está prevista e inserida nas DCN.

O quadro que foi organizado levando-se em consideração cada uma das cinco competências apontadas no domínio "Advocacia em Saúde" pelo CompHP para o

profissional promotor de saúde e realizada a intersecção com as competências esperadas dos três eixos das DCN: Gestão em Saúde; Atenção à Saúde e Educação em Saúde.

Resultados e Discussão

Como o objetivo do presente estudo foi analisar as DCN dos cursos de Graduação em Saúde Coletiva a fim de reconhecer se a advocacia em saúde está prevista e inserida nas DCN, a elaboração do quadro como estratégia para facilitar a visualização e sistematização contou com as cinco competências do domínio "Advocacia em Saúde" do CompHP nas colunas e, nas linhas, com os três eixos das DCN: Gestão em Saúde; Atenção à Saúde e Educação em Saúde.

O documento das DCN do curso de Graduação em Saúde Coletiva prevê para cada um dos eixos, competências que devem ser desenvolvidas pelo sanitarista.

Desta forma, o conteúdo das intersecções entre linhas e colunas são os fragmentos de texto dispostos nas DCN¹ (Quadro 1).

O eixo Gestão em Saúde propõe desenvolver competências para a atuação em política, planejamento, gestão e avaliação de sistemas e serviços de saúde, por meio:

da Análise de políticas públicas relacionadas à saúde; do Planejamento, gestão e avaliação em sistemas e serviços de saúde; da Participação social em saúde; da Gestão do trabalho na saúde e da Regulação setorial e fiscalização em saúde.

Do eixo Atenção à Saúde, espera-se o

"desenvolvimento de competências para a atuação em ações multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na produção e proteção da qualidade de vida e da integralidade em saúde. Serão desenvolvidas as capacidades de atuação na organização das linhas de cuidado e redes de atenção, na vigilância em saúde, nas ações coletivas para a promoção da saúde individual e coletiva, nas ações de saúde ambiental de proteção da saúde coletiva e ações populacionais de proteção sanitária".

Por fim, o eixo Educação em Saúde aponta para o

"desenvolvimento de competências para a atuação em práticas pedagógicas, de desenvolvimento profissional, de mobilização popular e ativismo comunitário; para investigação e construção participativa de conhecimentos em saúde; para condução de programas formativos e de ensino em escolas de saúde ou centros e núcleos de educação permanente, assim como para prestar assessorias na área das ciências da saúde e ministrar aulas".

A palavra "advocacia" não apareceu nas DCN. No entanto, foram extraídos fragmentos de texto (Quadro 1) nos três eixos das DCN em que estão contidas de forma "indireta" o seu sentido e suas ações.

Quadro 1: Intersecção entre competências do domínio "Advocacia em Saúde" do manual CompHP e eixos de conhecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Saúde Coletiva.

	COMPETÊNCIA I	COMPETÊNCIA II	COMPETÊNCIA III	COMPETÊNCIA IV	COMPETÊNCIA V
	Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da promoção da saúde	Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para desenvolver e manterem ações de promoção da saúde	Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde	Reivindicar junto aos setores pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde	Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em promoção da saúde
Gestão em Saúde	“O desenvolvimento da competência da Participação Social em Saúde envolve a elaboração de metodologias participativas para o planejamento e desenvolvimento de ações em saúde ” (art.10)	“Articulação de segmentos e atores”(art.8) Análise da conjuntura e identificação dos atores implicados na produção da saúde (art.8)	—	“Avaliação e monitoramento do desempenho e das respostas dos sistemas e serviços de saúde” (art.9)	“Elaboração de normas e procedimentos para a fiscalização e controle das ações dos setores complementar e suplementar ao SUS” e “Monitoramento e avaliação de ações, serviços, redes e sistemas do componente privado e suplementar ao SUS” (art.12)
Atenção à Saúde	“Identificação das necessidades de promoção da saúde junto aos usuários dos serviços sanitários ou outros educadores sociais, profissionais e ocupações de saúde em geral” (art.17)	“Desenvolvimento de estratégias interativas para a disseminação de práticas de proteção à saúde” (art.17)	“Sistemas de informação, divulgação e comunicação relativos à saúde em populações” (art.16)	—	“Desenvolvimento de ações de promoção da saúde em diferentes serviços de saúde e outros cenários de atuação, com ênfase no compartilhamento de conhecimentos (art.17)
Educação em Saúde	—	—	“Desenvolver estratégias e tecnologias sociais de ação em saúde” (art.21)	“Identificar parceiros e colaboradores para práticas de educação, pesquisa e desenvolvimento, mobilizando equipes para pesquisa-intervenção, pesquisa-ação e estudo-ação.” (p.8.art.20)	“Implementar estratégias de educação popular em saúde, no estímulo à ação comunitária em projetos de vida e saúde, cultura e saúde, movimento social e saúde, luta por direitos em saúde e enfrentamento das desigualdades em saúde.” (art.21) “Produzir materiais técnico-científicos, educativos e organizar eventos de divulgação, comunicação e educação em saúde” (art.22)

Fonte: Elaboração pelos autores

Com a estruturação do quadro, observou-se que alguns eixos não contemplam todas as competências de advocacia em saúde propostas no manual CompHP. Porém, apesar de não anunciar de forma direta a expressão “advocacia em saúde” ou mesmo a palavra “advocacia” existe, dentre as ações propostas nas DCN, uma articulação favorável com aspectos essenciais das ações pertinentes à advocacia em saúde propriamente dita.

Vale lembrar que alguns trechos poderiam ser alocados em mais de uma intersecção" entre eixo e competências. No entanto, os autores optaram pelo que mais lhes pareceu adequado.

Competência I

Segundo Dallari¹¹, os direitos sociais não são obtidos por concessão espontânea, mas conquistados pelas classes menos favorecidas. O direito a saúde é legitimado como universal pela Constituição brasileira de 1988^{12,19}, porém ainda não são todos os grupos sociais que tem seu direito à saúde garantido de fato, nesse contexto a advocacia em saúde baseia-se na reivindicação desse direito que não está sendo respeitado. Um fragmento do texto das DNC encontrados no artigo 10, referente ao eixo Gestão em Saúde e a competência I do manual compHP, que trata da necessidade da reivindicação à luz dos princípios da PS, traz a necessidade de desenvolver a Participação Social atrelada aos princípios da promoção da saúde, bem como da intersetorialidade e das ações multi estratégicas do trabalho em equipe²⁰. A participação social, embora esteja prevista na lei, é um processo que depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos.²¹ É a lei 8.142/1990²² que dispõe sobre a participação social no SUS, fortalecendo o espaço para o engajamento da população no controle social do

SUS. Ainda referente à competência I, no eixo Atenção à Saúde, o trecho extraído do artigo 12 traz a importância de identificar as necessidades para construir valores em saúde, que Dallari¹¹ destaca como sendo a primeira etapa do processo da advocacia, chamando de “*clareamento do problema*”, seguida da coleta de dados e elaboração de estratégias. Dallari¹¹ ainda retifica que o papel da universidade é criar valores. Referente à competência I não foi identificado nenhum trecho que contemplasse o texto da competência no eixo Educação em Saúde.

Competência II

A competência II contemplada no eixo Gestão em Saúde, diz respeito à necessidade de articular com atores-chaves para a formulação de políticas, estratégias e programas de saúde. No trecho encontrado no artigo 8, percebe-se a preocupação em evidenciar que o futuro bacharel em Saúde Coletiva deva saber analisar quais são os atores implicados na promoção da saúde e na necessidade de buscar uma corresponsabilização dos mesmos, para que sejam feitas ações de saúde com mecanismos adequados e decisões democráticas. Parte da estratégia do processo da advocacia em saúde é justamente conquistar o apoio de instâncias decisórias e influir sobre autoridades para reivindicar direitos de saúde⁹. No eixo Atenção à Saúde o trecho que traz um entendimento aproximado da competência II, diz respeito a necessidade de desenvolver estratégias com a interação de atores para disseminar práticas de proteção à saúde, que inclui, entre outras, identificar fatores geradores de desigualdades e intervir para minimizá-los. Referente à competência II não foi identificado nenhum trecho que contemplasse o texto da competência no eixo Educação em Saúde.

Competência III

No eixo Gestão em Saúde, não foi encontrado nenhum trecho que fizesse referência à competência III, que diz respeito a sensibilizar a opinião pública, dessa forma diversos fatores poderiam ser utilizados como mecanismos para esse objetivo, incluindo a mídia, ações interativas com a comunidade ou ainda palestras e cursos com conteúdo referente a assuntos de saúde. No eixo Atenção à Saúde destacou-se um trecho no artigo 16 que trata justamente da utilização de sistemas de informação e da comunicação para divulgar aspectos da saúde. No eixo Educação em Saúde o trecho do artigo 21 salienta a necessidade de desenvolver tecnologias sociais em saúde, a razão das tecnologias sociais é atender as demandas vividas e identificadas pela população, além de terem a participação, aprendizado e apropriação da população e outros atores, ou seja, são tecnologias pensadas pela e para a população. Rodrigues e Barbieri²³ ainda trazem outros critérios das tecnologias sociais tais como: “Construção do conhecimento: há produção de novos conhecimentos a partir da prática; Sustentabilidade: a tecnologia social visa à sustentabilidade econômica, social e ambiental; ampliação de escala: gera aprendizagem que serve de referência para novas experiências”.

Competência IV

A competência IV afirma a necessidade do profissional de saúde de agir junto aos setores para o desenvolvimento de políticas e diretrizes que diminuam as iniquidades de saúde. Equidade é um dos princípios do SUS garantido por lei na Constituição brasileira^{12,19} e busca garantir que os serviços de saúde sejam adequados aos diferentes grupos sociais, de forma a atender a demanda populacional. No eixo

Gestão em Saúde os trechos extraídos do artigo 9 trata da necessidade de monitorar os resultados dos sistemas e serviços de saúde com base nos princípios do sus, para garantir que haja efetividade nos processos de saúde e que estão sendo respeitados os direitos da população, a universalidade, equidade e integralidade do sistema único de saúde brasileiro. O artigo 9, trata ainda, do apoio à gestão setorial nessa fiscalização dos serviços. A advocacia também é vista como um processo de reivindicação de direitos, ou a atividade de um grupo, visando a influir na definição ou na implementação de uma política pública⁹. Sendo o monitoramento e a avaliação etapas da implementação de políticas públicas. No eixo Atenção à Saúde não foi encontrado trecho que remetesse à competência em questão. No eixo Educação em Saúde o trecho do artigo 20 traz a conveniência de se formar parcerias para práticas de educação e conceitos como a pesquisa-ação que se trata principalmente de uma estratégia para o desenvolvimento de professores e pesquisadores de modo que eles possam utilizar suas pesquisas para aprimorar seu ensino e, em decorrência, o aprendizado de seus alunos²⁴.

Competência V

O artigo 199 da Constituição Federal¹² prevê a participação da iniciativa privada como complementar à assistência à saúde do sus, desde que seja efetuada dentro das diretrizes do sistema e das normas contidas na lei, à saber:

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Portanto, as atividades resultantes desse modelo de assistência devem ser fiscalizadas, uma vez que deve ser priorizada a saúde da população e jamais interesse financeiro, estando esse vedado pela lei. Também é importante a necessidade de órgãos com representatividade do governo, de profissionais da saúde e da comunidade. Um dos papéis desses órgãos é justamente a fiscalização das ações implantadas, dos recursos disponíveis e até mesmo a capacitação da população para reivindicar seus direitos. Os conselhos de saúde, por exemplo, são instrumentos que viabilizam a participação popular no SUS de forma democrática, afirmando assim o modelo pensado na Reforma Sanitária, onde se propôs que o controle social, entre outros elementos, seria importante para garantir o direito universal a saúde de forma igualitária assegurando ativa participação da comunidade na fiscalização dos serviços de saúde.²⁵ No eixo Atenção à Saúde o trecho do artigo 17 dispõe sobre a necessidade de compartilhar os conhecimentos de saúde com os próprios usuários dos serviços, através de ações coletivas e atividades sócio interativas. O empoderamento é parte intrínseca do processo de advogar pela saúde, para que qualquer cidadão seja um advogado da saúde, este necessita primeiramente compreender o seu espaço, assim é de extrema importância que o conhecimento a respeito de assuntos da saúde chegue à população. O profissional passa a ser o facilitador do empoderamento da comunidade.¹³ No eixo Educação em Saúde o trecho do artigo 21 traz a questão de incentivar a educação popular em saúde, em projetos que mesquem cultura, saúde, movimentos sociais e a luta/reivindicação por direitos.

Seria relevante que o bacharel em Saúde Coletiva participasse do desenvolvimento de estratégias que legitimassem essa interação entre a saúde pública e a população, através de políticas e programas que promovam essa prática. Existe uma

preocupação para que o processo de conhecimento e expansão de saberes seja uma troca mútua entre o profissional e a comunidade. Um exemplo seria a Política de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), publicada em 2006, onde se destacam a Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia e a Medicina Antroposófica, além de outras práticas complementares de saúde que são advindas de raízes culturais e que podem aproximar a população da saúde pública.²⁶ No trecho do artigo 22 percebe-se a necessidade não só de produzir esse material de conhecimento mútuo junto à comunidade mas também de divulgá-lo usufruindo da comunicação em saúde.

Considerações Finais

Muitos autores concordam que o debate sobre competências profissionais, principalmente no âmbito da PS e em especial na área de Advocacia em saúde é incipiente, tanto no meio acadêmico como no meio profissional, apesar de evidenciar avanços nos últimos anos, como a própria Política Nacional de Promoção da Saúde²⁷, e também após organizações mundiais colocarem a saúde no centro de suas preocupações como nas metas de desenvolvimento do milênio²⁸.

Os resultados apontam que as DCN para os cursos de Saúde Coletiva apresentam estratégias de advocacia em saúde nos três eixos. Este fato é positivo por esperar que um sanitarista seja também um reivindicador do direito à saúde e articule com a população para estimular essa prática.

No entanto, algumas competências estão pouco "representadas" nas DCN. Lacunas são observadas nos três eixos, mas principalmente no eixo educação em saúde

que aparece nas DCN com competências voltadas para o processo pedagógico e não apresenta muitas estratégias de coletividade, como a promoção da saúde.

Portanto, as DCN, ao serem aprovadas pelo MEC, sinalizarão para o desafio de se pensar e adequar os currículos dos cursos de Saúde Coletiva no sentido de atender o desenvolvimento destes conhecimentos, habilidades e atitudes em advocacia em saúde que muito favorecerão o olhar para as necessidades sociais e o exercício da equidade em saúde.

Ademais, em tempos de austeridade fiscal e no contexto atual de ameaça aos direitos trabalhistas, previdenciários e sociais à saúde faz-se ainda mais necessário e pertinente a formação de profissionais com a competência do advocacy, para o fortalecimento da participação de diferentes atores para influenciar a sociedade e os poderes executivo, legislativo e judiciário em prol da luta pelos assuntos de interesse público. Pois a tendência atual é que se pense saúde inserida em todos os setores, pois a PS expande o conceito de saúde para outras áreas, como sociais e econômicas, então é necessário que se pense saúde nesses setores.²⁷

Referências Bibliográficas

1. Abrasco Fórum de Graduação em Saúde Coletiva. Minuta das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em saúde coletiva. 2016:1-9. Documento não publicado.
2. Paim JS. O objeto e a prática da Saúde Coletiva: o campo demanda um novo profissional? Salvador: ISC/UFBA, 2002.
3. Carta de Ottawa. Documento resultante da Primeira Conferência Global de Promoção da Saúde de Ottawa, Canadá, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2016.
4. Declaração de Jacarta. Documento resultante da Quarta Conferência Global de Promoção da Saúde de Jacarta, República de Indonésia, julho de 1997. Disponível em:

- http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf> . Acesso em: 20 de maio de 2016.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 5(1):163-177, 2000.
 6. Czeresnia D; Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
 7. Pinheiro DGM, et al. Competencies em promoção da saúde: desafios da formação. *Saúde Soc.* [s.l.]; mar. 2015 24(1): 180-188. Fapunifesp (scielo). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902015000100014>.
 8. Tusset D. Competências em promoção da saúde no programa saúde na escola no distrito federal. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Educação Física, Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
 9. Canel RC; Castro CGJ. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da Saúde. *Revista de Direito Sanitário*. São Paulo; mar./jun. 2008. 9(1): 74-85.
 10. Andrade, RD; Mello, DF; Silva, MAI; Ventura, CAA. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão de literatura. *Ver. Bras. Enferm. Brasília*. 2011; 64(4): 738-744.
 11. Dallari SG; Barber-madden R; Torres-fernandes MC; Shuquair, NSMSAQ; Watanabe HA. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, abr. 1996; 30(6): 592-601.
 12. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF: Senado, 1988.
 13. Germani ACCG; Aith, F. Advocacia em promoção da saúde: Conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. *R. Dir. Sanit., São Paulo*, mar./jun. 2013; 14(1): 34-59.
 14. Mello ALSF de; Moyses ST; Moyses SJ. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface: Comun. Saúde Educ.* Botucatu, sept. 2010; 14(34):683-692.
 15. Sá-silva JR.; Almeida CD; Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, n. 1, 2009.
 16. Dempsey C; Battel-Kirk B; Barry MM. e os Parceiros do Projecto comphp (2011), Competências Principais em Promoção da Saúde - comphp, Versão Resumida. IUHPE, Paris.
 17. Fleury MTL; Fleury A. Construindo o Conceito de Competência. *RAC, Edição Especial*. 2001; 183-196.
 18. Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa Social (Org.). Teoria, Método e Criatividade*, Petrópolis: Vozes. 2002.
 19. BRASIL. Relatório Final da 8ª Conferencia de Saúde. 1886. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em: 15 de março de 2016.
 20. SÍCOLI JL; Nascimento PR. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface: Comunic, Saúde, Educ*, 2003; 7(12): 91-112.
 21. Rolim LB; Cruz, RSBL; Callou; Sampaio, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, mar. 2013; 37(96): 139-147.

22. Brasil. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.
23. Rodrigues I; Barbieri JC. A emergência da tecnologia social: revisitando o movimento da tecnologia apropriada como estratégia de desenvolvimento sustentável. Rev. Adm. Pública, Rio de Janeiro, dez. 2008, 42(6): 1069-1094. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122008000600003>.
24. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. Educ. Pesqui. Trimestral. Traduzido por: Lólio Lourenço de Oliveira. São Paulo, set/dez. 2005; 3(31): 443-466.
25. Oliveira FS de. Controle social no sistema único de saúde - SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. Prima Facie: international Journal, Paraíba, 2007; 6(11): 76-90.
26. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tiragem: 1.^a edição – 2006, p, 92. ISBN 85-334-1208-8. <Http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>. Acesso em: 20 de janeiro de 2016
27. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: MS; 2006.
28. Carta de Bangkok. Documento resultante da Sexta Conferencia Global de promoção da Saúde, Bangkok, Tailândia, agosto, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>> Acesso em: 15 de março de 2016.