

Design Decolonial para políticas públicas

um instrumento de promoção da equidade
e participação para Saúde Digital

Lara Liz Freire

Orientadora
Virgínia Tiradentes Souto

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

FF866d Freire, Lara Liz
Design decolonial para políticas públicas: um instrumento
de promoção da equidade e participação para Saúde Digital /
Lara Liz Freire; orientador Virgínia Tiradentes Souto. --
Brasília, 2024.
231 p.

Dissertação(Mestrado em Design) -- Universidade de
Brasília, 2024.

1. Design Decolonial. 2. Políticas Públicas. 3. Saúde
Digital. 4. Design Participativo. 5. Participação Social. I.
Tiradentes Souto, Virgínia, orient. II. Título.

Às minhas mais velhas.
Às mulheres negras,
e a nossa luta.

Agradecimentos

Agradeço à Xangô e Iansã, por guiarem minhas ações, meus instintos e meus pensamentos. Exalto Ogum e Exu por guardarem meu caminho e me fortalecerem nas batalhas.

À minha família, meus pais Verusa e Robson, que sempre encorajaram minha inconformidade com as desigualdades do mundo. Aos meus avós Rejane e Domingos, minha irmã Elis e minha madrinha Perla que sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Design da Universidade de Brasília, que possibilitou a realização desse estudo e na minha formação acadêmica. Agradeço aos professores do departamento de design em nome da professora Nayara Moreno que me despertou o amor pelo Design ainda na graduação, agradeço a professora Renísia Cristina Garcia Filice por me apresentar as perspectivas decoloniais no âmbito das políticas públicas que nortearam esse trabalho, agradeço em especial, minha orientadora Virgínia Tiradentes Souto pela parceria, inspiração e cumplicidade nas descobertas, desafios em toda a construção desse trabalho.

Agradeço a Paula Xavier, Thaís Lucena e Rebeca Feltrin, que me orientaram e evoluíram esse processo comigo. Aos meus parceiros e amigos que foram fundamentais em cada um desses experimentos Flora Morais, Vinicius Mrad, Larissa Mangabeira, Mariana Leal, João Lopes, Adriano Santiago, Kelly Britto, Marcos Vinícius, Carolina Cosme, Vanderson Brito Huni Kui e Blanda Mello. Aos meus amigos do mestrado que dividiram comigo a jornada da linha de design, interação e informação Aline, Gabryel, Gustavo, Lucas e Bruno.

Agradeço principalmente a todos os participantes das oficinas, em especial aos movimentos sociais, associações de moradores e membros da comunidade que desviaram sua rotina para construir propostas de mudança para as políticas públicas para transformar a realidade do Brasil.

Resumo

A Saúde Digital tem se mostrado uma oportunidade cada vez mais significativa para promover a equidade na saúde pública. Alcançá-la está intrinsecamente ligado à participação social e à democratização dos espaços de decisão na formulação de políticas públicas. Nesse contexto, as práticas decoloniais em design surgem como uma abordagem para enfrentar as narrativas hegemônicas que perpetuam o legado colonialista e mantêm relações de poder desiguais. O Design participativo também se apresenta como uma abordagem que conta com práticas colaborativas, inclusivas e que promovem a pesquisa. Com isso, foram realizados dois experimentos, o primeiro deles denominado equidade para as trabalhadoras do SUS que contou com a aplicação do Double Diamond como método. O segundo experimento que teve como tópico a equidade étnico-racial para saúde digital, utilizou a abordagem espaço seguro das práticas decoloniais em design. Considerando o histórico da equidade e participação na saúde pública do Brasil, em especial nos assuntos ligados a inovação e tecnologia, esta pesquisa visou experimentar a implementação do instrumento design decolonial para políticas públicas como ferramenta de promoção de equidade e participação para o Programa SUS Digital. O comprometimento com a democracia, o conhecimento situado produzido localmente, a protagonização das vozes periféricas, o enfrentamento às desigualdades sociais e a flexibilidade e consistência metodológica foram estabelecidos como princípios norteadores. Para validação, o instrumento foi implementado na oficina que teve como intuito a transformação digital em saúde para favela da Maré, num espaço de colaboração envolvendo a comunidade em seu território. Após evoluções o instrumento se desenvolve em cinco etapas: preparação, imersão e descoberta, criação, prototipação, teste e ampliação. Assim, ele oferece alternativas para aumentar a efetividade das políticas públicas, baseando-se na participação ativa dos usuários finais e atores envolvidos por meio de processos democráticos de design.

Palavras-chaves: Design Decolonial, Políticas Públicas, Saúde Digital, Design Participativo, Participação Social.

Abstract

Digital Health has increasingly proven to be a significant opportunity to promote equity in public health. Achieving this is intrinsically linked to social participation and the democratization of decision-making spaces in public policy formulation. In this context, decolonial design practices emerges as an approach to confronting hegemonic narratives that perpetuate the colonial legacy and maintain unequal power relations. Participatory design also presents itself as an approach that encompasses collaborative, inclusive practices that promote research. Consequently, two experiments were conducted. The first, titled "Equity for SUS Workers," applied the Double Diamond method. The second experiment, focusing on ethnic-racial equity in digital health, utilized the safe space approach from decolonial design practices. Considering Brazil's history of equity and participation in public health, especially in matters related to innovation and technology, this research aimed to experiment with the implementation of the decolonial design tool for public policies as a means of promoting equity and participation for the SUS Digital Program. Commitment to democracy, locally produced situated knowledge, the protagonism of peripheral voices, the confrontation of social inequalities, and methodological flexibility and consistency were established as guiding principles. For validation, the tool was implemented in a workshop aimed at digital health transformation for the Maré favela, in a collaborative space involving the community in its territory. After developments, the tool evolved into five stages: preparation, immersion and discovery, creation, prototyping, testing and scaling. Thus, it offers alternatives to increase the effectiveness of public policies, based on the active participation of end-users and stakeholders through democratic design processes.

Keywords: Decolonial Design, Public Policies, Digital Health, Participatory Design, Social Participation.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. TRABALHOS POR ANO DE PUBLICAÇÃO.....	29
FIGURA 2. ÁREAS DE PESQUISA SCOPUS.....	30
FIGURA 3. ÁREAS DE PESQUISA WEB OF SCIENCE.....	30
FIGURA 4. PAÍSES QUE MAIS PUBLICARAM SOBRE O TEMA.....	31
FIGURA 5. REDE DE CO-CITAÇÃO.....	32
FIGURA 6. FREQUÊNCIA DE PALAVRAS-CHAVE NA SCOPUS.....	33
FIGURA 7. FREQUÊNCIA DE PALAVRAS-CHAVE NA WEB OF SCIENCE.....	34
FIGURA 8. RELEVÂNCIA E RELAÇÃO ENTRE AS PALAVRAS-CHAVE.....	35
FIGURA 9. O PROCESSO HCD. FONTE: IDEO, 2023.....	41
FIGURA 10. ETAPAS DO DUPLO DIAMANTE.....	42
FIGURA 11. FASES DO DESIGN THINKING DE SERVIÇOS.....	43
FIGURA 12. DESIGN SPRINT.....	45
FIGURA 13. PROCESSO DE APLICAÇÃO DO SAFE SPACE.....	51
FIGURA 14. FOTOS OFICINA DE EQUIDADE PARA AS TRABALHADORAS DO SUS.....	68
FIGURA 15. INTERFACES DO APLICATIVO EQUIDADE SUS.....	74
FIGURA 16. FOTOS DA OFICINA DE EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL PARA SAÚDE DIGITAL.....	77
FIGURA . ESTRUTURA DO DESIGN DECOLONIAL PAPRA POLÍTICAS PÚBLICAS.....	95

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. TRABALHOS MAIS CITADOS SOBRE DESIGN E DEMOCRACIA.....	27
TABELA 2. PARÂMETROS DO DESIGN PARTICIPATIVO.	39
TABELA 3. CRITÉRIOS DE PROGRAMAS ORIENTADOS POR MISSÕES PARA POLÍTICA DE INOVAÇÃO.	65
TABELA 4. PROGRAMAÇÃO OFICINA DE INOVAÇÃO EQUIDADE PARA AS TRABALHADORAS DO SUS	70
TABELA 5. DIA 1 – EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL PARA SAÚDE DIGITAL.....	79
TABELA 6. DIA 2 - EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL PARA SAÚDE DIGITAL.....	80
TABELA 7. DIA 3 - EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL PARA SAÚDE DIGITAL.....	81
TABELA 8. DIA 4 - 22 DE SETEMBRO DE 2023 – 08H30 AS 11H30.....	81
TABELA 9. COMPARAÇÃO DE ELEMENTOS ENTRE OS EXPERIMENTOS.....	88
TABELA 10. PRINCÍPIOS DO DESIGN DECOLONIAL PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.	94
TABELA 11- FERRAMENTAS DE AMBIENTAÇÃO PARA OFICINA.....	97
TABELA 12. FERRAMENTAS DE IMERSÃO E DESCOBERTA.....	98
TABELA 13.FERRAMENTAS DE CRIAÇÃO	98
TABELA 14. FERRAMENTAS DE PROTOTIPAÇÃO.....	99
TABELA 15. DIA 1 – TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE DIGITAL PARA FAVELA DA MARÉ	101
TABELA 16. DIA 2 - TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE DIGITAL PARA FAVELA DA MARÉ.....	102
TABELA 17. DIA 3 - TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE DIGITAL PARA FAVELA DA MARÉ.....	102
TABELA 18. DIA 4 - TRANSFORMAÇÃO EM SAÚDE DIGITAL PARA FAVELA DA MARÉ.....	103
TABELA 19. AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DE MISSÕES ORIENTADAS PARA POLÍTICAS DE INOVAÇÃO.....	113
TABELA . AVALIAÇÃO SOB A PERSPECTIVA DOS PRINCÍPIOS DO DESIGN DECOLONIAL PARA POLÍTICAS PÚBLICAS.....	115

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABRASCO** - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ACS** - Agente Comunitário em Saúde
- ADAPS** - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
- AGSUS** - Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS
- AME** - Associação de Mulheres pela Equidade
- AMN** - Associação de Mulheres Negras do Acre
- AMPPAAC** - Associação de Moradores, Produtores Rurais, Pescadores e Aquicultores do Estado do Acre
- ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar
- Anvisa** - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
- CAPS** - Centros de Atenção Psicossocial
- CGIIS** - Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- COGIIS** - Coordenação de Gestão de Políticas e Inovação em Informática em Saúde
- CONASS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- CONASSEMS** - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
- CPF** - Certificado de Pessoa Física
- DATASUS** - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
- TIC** - Tecnologia da Informação e Comunicação
- DIFIIS** - Divisão de Prospecção e Projetos de Inovação em Informática em Saúde
- EAD** - European Academy Design
- TCU** - Tribunal de Contas da União
- ENAP** - Escola Nacional de Educação pública
- SERPRO** - Serviço Federal de Processamento de Dados
- DATAPREV** - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência
- RNDS** - Rede Nacional de Dados em Saúde
- ESD** - Estudo de Saúde e Desenvolvimento
- MS** - Ministério da Saúde
- FENAMI** - Frente Nacional pela Saúde de Migrantes

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

FONATRANS - Fórum Nacional de Travestise Transexuais Negras e Negros

GM/MS - Gabinete do Ministério da Saúde

GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional

HAOC - Hospital Alemão Oswaldo Cruz

IBRAT - Instituto Brasileiro de Transmasculinidade

LGBTQIAP+ - Lésbicas, Gays, Bi, Trans, Queer/Questionando, Intersexo, Assexuais/Arromânticas/Agênero, Pan/Pôli e mais

MIR - Ministério da Igualdade Racial

MMC - Movimento de Mulheres Camponesas

PNAISM - A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNIIS - Plano Nacional de Implantação da Informática na Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

DSS - Determinantes Sociais de Saúde

PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

RENAFRO - Rede Nacional de Religiões Afro-Brasileiras e Saúde

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar

SEIDIGI - Secretaria de Informação e Saúde Digital

SEPAR - Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas e Combate e Superação do Racismo

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção à Igualdade Racial

SESAI - Secretaria de Saúde Indígena

SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SISREG - Sistema de Regulação assistencial

SNCPC - Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares

SNIS - Sistema Nacional de Informação em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVSA - Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

RESUMO	4
ABSTRACT	6
SUMÁRIO.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	13
1.1. PROBLEMA.....	14
1.2. MOTIVAÇÃO.....	15
1.3. OBJETIVOS	17
1.4. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	17
2. DESIGN, DECOLONIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	21
2.1. DESIGN E DEMOCRACIA.....	21
2.1.1. <i>Design e Democracia: uma revisão sistemática</i>	24
2.1.2. <i>Metodologias participativas do Design</i>	37
2.2. DESIGN E DECOLONIALIDADE.....	46
2.2.1. <i>Design de/com/para o Sul Global</i>	46
2.2.2. <i>Design Decolonial</i>	48
3. EQUIDADE E SAÚDE DIGITAL	53
3.1. PARTICIPAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS.....	53
3.2. EQUIDADE NA SAÚDE PÚBLICA	55
3.3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIGITAL.....	60
3.3.1. <i>PNIIS</i>	62
3.3.2. <i>Estratégia de Saúde Digital 20-28</i>	63
3.4. TECNOLOGIA, INOVAÇÃO E POLÍTICA.....	64
4. PERCURSO DE CRIAÇÃO DO INSTRUMENTO DESIGN DECOLONIAL PARA O PROGRAMA SUS DIGITAL.....	67
4.1. EXPERIMENTO 1 - EQUIDADE E SAÚDE DIGITAL PARA AS TRABALHADORAS DO SUS	67
4.1.1. <i>Política Pública: Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde</i>	68
4.1.2. <i>Método</i>	70
4.1.3. <i>Procedimentos e resultados</i>	71
4.2. EXPERIMENTO 2 - EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL PARA SAÚDE DIGITAL.....	75
4.2.1. <i>Política Pública: Conecte SUS</i>	78
4.2.2. <i>Método</i>	78
4.2.3. <i>Procedimentos e resultados</i>	82
4.3. RECOMENDAÇÕES.....	88
5. DESIGN DECOLONIAL PARA POLÍTICAS PÚBLICAS	91

5.1. PROGRAMA SUS DIGITAL	91
5.2. O INSTRUMENTO.....	93
5.3. TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EM SAÚDE PARA FAVELA DA MARÉ	99
5.3.1. Método	101
5.3.2. Procedimentos e resultados.....	103
5.3.2.1. Saúde Mental.....	105
5.3.2.2. Acesso a Serviços e Informações de Saúde.....	108
5.3.2.3. Saúde da Mulher	111
5.4. ANÁLISE E VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO.....	113
5.5. O POTENCIAL DO DESIGN DECOLONIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DIGITAL	119
6. CONCLUSÃO.....	122
7. REFERÊNCIAS.....	124
8. ANEXO 1.....	133
10. ANEXO 2	136
11. ANEXO 4	160
12. ANEXO 5	163
13. ANEXO 6	166
14. ANEXO 7	172
15. ANEXO 8	193
16. ANEXO 9	212

1. Introdução

A Saúde Digital emergiu como uma ferramenta crucial para promover a equidade na saúde pública, oferecendo soluções inovadoras que podem transformar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. No entanto, alcançar essa equidade requer mais do que apenas a implementação de tecnologias avançadas, é essencial uma participação ativa e inclusiva da população nas decisões que moldam essas políticas (Abers, Serafim & Tatagiba, 2014). A democratização dos espaços de decisão é fundamental para garantir que as vozes das comunidades marginalizadas sejam ouvidas e consideradas, assegurando que as políticas públicas de saúde digital atendam efetivamente às necessidades de todos, especialmente dos mais vulneráveis.

A construção da sociedade moderna revela a persistência da colonialidade nas estruturas sociais dos países que passaram por processos de descolonização (Brand, 2011). Essa continuidade se manifesta de diversas formas, incluindo a sobreposição de desigualdades relacionadas à cor, raça e gênero (Wahab, 2008). Isso aponta a necessidade de analisar políticas do ponto de vista da interseccionalidade em grupos vulnerabilizados como pobres, negros, mulheres, pessoas LGBTQIAP+, praticantes de religiões de matriz africana, e pessoas do campo (Botelho & Nascimento, 2016). Um dos grupos mais vulneráveis a essas desigualdades são as mulheres negras de baixa renda, que enfrentam discriminação significativa, inclusive no âmbito da saúde (Werneck, 2016).

A formulação de políticas públicas é profundamente influenciada por aqueles que detêm o poder de decisão e implementação (Souza, 2006). As limitações dos decisores públicos, como informações incompletas, tempo restrito e interesses próprios, frequentemente resultam na exclusão das necessidades das pessoas marginalizadas. Este contexto destaca a importância do design participativo, que se vincula a processos democráticos ao colocar os beneficiários como atores principais na elaboração de projetos. No entanto, há uma lacuna na aplicação prática dessa participação ativa em políticas públicas, especialmente no que diz respeito à saúde digital.

Nesse sentido as tecnologias como artifícios políticos modernos, podem incorporar formas específicas de poder e autoridade, o que importa não é a tecnologia em si, mas sim o contexto social e econômico ao qual ela está imersa (Winner, 2017).

Uma dualidade se apresenta onde a tecnologia pode apresentar o potencial de democratização e ampliação da liberdade ou reforçar condições de poder historicamente persistentes.

Assim, o design participativo apresenta uma abordagem que engloba a emancipação, a pesquisa, a autonomia e o impacto social, numa perspectiva de participação ativa dos usuários em todo o projeto. Já as práticas de decoloniais do design tratam diretamente as desigualdades sociais e a persistência da colonialidade, utilizando métodos deliberativos e desconstrutivos para criar alternativas futuras que envolvem a comunidade (Kambunga, Smith, Winschiers-Theophilus, & Otto, 2023). Esta pesquisa propõe entender o potencial do design decolonial para políticas públicas como instrumento para melhorar aplicar os recursos de tecnologia da informação e comunicação (TIC) na saúde pública no Brasil. O objetivo é identificar se as soluções digitais quando produzidas de forma colaborativa, podem promover equidade e participação, focando nas necessidades de populações marginalizadas.

A abordagem teórica desta pesquisa busca aprofundar o entendimento das políticas públicas de saúde digital no Brasil, os problemas sociais e de saúde enfrentados por populações vulneráveis, estabelecendo o design decolonial para políticas públicas como instrumento. Conceitos como saúde digital, e-saúde, TICs, inovação social e intervenção social serão investigados para compreender como as políticas públicas podem favorecer a comunicação e o trânsito de informações de saúde, especialmente para os grupos mais necessitados.

A urgência de descolonizar o design requer uma abordagem que encoraje diferentes perspectivas e valores através do diálogo e da colaboração. Este estudo visou explorar a sinergia entre o design participativo e a perspectiva decolonial na elaboração de políticas públicas, promovendo a pluralidade de conhecimentos e a diversidade de vozes nos cenários políticos. A combinação dessas práticas cria espaços inclusivos que abordam as desigualdades sociais, fortalecendo a autonomia política e gerando impactos positivos nas comunidades.

1.1. Problema

A democracia encontra-se em crise na contemporaneidade. Segundo Martínez-Osorio, Barana, Rocha-Carneiro, & Paschoarelli, (2017), é possível afirmar que atualmente é improvável falar de contemporaneidade desvinculada de um contexto

de crise. Ela é inconstante, volátil, e se apresenta como uma oportunidade para análise e criação de diferentes leituras do design.

O conceito de design mudou ao longo do tempo. Com um âmbito de atuação amplo e multidisciplinar, essa área do conhecimento demonstra uma profunda capacidade de solução de problemas e de transformação do futuro a partir da elaboração de novas alternativas. Por ter sido amplamente utilizado para o enfoque capitalista e colonial, é evidente a necessidade do resgate do design para a transformação social (Bonsiepe, 2011).

Del Gaudio, Oliveira e Franzato, (2015) ressaltam o potencial transformador dos designers na solução de problemas sociais. Ainda, Manzini (2017), destaca o papel do designer como apoiador de projetos individuais e coletivos para mudanças sociais significativas. Assim, é essencial que os designers demonstrem uma consciência crítica ao projetar, enfrentando desigualdades de poder (Bonsiepe, 2011).

Por outro lado, a teoria da escolha pública apresenta uma visão cética em relação à capacidade atual de formulação de políticas públicas pelos governos por situações como: auto-interesse, informação incompleta, racionalidade limitada e captura das agências governamentais por interesses particularistas (Souza, 2006). Além disso, observa-se, segundo Fraser (2001), uma dificuldade de desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e promover a inclusão social de grande parte de sua população. Isso demonstra uma fragilidade no enfrentamento às injustiças.

Ainda nesse sentido, a tecnologia pode ser promotora de espaços deliberativos ou reforçar esses estereótipos, ampliando desigualdades, e favorecendo a autoridade ao invés da democracia. A importância de orientar a tecnologia para princípios democráticos, se dá principalmente pela forma como essas tecnologias afetam profundamente a forma da sociedade de funcionar (Winner, 2017).

Portanto, essa pesquisa tem como questionamento: como o design pode contribuir na promoção da participação e equidade na formulação de políticas públicas no âmbito da Saúde Digital?

1.2. Motivação

O contexto da pesquisa parte da criação da Secretaria de Informação e Saúde

Digital (SEIDIGI), estabelecida pelo Decreto 11.358 de janeiro de 2023, responsável por criar políticas públicas para orientar a gestão da saúde digital. Seu papel inclui apoiar as Secretarias do Ministério da Saúde, gestores, trabalhadores e usuários no uso e implementação de tecnologias de informação e comunicação na saúde. A partir da composição estratégica da secretaria compõe-se o Programa SUS Digital, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 3.232 de março de 2024, que visa promover a transformação digital no SUS, facilitando o acesso da população aos serviços de saúde. Ele aborda diversos aspectos da saúde digital, como sistemas de informação interoperáveis, registros eletrônicos de saúde e aplicativos de saúde móvel, e é organizado em três eixos: cultura de saúde digital, soluções tecnológicas e interoperabilidade de dados de saúde.

A pesquisa foi realizada no âmbito da área de gestão da inovação da Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde, que faz parte do DATASUS compondo uma dos três departamentos da SEIDIGI, que tem como principal competência a promoção de soluções inovadoras, por meio da coordenação das políticas em informática em saúde, incentivando a governança da informação, difundindo conhecimentos em TICs na saúde e apoiando a integração do Ministério da Saúde, através da gestão negocial da Rede Nacional de Dados em Saúde e das respectivas Plataformas do SUS Digital, para cidadãos, profissionais, gestores e pesquisadores. Na estrutura organizacional da CGIIS, encontra-se a Coordenação de Gestão de Políticas e Inovação em Informática em Saúde (COGIIS), nessa coordenação fica a Divisão de Prospecção e Projetos de Inovação em Informática em Saúde (DIPIIS). Responsável inicialmente pela incorporação de ferramentas de inovação para composição do eixo 7 da ESD relacionada ao estabelecimento do ecossistema de inovação.

Com a mudança de governo a área passou a abraçar também as pautas de equidade no âmbito da saúde, dessa forma essa pesquisa buscou compreender o potencial do design no engajamento da participação social e como ferramenta de equidade para entender e resolver problemas no contexto da tecnologia e inovação para políticas públicas para o Programa SUS Digital.

Por isso, a motivação para esta dissertação surge da minha experiência direta como Designer de Experiência do Usuário no Ministério da Saúde, atuando na

Coordenação-Geral de Inovação e Informática em Saúde, responsável pelas Plataformas SUS Digital e atuando na gestão da inovação na construção e realização de oficinas de inovação para Saúde Digital.

O Ministério da Saúde, por meio da CGIIS, tem realizado esforços para expandir e aprimorar as plataformas do SUS Digital e da RNDS, visando aumentar a adesão e garantir que as soluções oferecidas atendam às necessidades dos usuários. No entanto, percebe-se a necessidade de compreender melhor como essas soluções de tecnologia da informação e comunicação podem verdadeiramente resolver os problemas de saúde das pessoas que mais dependem do SUS.

A hipótese subjacente a esta pesquisa é que as políticas públicas, quando concebidas e implementadas com a participação ativa dos beneficiários, têm o potencial de promover a equidade na saúde pública. Isso se dá pela importância da participação social e da democratização dos espaços de decisão na formulação de políticas públicas para alcançar a equidade na saúde.

Portanto, esta dissertação buscou explorar como a inclusão da população como protagonista e especialista de suas próprias necessidades pode contribuir para a eficácia das políticas públicas de saúde digital com foco em equidade.

1.3. Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é propor e avaliar o instrumento Design Decolonial para Políticas Públicas como um meio de incentivar a participação social e promover a equidade nas políticas de Saúde Digital para o Programa SUS Digital. Para alcançar esse objetivo, serão investigados o potencial do design participativo e das práticas decoloniais em design no contexto da democracia e das políticas públicas; compreendidas as relações entre equidade e participação social nas políticas públicas de saúde digital; e estabelecidos parâmetros e indicações sobre a utilização do Design Decolonial para políticas públicas na promoção da equidade na Saúde Digital.

1.4. Estrutura da dissertação

Esta dissertação está estruturada para abordar de forma abrangente o tema da equidade na saúde pública através da aplicação do design decolonial para políticas públicas na saúde digital. A introdução apresenta o contexto do problema, destacando

a necessidade de promover a participação popular na formulação de políticas públicas. A revisão de literatura explora as interseções entre design, democracia e decolonialidade, além de analisar as políticas de saúde digital e suas propostas no âmbito da equidade. O método descreve os experimentos realizados para composição do instrumento, enquanto os resultados destacam as conclusões de cada um deles. A discussão aprofunda o método do design decolonial para políticas públicas, sua aplicação e validação, assim como explora o potencial do design nesse contexto. Por fim, a conclusão resume os principais achados e direções a respeito do tema.

Com o propósito de desenvolver um instrumento de aplicação do design decolonial para promover políticas públicas de equidade em saúde digital, esta pesquisa se caracteriza como experimental. Utilizando pesquisa bibliográfica, documentos oficiais e políticas relevantes ao assunto, buscou-se o delineamento do contexto de pesquisa, levantamento de metodologias de design existentes e a construção de três experimentos, a pesquisa trata de uma avaliação transformativa, sendo composta por um percurso pois implementa ao longo do processo os aprendizados em contexto aplicado à construção corrente a para composição da política.

Para isso foi necessário a estruturação de um portfólio para a gestão de inovação por meio da composição de um instrumento decolonial, amparado no design participativo, em três fases de experimentação para sua composição:

1. Aplicação do método Double Diamond para utilizar uma metodologia estabelecida e amplamente conhecida (Experimento 1)
2. Aplicar um método recente e validado, baseado no design decolonial "Espaço Seguro: práticas do design decolonial (Experimento 2)
3. Compor e validar o instrumento a partir da comparação entre as duas abordagens, direcionada para políticas públicas, no âmbito da equidade e da saúde digital

Foram realizados dois estudos no Ministério da Saúde com temas ligados à equidade e interseccionalidade. O primeiro focou no Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS, e o segundo na Equidade Étnico-Racial em Saúde Digital para o Programa Conecte SUS, e por último

na composição do fluxo de trabalho para transformação digital na favela da Maré a partir do Programa SUS Digital.

Minha participação como pesquisadora ocorreu como, como Consultora de Experiência do Usuário, sendo uma das atribuições do papel a proposição dos métodos e facilitação principal da oficina, conduzindo participantes e apoiadores no processo de co-design desde o planejamento, realização da oficina de inovação até a evolução dos resultados.

Para compor a análise do percurso e potencial do design no tema as etapas desta dissertação são as seguintes:

Inicialmente foi explorada a relação entre design, políticas públicas e decolonialidade para composição dos parâmetros do design decolonial para políticas públicas com o estabelecimento de princípios comuns aos resultados obtidos na revisão sistemática para avaliar a relação entre o design participativo e o co-design com políticas públicas e democracia. Essa visão foi acrescida da compreensão de design decolonial direcionada pelo ponto de vista de conceitos que contemplam esse princípio em seus significados como sul global, design para autonomia, design pluriversal e design decolonial a partir da discussão dos dois aspectos.

Foi realizado o levantamento da relação entre Saúde Digital, Equidade em saúde e políticas públicas para compreensão da presença da equidade e participação nas políticas públicas relacionadas à Saúde Digital do Brasil, em especial nas diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) e na Estratégia de Saúde Digital (ESD20-28) implementadas no quesito participação e equidade.

De forma prática foi desenhado o instrumento proposto a partir da composição de aprendizados adquiridos por meio da realização de 2 experimentos: Equidade SUS e Equidade Étnico-Racial para Saúde Digital. O planejamento, aplicação e acompanhamento das oficinas de co-design no contexto da política pública, permitiram a composição de um modelo holístico, com uma visão de ponta a ponta do processo, para ser testado.

Por fim, foram compostos os direcionamentos para estabelecimento de indicações, avaliando lições aprendidas na aplicação das oficinas, validação do método e consolidação de uma visão sobre o potencial do Design para políticas públicas de

saúde digital, contextualizado no âmbito do Programa SUS Digital. Para iniciar o próximo capítulo aborda a relação entre o design, a decolonialidade e as políticas públicas.

2. Design, Decolonialidade e Políticas Públicas

O estudo da interseção entre design, democracia e decolonialidade destaca o papel do design na transformação social. Discute-se o alinhamento entre o Design e Democracia, assim como as metodologias e ferramentas do Design Participativo. A relação entre design e decolonialidade introduz a crítica às estruturas hegemônicas do colonialismo, destacando a importância de contextualizar o conhecimento e enfrentar as desigualdades. Por fim, será estabelecido o design decolonial para políticas públicas, que ao promover a participação, busca superar barreiras, sendo uma abordagem promissora para enfrentar problemas sociais.

2.1. Design e Democracia

O conceito de Design mudou ao longo do tempo. Com escopo de trabalho amplo e multidisciplinar, esse campo do conhecimento demonstra profunda capacidade de solução de problemas e de transformação do futuro a partir da elaboração de novas alternativas. Conforme Bonsiepe (2011), é perceptível a popularização do tema, porém, ele afirma que é possível verificar um distanciamento do objetivo de resolver problemas de forma inteligente e uma aproximação de um jogo estético formal que evidencia uma relação intensa com artefatos efêmeros e produtos que tem obsolescência rápida. O que demonstra a necessidade do resgate do Design para a transformação social.

Nesse sentido, Del Gaudio (2015) aponta o potencial transformador da contribuição dos designers na solução inteligente dos problemas sociais e na construção de alternativas capazes de melhorar a vida da população. Corroborando com essa intenção, em seu livro "Design: quando todos fazem Design", Manzini (2017) vislumbra um cenário em o que o papel do designer (especialista em design) é amparar os projetos individuais e coletivos a promover mudanças sociais significativas, entendendo que todos os participantes em sua vida cotidiana fazem design. Por isso, é evidente a necessidade de os designers apresentarem uma consciência crítica para projetar de modo a enfrentar as desigualdades profundas de poder entre os que detêm e os que são submetidos (Bonsiepe, 2011).

O ataque à democracia brasileira, pode ser exemplificado pelo Decreto nº 9.759/2019 que, de acordo com Gonçalves e Neto (2019), teve como alvo instituições participativas que foram construídas por meio da prática democrática e tinha por

objetivo destruir conselhos e órgãos colegiados, além de canais de participação direta da população em decisões sobre políticas públicas. Além disso, a crise democrática também pode ser observada em outros países. Bonsiepe (2011, p. 20) indica prudência na aplicação do termo democracia, pois no cenário global há uma dissimulação do termo "[...] Em nome da democracia se cometem invasões colonialistas, matanças, bombardeios, genocídios, limpezas étnicas, torturas e quebras das leis de convivência internacional, quase impunemente". Em contrapartida, o autor expõe a necessidade de recuperar e elaborar um parâmetro de democracia não dominada pela concepção neoliberal de predominância do mercado e assim conferir-lhe credibilidade.

De acordo com Bødker, Dindler, Iversen e Smith, (2004), um dos principais compromissos do Design participativo é com a democracia em seu espaço de atuação e aspectos correlatos. Essa abordagem do design trabalha por vários caminhos, nele as pessoas podem representar seus pares e suas ideias localmente ou atingir uma maior parte da comunidade com as alternativas desenhadas. Assim, a participação no processo de Design é, também, a participação em um processo político caracterizado por diferentes recursos e valores, que possibilita o exercício do empoderamento e protagonismo democrático.

Ainda sobre os aspectos democráticos, Bonsiepe (2011) interpreta a democracia como a possibilidade de criação de um espaço de autodeterminação para que os dominados possam apresentar "um projeto próprio para um Design próprio". Por outro lado, Gohn (2019) indica a Participação como um dos termos mais recorrentes no vocabulário político, científico e popular, além disso ela pode aparecer associada a outras palavras como democracia, representação, conscientização, cidadania etc.

Em seu estudo Blomkamp (2018), apresenta o potencial do co-design na otimização do desenvolvimento e implementação de políticas públicas. Alguns dos benefícios encontrados são: (1) o engajamento de cidadãos e envolvidos para encontrar soluções inovadoras para problemas complexos, (2) alcançar eficiência econômica para responsividade, (3) revigorar a confiança entre a população e os agentes públicos, apresentando efeitos significativos de bem-estar para os participantes. Porém, nota-se uma limitação nas evidências do impacto do design participativo no desenvolvimento e implementação das políticas públicas, enfatizando uma lacuna a respeito do tema.

Bødker et al. (2004) e Bonsiepe (2011) sugerem, ao apontarem a importância do comprometimento do design com a democracia, que existe uma forte relação entre o design participativo e a democracia. Bour, Valles-Parlangeau e Soule-Dupuy (2019), apresentam o design participativo como método para empoderamento democrático em sistemas de informação, é retratado que o método se propõe a deliberar com os usuários e isso é um tipo de abordagem democrática.

Essa inovação democrática, tem como objetivo afastar-se da visão tecnocrática dominante e orientada para o mercado, assim pode legitimar as pessoas em situação de vulnerabilidade (Björgvinsson, Ehn & Hillgren, 2012). Evidencia-se ainda os compromissos do design participativo com a justiça social, a prática reflexiva, e foco em dar protagonismo às vozes dos marginalizados. Essa abordagem apresenta uma forte correlação com as questões da utopia feminista contemporânea confrontando questões semelhantes, com uma agenda que apresenta forças complementares entre os dois temas (Bardzell, 2018). Possibilitando assim o enfrentamento ao estado capitalista em sua configuração colonialista (Brand, 2011). Por isso, faz-se necessário entender a produção atual do conceito e seus pontos de vista. O processo de avaliação sistemática pode contribuir para o entendimento do cenário científico de conhecimento sobre o tema.

2.1.1. Design e Democracia: uma revisão sistemática

A relação entre design e democracia é abordada de diferentes formas por vários autores do campo de conhecimento do Design. Com o intuito de identificar o cenário de produção científica que tem sido falado em bases conhecidas e com conteúdo aberto, foi construída para esse trabalho uma revisão sistemática de literatura que relaciona os aspectos 'Design Participativo', 'Co-Design' a 'Democracia' e as 'Políticas Públicas'. Parte desse capítulo foi publicado nos anais do EAD Design 2023 com o título: Design and Democracy: A systematic review¹. A partir das análises desse tipo de revisão é possível estabelecer alguns aprendizados e perceber fragilidades no tocante a origem dos países que mais publicaram entre outros fatores que não privilegiam a equidade, mas possibilita a compreensão do que tem sido construído na pesquisa sobre o tema.

O estudo realizado utiliza a Teoria de Enfoque Meta Analítico Consolidado – TEMAC, de Mariano e Santos (2017), uma técnica baseada em três passos para identificar a literatura e realizar uma análise segundo as leis da bibliometria. Optou-se pelo método pois ele utiliza abordagens da revisão qualitativa, integrativa e sistemática, podendo em análises mais profundas utilizar a meta análises como uma análise final. A TEMAC está dividida em 3 etapas: (a) preparação da pesquisa; (b) apresentação e interrelação dos dados; (c) detalhamento, modelo integrador e validação por evidências

Para etapa de preparação da pesquisa, o primeiro passo foi realizar uma busca inicial nas bases considerando Mariano e Santos (2017) p. 26: "é necessário que o pesquisador faça a leitura de uma amostra dos títulos dos resultados das buscas, visto que as palavras reportadas podem não se apresentar aderentes à sua área de interesse".

Foram realizadas buscas pelos termos "Design Participativo", "Co-design", "Democracia" e "Políticas públicas" relacionados para verificar os demais termos correlacionados utilizados em pesquisas relevantes para o estudo. Nestes foram encontrados diversos termos: por conveniência de tópicos relevantes para o tema, alguns conceitos encontrados foram: Design participativo, Co-design, Inovação social,

¹ FREIRE, L. L.; SOUTO, V. T.; SILVA, T. B. P. E.; SIQUEIRA, N. M.. Participatory Design and Democracy. A systematic review In: European Academy of Design Conference, 2023, São Paulo. **Living in the Pluriverse: inclusion and diversity in design research and education 2023**

Design de interação, Design de serviços, Design social; Democracia; Políticas Públicas e Governo, de modo geral. Entretanto, foi identificada uma escassez de publicações na abordagem do tema em língua portuguesa.

Dessa forma, buscou-se avaliar o mesmo cenário em publicações na língua inglesa. Um número bem maior de artigos foram encontrados utilizando Participatory Design, Co-design, democracy e public policies correlacionados. A partir dessa busca inicial foram descobertos outros termos que podem estar relacionados com o tema como: Innovation, Participation, alternatives, big issues, participatory modeling, policy design, co-design, participatory policy making, design thinking, innovation, Active involvement of people, Design justice, Political Science, Transformative service research, Wellbeing, Social entrepreneurship, Service organizations, Service design, Social impact, co-creative media, democracy, actor-network theory, concept-driven design, socio-technical systems, citizen e participation. Validando um escopo maior de pesquisas que podem favorecer uma análise melhor do tema.

Para Mariano e Santos (2017) "a definição correta da palavra de busca é um fator que pode alterar os resultados." Por isso, essa pesquisa utilizará para a busca apenas os termos e artigos escritos em inglês". Assim foi determinado o comando de busca:

([Participatory AND Design] OR Co-design) AND (democracy OR [public AND policies])

A pesquisa aborda artigos completos publicados e em anais de conferência que tenham sido publicadas entre 1 janeiro de 2012 a 12 de dezembro de 2022, abordando 10 anos de espaço temporal. Atendendo a indicação de Mariano e Santos (2017) que atualmente as pesquisas que utilizam a TEMAC adotam de 5 a 10 anos de espaço-tempo. As bases escolhidas foram Web of Science e Scopus, considerando a relevância apresentada por Mariano e Santos (2017), que afirmam o potencial de utilização de múltiplas bases para análise, conferindo robustez e possibilitando uma comparação que cobre o universo de pesquisa do investigador.

No segundo passo foram realizadas análises como: a. revistas que mais publicaram sobre o tema; b. países com maior número de participação; c. documentos mais citados; d. frequência das palavras-chave. Essas análises seguem as Leis: de Bradford, Lei do Elitismo e a Lei do 80/20 (Mariano & Santos, 2017). O passo três, último passo do processo que abriga o detalhamento, modelo integrador e validação

por evidências traz índices bibliométricos, como a cocitação e a relevância e relação entre palavras-chave, identificando relações entre autores e a força de ligação entre as palavras chave (Mariano & Santos, 2017). Para a formação das redes foi utilizado o Bibliometrix, que realiza o processamento dos dados das bases Web of Science e Scopus. A análise foi realizada no dia 04 de fevereiro de 2023.

A amostra da etapa de integração dos dados bibliométricos foi de 236 trabalhos gerados a partir do comando de busca. A amostra foi consideravelmente pequena devido ao fato de que ela engloba apenas áreas de pesquisa nas bases Web of Science (91 trabalhos) e Scopus (145 trabalhos) e trabalhos escritos em sua maioria em língua inglesa. Foi realizada uma limpeza na base de dados, removendo artigos duplicados e sem resumo o que resultou em uma amostra de 174. Na base de dados Scopus O Reino Unido é o país com maior número de publicações (24), já na Web Of Science aponta os Estados Unidos como o país com o maior número de registros de trabalhos sobre o assunto procurado (12), outros países que se mostraram de importante relevância são Austrália, Espanha, França, Dinamarca, Suíça e Itália. O Brasil, por sua vez, não estava entre os 10 (dez) primeiros.

O registo mais antigo na base Scopus sobre o tema é o de Robertson (1998) sobre as relações de trabalho e as práticas participativas em pequenas empresas de design na Austrália. Já na plataforma Web Of Science são apresentados 4 registros de documentos em 1998, todos publicados na 5th Biennial Participatory Design Conference. Destaca-se o artigo Ranerup (1998) que trata da capacidade da internet de aprimorar a democracia em governos locais, através de fóruns de discussão para democracia deliberativa, a criação dos fóruns teve o envolvimento de representantes dos usuários na definição do design. Entretanto, o estudo verificou que no geral o engajamento dos fóruns foi baixo, com exceção de um distrito. A partir da revisão bibliométrica, observa-se que nos últimos dez anos o tema produziu 174 trabalhos publicados conforme bases Web of Science e Scopus, cada um com respectivamente 91 e 145, sendo que 62 trabalhos estavam duplicados ou sem abstract.

O autor que mais publicou sobre o tema no período foi Iversen, Ole Sejer com quatro trabalhos, sendo esse o maior número de publicações por autor. Iversen aplica o Design Participativo Escandinavo em temas como interação de crianças com computador, nativos digitais adolescentes e educação. Uma das suas principais ideias

trata sobre os valores atribuídos ao Design Participativo e a utopia do projeto como: democracia, emancipação, qualidade do trabalho e competência.

O trabalho mais citado, com 199 citações, é o "Putting the 'Public' Back in Public Values Research: Designing". Nele Nabatchi (2012), apresenta a visão de valores pluralistas para a gestão pública relacionando com o Design Participativo ao apresentar 8 elementos e propor 9 potenciais, oferecidos pela metodologia, para a administração pública, concluindo que a participação pública pode ajudar administradores a entender e formar perspectivas para criação de valores públicos.

O segundo mais citado é o de Björgvinsson et al. (2012) com 151 citações, o artigo intitulado "Agonistic participatory design: Working with marginalised social movements" apresenta o conceito espaços públicos de enfrentamento relacionados a inovação, democracia e criação de alternativas de futuro. A Tabela 1 apresenta a lista dos 10 trabalhos mais citados, seus autores, revista e o ano de publicação.

Tabela 1. Trabalhos mais citados sobre design e democracia.

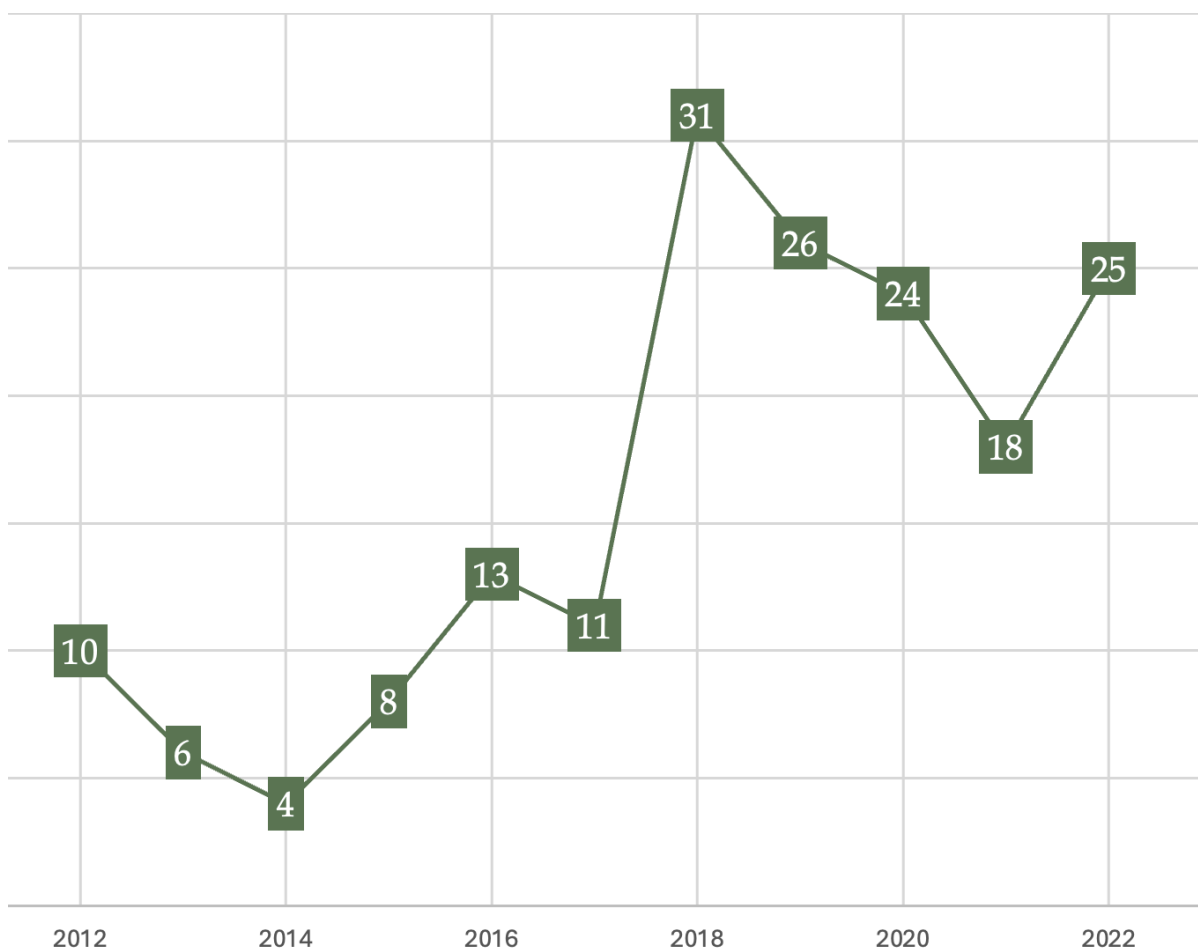
Autor	Ano	Revista	Título	Citações
Nabatchi, Tina	2012	PUBLIC ADMINISTRATION REVIEW	"Putting the "Public" Back in Public Values Research: Designing Participation to Identify and Respond to Values"	199
Björgvinsson, Erling and Ehn, Pelle and Hillgren, Per-Anders	2012	CODESIGN	Agonistic participatory design: Working with marginalised social movements	151
Binder, Thomas and Brandt, Eva and Ehn, Pelle and Halse, Joachim	2015	CODESIGN	Democratic design experiments: between parliament and laboratory	56
Moraine, M. and Melac, P. and Ryschawy, J. and Duru, M. and Therond, O.	2017	ECOLOGICAL INDICATORS	A participatory method for the design and integrated assessment of crop-livestock systems in farmers' groups	42
Moraine, Marc and Grimaldi, Juliette and Murgue, Clement and Duru,	2016	AGRICULTURAL SYSTEMS	Co-design and assessment of cropping systems for development	42

Karlsson, Fredrik and Holgersson, Jesper and Söders tröm, Eva and Hedström, Karin	2012	Government Information Quarterly	Exploring user participation approaches in public e-service development	42
Lennon, Breffni and Dunphy, Niall P. and Sanvicente, Estibaliz	2019	ENERGY SUSTAINABILITY AND SOCIETY	Community acceptability and the energy transition: a citizens' perspective	41
Bardzell, Shaowen	2018	ACM TRANSACTIONS ON COMPUTER HUMAN INTERACTION	Utopias of Participation: Feminism, Design, and the Futures	41
Zhang, Xinzhi and Hailu, Benyam and Tabor, Derrick C. and Gold, Rachel	2019	MEDICAL CARE	Role of Health Information Technology in Addressing Health Disparities	28
Storni, Cristiano	2015	CODESIGN	Notes on ANT for designers: ontological, methodological and	24

Fonte: Elaborado pela autora.

Três dos dez trabalhos mais citados foram publicados no ano de 2012, observa-se que neste ano 10 trabalhos foram publicados, após esse período, houve uma queda no número de trabalhos e só em 2016 foi possível superar a marca de 2012. 2018 foi o ano com maior número de publicações da série com 31 trabalhos, neste ano houve um crescimento no número de publicações de 181% em relação ao ano anterior, desde então uma queda acentuada é observada no tema até 2021. Em 2022 volta a subir o número de publicações.

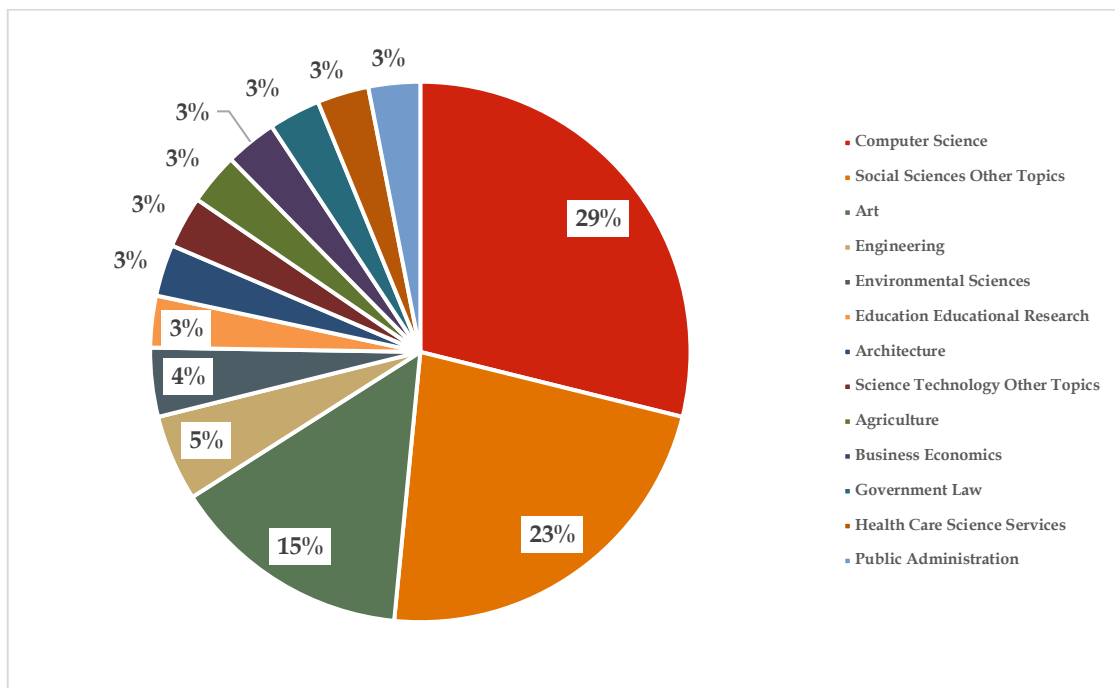
Figura 1. Trabalhos por ano de publicação.



Fonte: Elaborado pela autora.

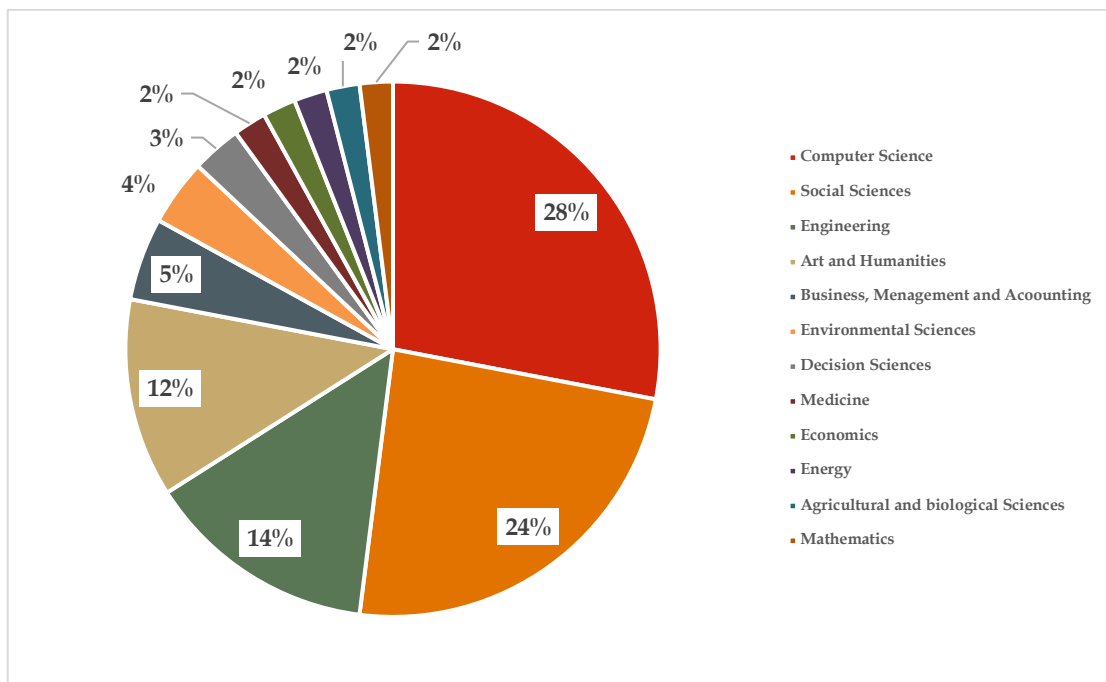
As figuras 2 e 3 mostram as áreas com maior produção científica nas bases Scopus e Web Of Science considerando todos os artigos publicados até 2022. Em ambas as bases a área de Ciência da Computação e Ciências Sociais se destacam e são as mais representativas. Áreas como Arte, Engenharia, Ciências Ambientais e Negócios também estão presentes em parte das publicações.

Figura 2. Áreas de Pesquisa Scopus.



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3. Áreas de Pesquisa Web of Science.

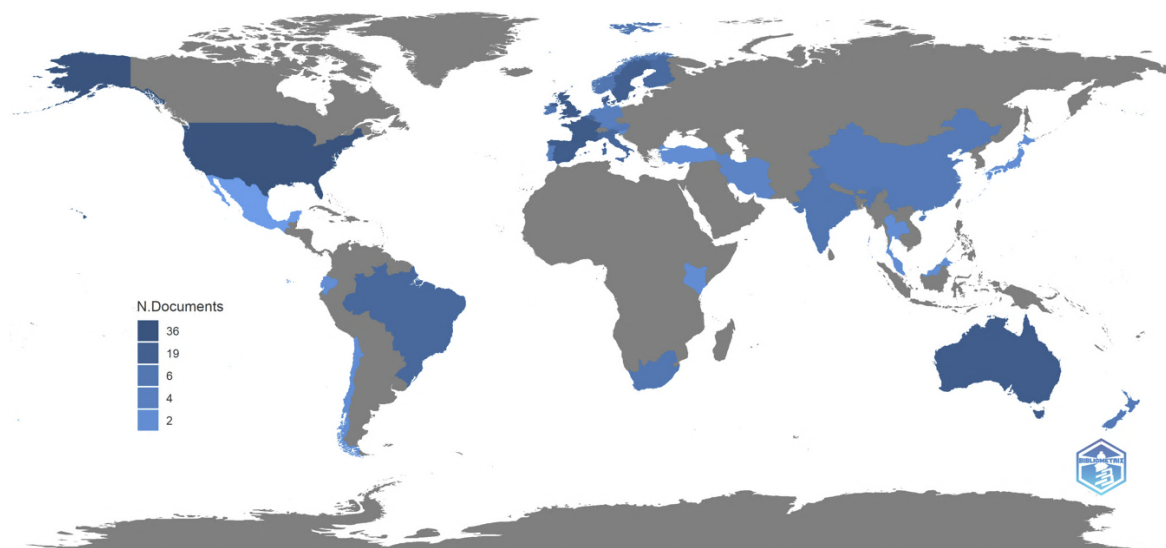


Fonte: Elaborado pela autora.

Identificou-se como o país com maior número de publicações os Estados Unidos com 36 publicações atingindo uma frequência superior a 13% da amostra. Reino Unido e Austrália estão em segundo lugar com cerca de 9% das publicações cada. França,

Dinamarca e Suíça publicaram cerca de 7% da amostra cada. Observa-se uma grande variação de publicações entre países, visto que o país com maior número de publicações não supera 15% dos trabalhos publicados. A figura 4 demonstra através do mapa dos continentes, onde estão os países que mais publicaram sobre o tema no período.

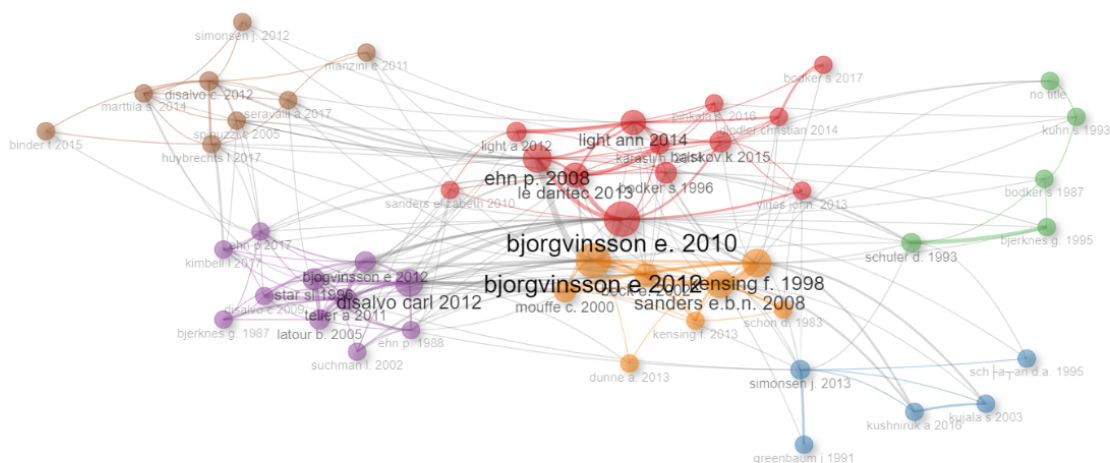
Figura 4. Países que mais publicaram sobre o tema.



Fonte: Elaborado pela autora.

A análise de Co-citação possibilita uma verificação mais profunda, ela permite observar trabalhos que são citados juntos continuamente, a partir disso, é possível sugerir uma semelhança entre estes estudos. A Co-citação analisa as abordagens mais utilizadas, pois apresenta a conexão entre duas publicações citadas. A figura 5 apresenta a rede de cocitação entre os autores, nela é possível observar uma citação conjunta dos artigos de Björgvinsson, Ehn e Hillgren (2010), Björgvinsson et al. (2012) e DiSalvo (2012), em seus estudos eles abordam a relação entre design participativo e democracia.

Figura 5. Rede de Co-citação.



Fonte: Elaborado pela autora.

As palavras-chave apontam a natureza de cada trabalho, possibilitando agrupar as 11 pesquisas e classificá-las (Mariano & Santos, 2017). Para demonstrar a frequência delas visualmente, foi feita uma nuvem de palavras representada na figura 6, ela foi elaborada a partir do software online TagCrowd que realiza análise de conteúdo, considerando a contagem a partir das palavras individualmente. A ferramenta compilou o conjunto das palavras-chave, elas foram incluídas separadamente de acordo com a base de origem. O software criou um esquema que representa as cinquenta palavras-chave com maior recorrência, sendo que a escala de tamanho da fonte é proporcional a recorrência de aparição de cada termo, possibilitando um delineamento sobre as principais linhas de pesquisa.

Figura 6. Frequência de palavras-chave na Scopus.



Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando a figura 6 que contempla as cinquenta palavras chave mais citadas na base Scopus, retirando os elementos do comando de busca 'participatory design', 'co-design', 'democracy' e 'public policies'. Pode-se verificar que a principal temática de pesquisa está relacionada ao tema política, isso pode ser verificado pela presença do termo 'Policy', isso significa que 38% dos trabalhos a apresentam. O segundo termo mais frequente é 'Urban', associado ao tema de planejamento urbano. Também é possível observar uma forte relação com a tecnologia, isso pode ser observado nas palavras-chave: 'Systems', 'Computer' e 'technology' que somados aparecem 113 vezes.

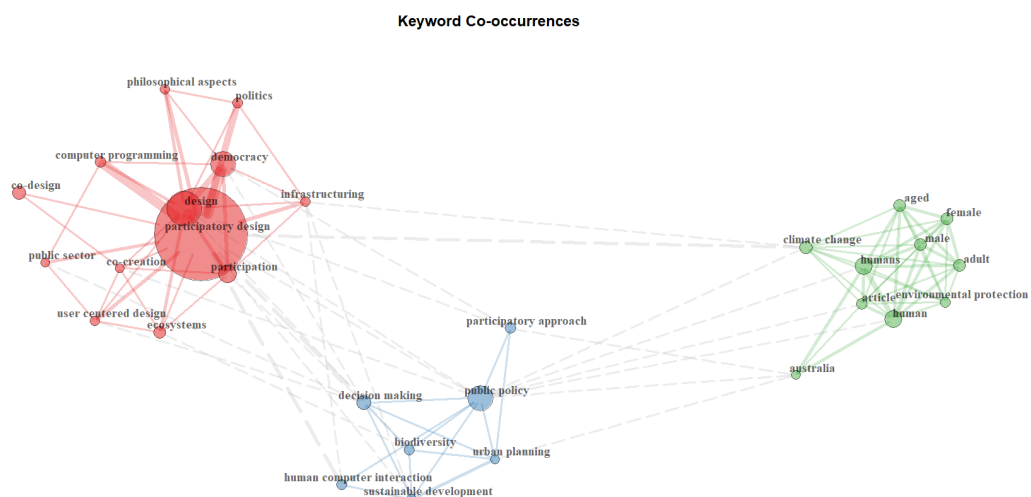
Figura 7. Frequência de palavras-chave na Web of Science.



Fonte: Elaborado pela autora.

Assim como na figura 6, a figura 7 que trata da frequência de palavras-chave nas publicações da base Web of Science, 'policy' é o termo mais frequente. Entretanto, o termo 'urban' aparece com baixa frequência. O segundo termo mais frequente é a palavra 'community' seguida por 'innovation' e 'governance' empatadas. A partir disso, inclui-se também no arcabouço desse estudo as temáticas de comunidade, inovação e governança.

Figura 8. Relevância e relação entre as palavras-chave.



Fonte: Elaborado pela autora.

Compilando os termos de busca das duas bases e relacionando a ocorrência conjunta das palavras-chave é possível verificar três núcleos de relação. O primeiro e mais relevante núcleo trata do design participativo e da democracia, nele observa-se uma forte relação entre os dois termos. Além disso, nota-se uma forte ligação com a política e a computação. Outros termos também se conectam com essa abordagem como: aspectos filosóficos, setor público, design centrado no usuário e ecossistemas. Um segundo núcleo mais concentrado na temática de políticas públicas, apresenta uma intensa conexão com o design participativo apesar de se encontrar em outro núcleo semântico. nessa concentração verifica-se a ligação com questões como: planejamento urbano, abordagem participativa, tomada de decisão, desenvolvimento sustentável, biodiversidade e interação humano-computador. Ainda é possível verificar um terceiro conglomerado menos relevante, mas que também apresenta forte conexão com o design participativo, com foco em questões sociais como a mudança climática, proteção ambiental, gênero e outras questões humanas.

Analisando os achados produzidos através da Teoria do enfoque Meta Analítico, é possível observar uma forte relação entre os termos 'Design Participativo' e 'Democracia' como sugere Bødker et al. (2004) e Bonsiepe (2011) ao apontarem a importância do comprometimento do Design com a democracia. O estudo de Bour et al. (2019), apresenta o design participativo como método para empoderamento

democrático em sistemas de informação, é retratado que o método se propõe a deliberar com os usuários e isso é um tipo de abordagem democrática.

Evidencia-se, então, os compromissos do design participativo com a justiça social, a prática reflexiva, e foco em dar protagonismo às vozes dos marginalizados. Essa abordagem apresenta uma forte correlação com as questões da utopia feminista contemporânea confrontando questões semelhantes, com uma agenda que apresenta forças complementares entre os dois temas (Bardzell, 2018). Possibilitando assim o enfrentamento ao estado capitalista em sua configuração colonialista (Brand, Görg & Wissen, 2011).

Destaca-se o ponto apresentado pela autora sobre a capacidade de otimização da eficiência econômica e da melhoria da capacidade de resposta da política pública, maximizando a racionalidade do processo. A partir disso pode-se considerar que a partir de elementos como: foco em populações em situação de vulnerabilidade, criação de alternativas que reduzam as desigualdades e injustiças sociais, inclusão dos representantes da comunidade na deliberação evitando a estigmatização dos grupos de cidadãos se alinha com a proposta dos remédios transformadores (Fraser, 2001).

O Design participativo apresenta uma forte correlação com o tema democracia e um potencial de criar remédios transformadores que reduzem injustiças sociais e econômicas, através da maximização da racionalidade das políticas públicas. Dentro dessas áreas, a política e a computação se destacam como tópicos relevantes para o tema. Além disso, observa-se um alinhamento com a agenda decolonial e com os objetos de enfrentamento propostos pela utopia feminista contemporânea. Por meio do levantamento de referências científicas e do método baseado na teoria do enfoque meta analítico, verificou-se um panorama desse campo de estudo, apresentando os principais conceitos, autores e publicações relacionadas.

Pela variedade das áreas de pesquisa, verificou-se que esse é um campo multidisciplinar que apresenta oscilações na frequência de publicação, sendo que em 2018 atingiu o seu auge, passou por uma queda gradativa e em 2022 voltou a crescer. Foram encontrados 174 estudos, sendo concentrados no continente europeu, norte-americano e na Oceania, mesmo assim ocorrem de maneira fragmentada e ainda existem lacunas teóricas e empíricas a serem superadas, como estudos relacionados à América Latina. Dessa forma, conclui-se, que é um tema no qual há abertura para

exploração em diversos temas pouco explorados como: educação, saúde, gênero, proteção ambiental, sustentabilidade e mudança climática.

Trata-se de um tema complexo, multidisciplinar e urgente. Criar alternativas para o futuro, dando voz a pessoas em situação de vulnerabilidade, aplicando a lógica do design que faz com, ao invés do design que faz para, é o caminho para inovação social democrática que vai em direção a emancipação, empoderamento e protagonismo da comunidade na solução dos problemas que a afetam. A partir desse entendimento para essa pesquisa o termo adotado é o design participativo, como orientador do vínculo entre design e democracia, considerando sua maior abrangência e aplicação na democracia e nas políticas públicas.

2.1.2. Metodologias participativas do Design

O Design participativo é um termo que apresenta diversos sinônimos e termos correlatos, ele tem um caráter engajador, de mobilização e de inclusão das pessoas que utilizarão o resultado do processo de desenho da solução. Bødker et al. (2004) aponta que o design participativo possui diversos termos correlatos como " User-centered-Design, People Centered Design, User-oriented Design, Contextual Design, Co-Design, Cooperative Design, Experience Design or just simply Interaction Design". Ele ainda apresenta quatro principais compromissos: o primeiro é o comprometimento com a democracia, segundo com o empoderamento das pessoas no processo de design, terceiro no foco em práticas emancipatórias de aprendizado mútuo entre designers e participantes e por último o entendimento das pessoas como habilidosas e com os recursos necessários para projetar o futuro através da construção e exploração de possibilidades.

Outra visão com um maior foco no aspecto metodológico é determinada por Spinuzzi (2005) afirmando que design participativo é pesquisa. Ela apresenta uma dupla intencionalidade enquanto trata do design pela produção artefatos, sistemas, organizações de trabalho e conhecimento, também atua enquanto pesquisa, pois se baseia em diversos outros métodos de pesquisa como observações etnográficas, entrevistas, análise de artefatos e análise de protocolo, entretanto realizada de forma participativa pelos designers-pesquisadores e participantes que irão usufruir o Design.

Há ainda a abordagem de Inovação Social e Design de Manzini (2017). Para o autor, a inovação social se apresenta atualmente no centro das discussões públicas, posicionando-se de forma central na agenda de diferentes governos. Ele ainda propõe um conceito de design que incorpora o co-design como um de seus elementos:

O design é uma cultura e uma prática relativas ao modo como as coisas deveriam ser a fim de alcançar as funções e os sentidos desejados. Ele tem lugar em processos abertos de co-design, nos quais todos os atores envolvidos participam de diferentes maneiras (Manzini, 2017, p.68).

Uma outra visão que também integra as visões de participação social no processo de design é elaborada no livro *Design for Pluriverse* de Arturo Escobar (2018) que apresenta o conceito que pode ser chamado de *transition design*, *design for transitions* ou *design for social innovation*. O livro também apresenta uma visão alinhada com este estudo, através dos termos *Autonomous Design*, *Politics of Relationality and the Communal*. Ele se debruça sobre as relações entre autonomia, design e a realização do comum.

O autor apresenta cinco princípios para essa delimitação: em primeiro lugar, a comunidade deve se envolver ativamente no desenho, considerando suas organizações, relações, práticas e sua relação com o meio ambiente. Em segundo lugar, a atividade de design deve partir da premissa de que as pessoas são praticantes de seu próprio conhecimento e entendem sua realidade. Terceiro, o que a comunidade desenha, primordialmente, é uma indagação ou um mecanismo de aprendizado sobre si mesma, o que faz com que os designers atuem como co-pesquisadores. Em quarto lugar, o processo de design deve abranger a declaração de problemas e a imaginação de possibilidades, permitindo ao grupo gerar consensos sobre objetivos e deliberar entre alternativas de ação, resultando em diversos cenários e caminhos para a transformação ou criação de novas práticas. Finalmente, este exercício pode assumir a forma de construção de um modelo do sistema que gera as alternativas de solução para o problema de interesse comunitário, fazendo com que o projeto de design autônomo busque responder o que pode ser feito sobre esse problema.

A apresentação desses conceitos direciona essa abordagem com uma visão que incorpora: a emancipação, a pesquisa, a autonomia e o impacto social, de forma a

promover a colaboração de pessoas e especialistas de design a desenvolver projetos que transformem as injustiças econômicas e culturais.

De acordo com Araújo e Fazani (2014), o design participativo surgiu na região escandinava que é considerada berço do design participativo, na década de 1970 e surgiu com o intuito de introduzir práticas democráticas no setor industrial do design. Para estabelecer uma melhor visualização da evolução do conceito de design participativo, é apresentado os seus parâmetros na perspectiva de autores que abordaram o tema nas últimas décadas. Esses dados foram selecionados a partir de buscas nas bases Web of Science, Scopus e Springerlink, com intuito de verificar as conceituações mais antigas, mais citadas e mais recentes sobre o design participativo e sua relação com a democracia e as políticas públicas (Tabela 2).

Tabela 2. Parâmetros do Design Participativo.

Ano	Autor	Termo	Conceito de Design Participativo
1991	Wisner, Stea e Kruks	Pesquisa-ação participativa ou design de comunidade	Esse tipo de abordagem apresenta algumas características como: pesquisa realizada em pequena escala; local; utilização de tecnologia apropriada; orientada para o ser humano; ressignificação do termo cliente para incluir todos os usuários; orientação para o processo e ação; preocupação com o significado e ornamentação; baixo custo de aplicação; abordagem de baixo para cima (bottom-up); intrinsecamente inclusiva e democrática.
1997	Muller	Design Participativo	A participação nesse processo é necessariamente ativa, indo além do uso dos usuários como fontes de dados ao responder questionários ou serem observados enquanto usam o software. A participação do usuário não se restringe mais apenas ao design em si; tem se mostrado valiosa em atividades ao longo de todo o ciclo de vida do software.
2004	Bodker et al.	Design Participativo	O Design participativo é comprometido com a democracia, com o empoderamento do processo de design, através de práticas emancipatórias e aprendizado mútuo abordando as pessoas como totalmente capazes de desenvolver a prática de criar alternativas para o seu futuro.
2008	Amstel	Design participativo	O design participativo parte do princípio de que as pessoas estão sempre participando, mesmo que não-oficialmente, pois as adaptações que fazem para usar suas ferramentas são também ações criativas, ou seja, o uso não é considerado mero consumo.
2012	Bjorvingson	Design Participativo	O desafio central é fornecer perspectivas alternativas sobre participação e democratização, explorando ativamente maneiras de organizar a criação de alternativas de futuros e ambientes de inovação orientados democraticamente. Isso implica em afastar-se da visão tecnocrática e orientada para o mercado, levantando dilemas e explorando possibilidades. O papel do pesquisador em design é criar infraestruturas de espaços públicos agonísticos, facilitando a construção

			cuidadosa de arenas com participantes heterogêneos, legitimando os marginalizados, mantendo redes de conexões e abandonando narrativas tradicionais para transformações verdadeiramente inovadoras.
2018	Smith e Iversen	Design Participativo	As tendências sugerem um afastamento do desenvolvimento de artefatos tecnológicos ou aplicações, ou do empoderamento de grupos limitados de partes interessadas, em direção a envolvimento mais complexos e de longo prazo impulsionados pela comunidade, nos quais os pesquisadores fornecem suporte e estimulam o desenvolvimento de novas habilidades, práticas e concepções de design e tecnologia. Esses processos não se trata apenas de co-projetar um resultado mútuo do processo, mas também de um tipo diferente de escopo e escalonamento de múltiplas direções possíveis para uma mudança sustentável dentro de ecologias maiores de transformação social.

Fonte: Elaborado pela autora.

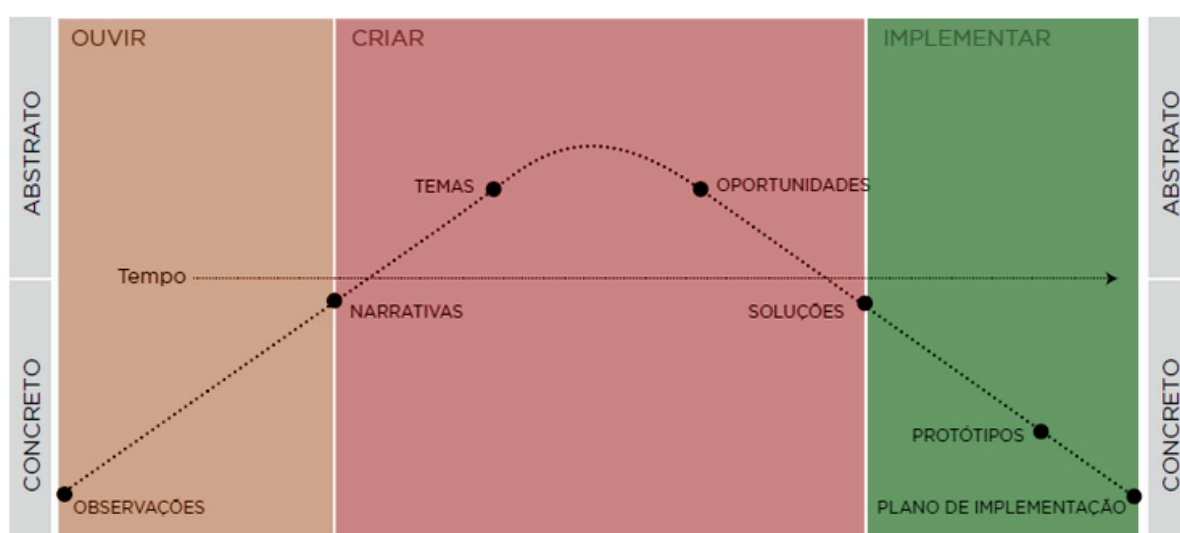
Verifica-se com essa análise que o conceito de design participativo com o tempo ganhou mais abrangência nos seus objetivos e aplicações, inicialmente numa perspectiva mais voltada para o trabalho, passando pelo foco em desenvolvimento de software até uma abordagem mais vinculada a processos democráticos (Smith e Iversen, 2018).

Essa pesquisa adota o conceito de design participativo como uma abordagem que engloba a emancipação, a pesquisa, a autonomia e o impacto social. Seu objetivo é incentivar a colaboração entre indivíduos e especialistas em design para desenvolver projetos que possam combater as injustiças econômicas e culturais e promover a transformação positiva na sociedade.

O Design Participativo traz benefícios para o processo criativo, definições de serviço e satisfação do usuário. Além disso, promove a criatividade, cooperação e inovação nas instituições envolvidas. Comprometido com a justiça social e a voz dos marginalizados, o design participativo valoriza os usuários, busca melhorias contínuas e atende às necessidades da comunidade. Envolver a comunidade no processo permite desenvolver suas habilidades e conhecimentos, tornando-a mais autossuficiente e preservando sua cultura e identidade (Steen, Manschot & De Koning, 2011). Ele se manifesta de diversas formas e usualmente são aplicadas diferentes metodologias do design baseadas na participação como: User-centered Design, Double Diamond e o Design Thinking de Serviços, Design Sprint, explicadas a seguir.

O *Human-centered Design* (Figura 9) ou design centrado no ser humano, é uma abordagem criativa e inovadora para resolver problemas. Ele se baseia na criação de empatia profunda com as pessoas que serão afetadas pela solução, gerando ideias, construindo protótipos variados, compartilhando o progresso e, finalmente, lançando a solução inovadora. Nessa abordagem, o papel do projetista é de observador e facilitador do processo, enquanto a comunidade é a verdadeira protagonista do projeto, propondo alternativas de solução a serem adotadas (IDEO, 2023).

Figura 9. O Processo HCD. Fonte: IDEO, 2023.



Fonte: Traduzido pela autora.

Baseado em: IDEO,2030. <https://changeorder.typepad.com/.a/6a00e54fcb68598834012875c42246970c-pi>

A definição de prazos concretos também é essencial para manter a equipe motivada e focalizada. A metodologia do HCD envolve três fases - ouvir, criar e implementar - alternando entre o abstrato e o concreto. Começa com a observação, passa por narrativas e temas, direcionando-se à abstração, e depois avança para a criação de oportunidades, soluções e protótipos, culminando na concretização do plano de implementação (IDEO, 2023).

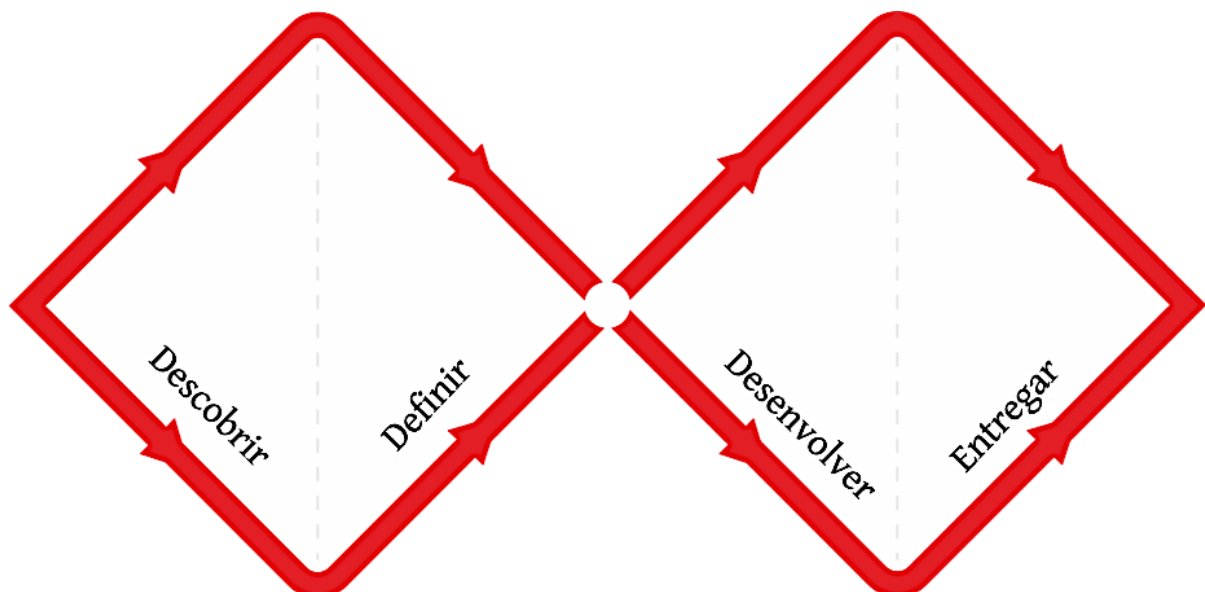
Outro ponto importante nessa metodologia é a disponibilização de uma caixa de ferramentas por fase do processo. Na etapa ouvir, são sugeridas atividades, a partir de estudos de casos, como entrevistas individuais, entrevistas em grupos, imersão em contexto, auto-documentação, entrevista com especialistas, descoberta orientada pela

comunidade, conceitos sacrificiais, procurando informações em novos lugares e desenvolvimento de um modelo mental.

Já na fase da criação são apresentadas abordagens como: compartilhar histórias encontrando temas, criando estruturas, identificando padrões, criando áreas de oportunidade, brainstorm de novas soluções, transformando ideias em realidade. Na última fase, de implementação, as possibilidades descritas foram: desenvolvendo um modelo de receita sustentável, identificando capacidades necessárias para implementar soluções, planejando um conjunto de soluções, criando um calendário de implementação, projetando mini-pilotos e iteração, criando um plano de atividades e monitorando indicadores. Essas possibilidades podem ser combinadas e adaptadas de acordo com a necessidade do projeto.

A segunda abordagem a ser detalhada é o Double Diamond desenvolvido pelo Design Council britânico (2023). O Double Diamond é um modelo de pensamento de design que consiste em quatro fases representadas por dois diagramas em forma de diamante. O modelo é frequentemente usado como uma representação visual das etapas divergentes e convergentes do processo de design aplicada há mais de 20 anos.

Figura 10. Etapas do Duplo Diamante.



Fonte: Traduzido pela autora.

Baseado em: Design Council, 2023. <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/the-double-diamond/>

As quatro fases são: Descobrir, Definir, Desenvolver e Entregar (Figura 10). Na fase de descobrir, o foco é compreender o problema através de pesquisas e coleta de insights. Na fase definir, o objetivo é delimitar o problema com base nas informações obtidas. Na fase de desenvolver, são geradas e prototipadas soluções potenciais. Por fim, na fase de entregar, a solução selecionada é implementada e refinada para atender às necessidades dos usuários (Design Council, 2023).

O processo envolve tanto o pensamento divergente para gerar ideias diversas quanto o pensamento convergente para selecionar as melhores soluções. Assim, esse modelo enfatiza a importância tanto do pensamento divergente quanto do convergente ao longo do processo de design, permitindo a exploração e a geração de ideias, bem como o foco e a tomada de decisões. É um quadro flexível que pode ser adaptado a diferentes projetos e desafios de design. (Design Council, 2023).

Por fim, o Design Thinking de Serviços é uma abordagem dinâmica e multidisciplinar que tem como objetivo transformar o serviço entregue em algo útil, utilizável, eficiente, eficaz e desejável (Stickdorn & Schneider, 2014). Esse método tem cinco princípios: centrado no usuário, cocriativo, sequencial, evidente e holístico.

Figura 11. Fases do Design Thinking de Serviços.



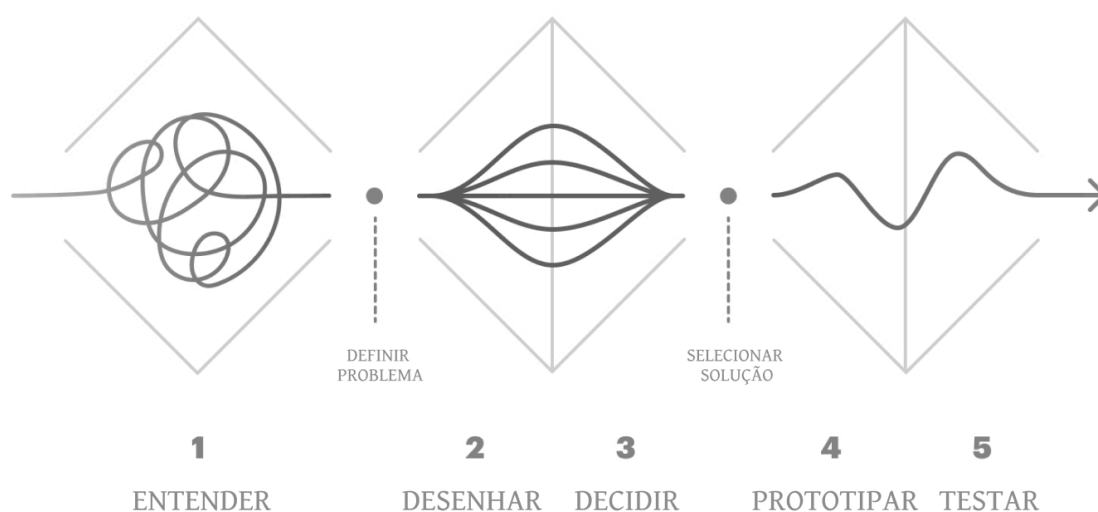
Fonte: Elaborado pela autora.

Os quatro passos iterativos de exploração, criação, reflexão e implementação (Figura 11) são uma forma bastante básica de abordar a estrutura do processo de design de ampla complexidade (Stickdorn & Schneider, 2014). Inicia-se pela exploração que tem como objetivo obter um entendimento claro da situação a partir da perspectiva dos usuários atuais e potenciais acerca de determinado serviço é crucial para o processo de design. Está relacionada a descobertas, como por exemplo: *shadowing*, mapa de stakeholders, mapa de jornada do usuário, entrevistas contextuais, sondagem cultural, etnografia móvel, mapa de expectativas, 5 porquês.

Além da apresentação das fases do método, o livro também apresenta um toolkit que apresenta 25 ferramentas de design adaptáveis dentre elas então: mapa de stakeholders, safari de serviços, *shadowing*, mapa da jornada do usuário, entrevistas contextuais, os 5 porquês, sondagem cultural, etnografia móvel, mapa de expectativas, criação de cenários, *storyboard*, maquete de mesa, protótipo de serviço, encenação de serviço, desenvolvimento ágil, co-criação, *storytelling*, *blueprints* de serviços, dramatização do serviço, mapa de ciclo de vida do usuário, *business model canvas*, entre outras ferramentas adaptáveis.

Uma outra metodologia que segue a estrutura de fases e ferramentas é a Google Design Sprint. Trata-se de uma abordagem idealizada na Google Ventures e possibilita acelerar o processo de desenvolvimento, teste e aprendizado de uma ideia, encurtando meses de desenvolvimento em apenas uma semana. (Knapp, Kowitz, Zeratsky & Marlis, 2016). A figura abaixo ilustra o processo:

Figura 12. Design Sprint



Fonte: Traduzido pela autora.

Nesse contexto, o Design Sprint propicia um atalho, passando da etapa de ideação direto para a etapa de aprendizado. Isso permite é indicado, dentre outras situações, para projetos que estão no início, ajudando a definir o produto que precisa ser desenvolvido, e promovendo integração entre a equipe. Diferente de outras abordagens que apresentam possibilidades para serem adequadas em suas caixas de ferramentas, a Design Sprint apresenta como estrutura uma agenda com atividades para uma semana. Dentre as atividades realizadas na sua aplicação estão: crazy 8's, museu de arte, como podemos?, Visão de longo prazo, jornada do usuário, testes.

Outras caixas de ferramentas de inovação para aplicação do design participativo trazem possibilidades de atividades com os participantes como, por exemplo, o *Fun Retrospective* que indica dinâmicas para grupos nas categorias: diretiva principal, *energizer*, *check-in*, retrospectiva, perspectiva futura, *team building*, filtragem, *check-out*. Elas orientam momentos de definição da atmosfera e construção do ambiente de inovação, assim como processos convergentes e reflexivos.

Ainda foram encontrados toolkits para aplicação do design em contextos específicos, destacam-se os que têm ligação direta ou indireta com o meio público como: *Design Thinking para bibliotecas (IDEO)*, *Design Thinking para educadores (IDEO)*, *Design Thinking toolkit para Governo (TCU)*, *Design para políticas públicas (ENAP)*.

Todos esses artefatos se manifestam através de estruturas semiflexíveis. As etapas em cada um deles é fixa, garantindo a passagem por todos os ciclos de maturidade da solução, por outro lado, as intervenções de design em cada etapa são flexíveis e se adaptam a cada contexto. Entretanto a metodologia apresenta algumas lacunas teóricas e metodologias como sugere Kambunga et al. (2023), mesmo enfatizando o empoderamento e a aprendizagem mútua, há ausência de experiência cultural situada e a percepção política, histórica e ontológica. Isso gera, segundo as autoras, um cenário de necessidade de "descolonizar o design participativo".

Esse capítulo abordou a relação entre Design e Democracia e as possibilidades do design participativo como contribuição para o tema. identificou-se a relação entre design e democracia num âmbito mais geral de conceituação do design, assim como o aprofundamento no design participativo e suas práticas de aplicação do design.

2.2. Design e Decolonialidade

Essa seção pretende estabelecer uma visão decolonial do Design no contexto brasileiro e seu potencial no âmbito das políticas públicas. Inicialmente serão abordadas percepções importantes como a do design para sul global e do design para autonomia abordando diferentes perspectivas que analisam conceitos centrais ao tema que incluem a crítica à modernidade/colonialidade, além de ampliar visões da decolonialidade para o cenário brasileiro.

2.2.1. Design de/com/para o Sul Global

Os estudos sobre decolonialidade e o sul global têm ganhado visibilidade principalmente devido à sua abordagem crítica em relação à modernidade e colonialidade persistentes na sociedade contemporânea. Tais estudos buscam estabelecer novas narrativas e priorizar as comunidades marginalizadas, propiciando espaço de voz e autonomia para enfrentar os problemas diários. O design tem demonstrado enorme potencial nas discussões e na criação de alternativas futuras para a sociedade, oferecendo ferramentas para um desenvolvimento mais inclusivo e sustentável.

Nesse sentido, alguns conceitos são fundamentais como: modernidade e colonialidade, o sul global e a decolonialidade. A modernidade ocidental, frequentemente associada ao progresso e ao desenvolvimento, é também uma

expressão de colonialidade. Segundo Escobar (2018), a modernidade é inseparável da colonialidade, uma vez que a expansão do capitalismo global dependeu da subjugação e exploração das colônias. Esse processo histórico criou uma hierarquia global de conhecimento e poder, na qual o conhecimento produzido no norte global é considerado universal, enquanto o conhecimento do sul global é marginalizado.

Em relação a este ponto, Fry (2017) identifica o eurocentrismo como um legado do imperialismo intelectual da modernidade ocidental, que criou uma dicotomia entre o colonizador e o colonizado. Ele argumenta que o design do sul global não pode evitar lidar com o pensamento eurocêntrico, mas deve criticamente apropriá-lo e subordiná-lo ao relacional. O instrumentalismo, por sua vez, refere-se à dominância da tecnologia e dos métodos técnicos na solução de problemas, frequentemente negligenciando as nuances culturais e contextuais.

Assim, a decolonialidade, como conceito, propõe a desarticulação das estruturas de poder coloniais e a valorização dos conhecimentos e práticas locais. Segundo Batista e Carvalho (2020), o design decolonial deve ser uma prática situada que reconhece e incorpora a diversidade cultural e epistêmica do sul global. Este tipo de design busca não apenas solucionar problemas técnicos, mas também enfrentar desigualdades sociais e culturais, promovendo a justiça e a sustentabilidade.

A proposta de Fry (2017) para um novo tipo de design é uma reestruturação epistemológica que combina conhecimentos do norte e do sul de forma crítica e seletiva. Esta abordagem permite ao sul global desenvolver soluções contextualizadas e apropriadas para seus próprios desafios, ao mesmo tempo em que utiliza ferramentas e conceitos globais de maneira crítica.

Em contrapartida, Arturo Escobar (2017) critica a teoria de Fry ao destacar o Design para Autonomia, um design feito do sul global, ressaltando os desenvolvimentos no campo do design, a partir de uma contribuição latino-americano, que valoriza os conhecimentos locais e promove a autonomia das comunidades do sul global. Escobar argumenta que o design deve apoiar as lutas subalternas pela autonomia e as transições civilizacionais, promovendo formas de organização não liberais, não estatais e não capitalistas.

No Brasil, a formação em design é fortemente influenciada por modelos projetuais europeus, como observam Ferreira e Franco (2022). Essa influência é um

legado das políticas educacionais e industriais que priorizaram a tecnologia em detrimento das áreas sociais e artísticas. Uma das evidências disso pode ser exemplificada por meio da análise dos currículos de pós-graduação em design no Brasil que revela uma predominância de referências do norte global, perpetuando desigualdades e hegemonias (Ferreira & Franco, 2022).

O design decolonial no sul global representa uma abordagem crítica e situada que enfrenta as desigualdades históricas e contemporâneas perpetuadas pela modernidade e colonialidade. Através da reestruturação epistemológica, da valorização dos conhecimentos locais e da promoção de práticas sustentáveis e inclusivas, o design pode contribuir significativamente para a justiça social e ambiental.

2.2.2. Design e Decolonialidade

Os estudos decoloniais criticam a persistência da colonialidade na organização social pós-descolonização, destacando a necessidade de conhecimento situado e contextos específicos, ao invés de generalizações eurocêntricas. Este campo emergente, que enfrenta a colonialidade, contrapõe à tradição antropocêntrica, atribuindo ao design a responsabilidade de criar futuros adaptáveis. Nesse contexto, o design deve desafiar narrativas hegemônicas e promover uma sociedade mais justa e igualitária. Práticas como o "safe space", baseadas em conceitos de 'terceiro espaço' e 'hibridismo', demonstram o potencial do design em enfrentar a modernidade e a colonialidade, priorizando comunidades marginalizadas e promovendo a inclusão e a empatia (Kambunga et al., 2023).

Batista e Carvalho (2022), ressaltam a formação de um campo fruto da necessidade de enfrentamento à colonialidade, contrapondo a tradição antropocêntrica do pensamento único. Esse entendimento confere ao design a responsabilidade por criar futuros capazes de responder e se ajustar às constantes mudanças. Nesse sentido, Brand (2011) aponta o Estado capitalista enquanto patriarcal, racista, imperial e colonialista, e que sua principal função é consolidar as relações sociais dominantes e dar-lhes certa continuidade. Por isso, o design deve contribuir, reconhecer e questionar as narrativas hegemônicas que perpetuam a superioridade de certas culturas e a inferioridade de outras. Isso envolve desafiar estereótipos, preconceitos e apropriações culturais. Portanto, para projetar futuros

decoloniais é importante considerar a colaboração, a escuta ativa e o respeito mútuo como ferramentas fundamentais para promover uma sociedade mais justa, igualitária e livre de opressão colonial.

O design para ser pluriversal precisa se orientar para o mundo real e para as transições necessárias para a superação das desigualdades sociais e impactos ecológicos (Escobar, 2018). Essas relacionam os valores dos estudos pluralistas e decoloniais de design. Isso pode ser verificado ao comparar os estudos de Nabatchi (2012) e Escobar (2018), ambos apresentam valores como: interesses comunitários como forma de engajar a solução de conflitos políticos; deliberação colaborativa para criação de alternativas de futuro e ter comunidade como praticante do conhecimento e o designer especialista como facilitador. Entretanto, é possível observar algumas características específicas apresentadas por Nabatchi (2012) que especificam o processo na solução de um conflito de políticas públicas, como por exemplo o potencial do processo na otimização da administração pública.

Além disso, pode promover espaços para os projetos de vida das comunidades e considerando a interação com atores sociais e tecnologias heterônomas. O design autônomo valoriza o comunal, a ancestralidade e a futuralidade, levando a sério os imperativos do design de transição e promovendo aberturas pluriversais (Escobar, 2017).

As práticas decoloniais em design, baseadas no modelo de baixo para cima, buscam alcançar resultados efetivos precisa atender as oito dimensões, sendo elas: fomento a inclusão sociotécnica, valorização das diferenças culturais, promoção da empatia através da nutrição de relacionamentos com qualidade, compartilhamento de competências técnicas, práticas metodológicas investigativas, incentivo a emancipação política, e expansão da conscientização ambiental. Além disso, os impactos decoloniais interligados gerados pela intervenção podem ser desmembrados em: qualidade de vida, ontologia de visão de mundo, diálogo em conhecimento, e para análise dos resultados (Cruz, 2021).

Uma das práticas emergentes do design decolonial é denominada "safe space" esse modelo se baseia nos conceitos de 'terceiro espaço' e 'hibridismo' do design participativo. Ele pode ser definido como um ambiente social criado de forma cuidadosa para incentivar reflexões, ações situadas e aprendizado mútuo, permitindo

que os participantes protagonizem diálogos sobre suas experiências cotidianas, tensões e passados controversos. Além disso, o "safe space" pode estimular os envolvidos no projeto a refletir criticamente sobre suas posições no contexto sociocultural e histórico do projeto (Kambunga et al., 2023).

Nessa perspectiva o experimento de Kambunga et al. (2023) realizado com jovens do Nambia acerca dos debates decoloniais, implementado através do método "Safe space", passou por três fases sendo elas: (1) estabelecendo o espaço seguro, (2) prototipando para engajamento dialógico, (3) estendendo o espaço seguro para espaços públicos. Na primeira etapa os participantes são recrutados, os problemas são identificados, através do compartilhamento de vivências próprias. Na segunda fase os co-designers são inseridos no espaço seguro, encenação das narrativas alternativas e interfaces de teste são elaborados de forma colaborativa, curadoria dialógica para estruturação do imaginário coletivo. Por último há então a exibição do processo para o público, a abordagem pode ser visualizada na Figura 12.

Figura 13. Processo de aplicação do Espaço Seguro: Práticas Decoloniais do Design.



Fonte: Traduzido pela autora.

Com isso, verifica-se o potencial de articulação política das práticas coloniais em design. Segundo Cruz (2021), para isso é necessário uma agonística, e não antagonística, que busque a promoção de uma multiplicidade de perspectivas e valores em um ambiente de diálogo e cooperação. A política agonística se baseia nas relações éticas e políticas da cidadania, buscando uma organização da comunidade de inovação que valorize a diversidade e promova uma convivência harmoniosa,

entendendo esses espaços e regras para criação das alternativas, narrativas e protótipos como transitórios (Bjorvingson, 2012; Cruz, 2021).

O campo dos estudos decoloniais pode apoiar o design a trilhar um caminho que possa refletir a enorme diversidade da América Latina. Uma atuação nesse sentido é urgente pois a colonialidade, que ainda se manifesta de forma estrutural, oprime, despreza e inferioriza o que considera ser o “outro”, sequestrando o conhecimento e promovendo o apagamento de culturas (Zuchinali & Silva, 2021). O designer pode, nesse sentido, contribuir com sua trajetória amparado na criatividade sob um ponto de vista periférico, regional, local e mais representativo.

Ferreira e Franco (2022) criticam a formação dos designers, que muitas vezes se limita à dimensão projetual, sem considerar o verdadeiro significado do design e sua agência ontológica. Eles argumentam que a decolonialidade deve ser um guia para a criação de formas de reflexão que enfrentem as hegemonias opressivas, promovendo um design situado e contextualizado.

Por isso, Zuchinali e Silva (2021) discutem como o carnaval brasileiro pode ser uma prática contra-hegemônica e decolonial. Eles argumentam que o carnaval é uma oportunidade de reconhecer a diversidade e o multiculturalismo da sociedade brasileira, criticando as estruturas coloniais e políticas. O designer carnavalesco, ao criar carros alegóricos e fantasias, ilustra narrativas que empoderam vozes marginalizadas e desafiam a hegemonia cultural.

Os estudos sobre decolonialidade e o sul global têm ganhado visibilidade, principalmente devido à sua abordagem de enfrentar a persistência da modernidade e colonialidade na sociedade contemporânea, com o objetivo de estabelecer novas narrativas e priorizar as comunidades marginalizadas, dando-lhes voz para lidar autonomamente com os problemas que enfrentam diariamente. O design tem demonstrado um enorme potencial nas discussões e na criação de alternativas futuras para a sociedade.

Por isso, verifica-se um potencial de impacto na participação e promoção da equidade nas perspectivas do Design Decolonial no âmbito das políticas públicas, o próximo tópico detalhará essa relação e quais princípios uma abordagem como essa precisa cumprir para atuar em políticas públicas.

3. Equidade e Saúde Digital

A Saúde Digital, conforme delineada pelo Ministério da Saúde, abrange a utilização de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para fornecer informações sobre o estado de saúde aos cidadãos, profissionais de saúde e gestores públicos. Esta abordagem, incorpora diversos avanços tecnológicos (Ministério da Saúde, 2024). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios da universalização, equidade e integralidade são fundamentais, para esse trabalho o princípio da equidade, cujo objetivo é reduzir disparidades, investindo onde as carências são mais significativas, é destacado (Ministério da Saúde, 2024).

A equidade na saúde é um elemento fundamental para garantir que todos tenham acesso igualitário aos cuidados de saúde, mesmo em situações diferentes de oportunidade. Reconhece-se que os determinantes sociais da saúde têm um grande impacto nas desigualdades de saúde. O Brasil está comprometido em abordar esses determinantes ao longo da vida, com ações que envolvem diferentes setores em todas as etapas do ciclo de vida (Carrapato, Correia & Garcia, 2017).

A compreensão da importância da equidade na saúde digital, dentro do contexto do SUS e das políticas públicas, é crucial para promover intervenções eficazes que abordem o combate às desigualdades, contribuindo assim para uma sociedade mais justa e saudável.

3.1. Participação e Políticas Públicas

A análise das políticas públicas destaca a importância da democracia, da inclusão social e da abordagem transversal para enfrentar desafios complexos. Para alcançar o objetivo da democracia que busca igualdade e participação, as políticas públicas devem ser inclusivas e abordar problemas que desafiam estruturas administrativas para atingir o bem comum. Essa interação entre Estado e sociedade revela a necessidade de uma abordagem colaborativa e participativa para promover mudanças significativas e equitativas.

Para Dahl (2001), a democracia proporciona oportunidades para participação efetiva, na qual todos os membros possam expressar suas opiniões sobre qual alternativa deve ser adotada para aquela política. Ao formular a política todos devem ter direito ao voto e todos os votos devem ter o mesmo valor, garantindo a igualdade do voto. Ela também objetiva promover o entendimento esclarecido para que todos

tenham oportunidade de aprender sobre as políticas. Outro fator é o controle do programa de planejamento, onde os participantes devem poder incluir os tópicos que consideram relevantes na agenda de planejamento, conferindo uma característica cíclica ao processo democrático. Por último, nela todos os adultos, ou ao menos sua maioria, podem exercer o seu poder democrático. Entretanto, Bonsiepe (2011) pontua que o conceito de democracia sofreu lamentável desgaste nos últimos anos, o que aconselha a usar com prudência.

As novas democracias, as novas visões sobre o papel do governo e a adoção de políticas restritivas de gastos, contribuíram para uma maior visibilidade do tema de políticas públicas. Ela pode ser resumida como o campo do conhecimento que busca colocar o governo em ação, analisar as ações e propor mudanças nelas. Os governos democráticos utilizam a elaboração de políticas públicas para revelar seus propósitos e agendas eleitorais em transformações significativas no mundo real (Souza, 2006).

Segundo Fraser (2001), a desigualdade se manifesta em duas faces: injustiças econômicas e culturais, o que instiga uma busca por mudanças sociais que requer dois remédios: redistribuição e reconhecimento. Esses remédios, como proposto por Fraser, envolvem decisões democráticas em questões sociais e econômicas fundamentais, combinadas com diversos outros fatores. A abordagem dos remédios transformativos visa diminuir a desigualdade social sem estigmatizar grupos específicos, promovendo reciprocidade e solidariedade nas relações de reconhecimento (Fraser, 2001). Dessa forma, estratégias que visam combater injustiças podem simultaneamente contribuir para corrigir disparidades econômicas e injustiças de reconhecimento.

Esse aspecto é confirmado pela tentativa de diversos países de implementar políticas públicas que apresentem um caráter participativo (Souza, 2006). Teixeira (2020) apresenta a política e a inclusão de mais pessoas no processo decisório como o melhor meio para sair de uma crise política. De acordo como o autor, isto se deve ao fato de que o espelho da crise política é a ineficácia na inclusão dos diversos interesses sociais no processo decisório, em especial dos mais vulneráveis. Esse aspecto é confirmado pela tentativa de diversos países de implementar políticas públicas que apresentem um caráter participativo (Souza, 2006).

Sobre a participação nas políticas públicas artigo de Abers et al. (2014), analisa a evolução da participação social e popular durante os governos brasileiros, com

destaque para a gestão de Lula, que promoveu uma administração mais participativa. Esse período foi caracterizado pelo fortalecimento das políticas públicas e instituições democráticas, com membros de movimentos sociais assumindo cargos governamentais e a realização de diversas conferências nacionais. A presença desses atores possibilitou a inovação nos processos de governo, introduzindo elementos criativos na interação entre estado e sociedade. Embora o Brasil tenha avançado na literatura sobre participação social, observa-se uma variação nos processos deliberativos, gerando diferentes repertórios de ação coletiva. O artigo destaca a inclusão profunda dos movimentos sociais no governo Lula. Exemplos concretos de participação social são explorados, como a atuação dos movimentos de moradia e dos trabalhadores rurais sem terra em políticas específicas.

Brugué et al. (2015) aborda a questão da identificação e endereçamento de 'problemas malditos', que são aqueles desafiadores demais para a administração pública lidar efetivamente, revelando a lacuna entre a simplicidade das estruturas administrativas e a complexidade dos problemas que enfrentam. Ele destaca a importância da transversalidade organizacional em redes para abordar esses desafios, enfatizando a necessidade de objetivos claros, envolvimento de atores-chave e articulação de recursos tangíveis e intangíveis.

Além disso, as comissões interdepartamentais são vistas como espaços de aprendizado mútuo, promovendo práticas democráticas e deliberação para impulsionar uma inteligência coletiva e abordar os desafios da administração pública no século XXI. Esse fator corrobora com a possibilidade de a participação social maximizar a racionalidade nas políticas públicas (Brugué et al, 2015). Dessa maneira, a reprodução socioeconômica, cultural e política funciona transformando os conflitos e a crise em oportunidades. Dessa forma, é indissociável a promoção da equidade da necessidade de participação, assim como não é possível falar de democracia sem o envolvimento da sociedade.

3.2. Equidade na Saúde Pública

No Brasil, a história da saúde pública pode ter seu recorte de início representado pelas Santas Casas de Misericórdia no final do séc. XVI. Durante muitos anos a população de baixa renda pode contar apenas com essas instituições, além da medicina tradicional, saberes originários dos povos indígenas e saberes populares recriados

pelos afrodescendentes brasileiros. Em meados do séc. XX é iniciado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar/SAMDU, mas só em 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde (Lopes & Werneck, 2010). As lutas sociais da população negra, em especial, das mulheres negras contribuíram ativamente para qualidade de vida e saúde de toda a população provocando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 (Anunciação, Pereira, Silva, Nunes, & Soares, 2022).

O SUS foi criado com objetivo de garantir a efetivação das obrigações do Estado brasileiro, estabelecidas pela constituição, relacionadas à promoção, prevenção e assistência à saúde. Ele se apoia em três princípios: universalidade, integralidade e equidade. O que implica em dizer que o SUS é para todas e todos, sem exceção, utiliza-se de todos os meios necessários e seguros e atua para cada grupo ou indivíduo de acordo com seu contexto, suas necessidades e especificidades (Werneck, 2010).

Para a promoção da saúde no Brasil, é crucial uma abordagem que reconheça a complexidade das relações sociais, evitando tratar os sujeitos como unidades estatísticas isoladas. A perspectiva de que a vulnerabilidade é moldada nas interações sociais é essencial para uma promoção à saúde equânime, considerando influências sobre representações, comportamentos e modos de vida. Reconhecer as desvantagens simbólicas e materiais é fundamental, especialmente no contexto da população negra. Portanto, a participação social e a compreensão das dinâmicas sociais são essenciais para uma promoção efetiva da saúde, considerando as nuances das experiências e desafios das comunidades (Lopes, 2005).

Com a criação do SUS, foi possível a ampliação das conquistas dos movimentos sociais pela saúde da população negra. Na década de 1980 as primeiras movimentações marcantes vieram através das mulheres negras discutindo sobre direitos sexuais e reprodutivos, assim como as desigualdades raciais. (Lopes & Werneck, 2005). Em 1995, foi criado o Grupo de Trabalho Interinstitucional/GTI no Governo Federal, que foi responsável dentre várias tarefas por formular ações de políticas públicas para a saúde da população negra. No ano seguinte foi incluso o quesito cor nas declarações de nascidos vivos e de óbito nos sistemas nacionais (Werneck, 2010). A construção do direito à saúde e a criação do SUS no Brasil foram influenciadas por disputas políticas de projetos sociais. Essas controvérsias persistem

na prática, impactando a capacidade do SUS em atender adequadamente às necessidades de saúde, especialmente da população negra e de comunidades tradicionais, como povos originários e quilombolas (Anuniação et al, 2022).

O Ministério da Saúde publicou, em 1998, um documento sobre a saúde da população negra com foco em doenças de origem genética comprovada como: doença falciforme, deficiência de glicose-6-fosfato-desidrogenase, hipertensão arterial, diabetes mellitus, e as síndromes hipertensivas na gravidez, deixando de fora questões de determinação social (Werneck, 2016). Segundo Anuniação et al. (2022), a abordagem da Determinação Social da Saúde (DSS) destaca que as iniquidades em saúde no Brasil estão intrinsecamente ligadas às desigualdades políticas, econômicas, sociais, culturais e raciais. Essas disparidades afetam fases diversas da vida e o acesso aos serviços de saúde, sendo classe social, gênero e raça/etnia aspectos cruciais no acesso a bens e oportunidades na sociedade brasileira.

Em 2005, dois anos após a Secretaria Especial de Políticas de Promoção à Igualdade Racial/ SEPPIR firmar um Termo de Compromisso com o Ministério da Saúde, a saúde da população negra foi incluída no Plano Nacional de Saúde, nesse mesmo ano foi realizada a primeira Conferência Nacional de Promoção à Igualdade Racial, com debates e deliberações sobre saúde, com a participação de pesquisadores, ativistas e entidades do movimento negro. O Conselho Nacional de Saúde aprovou por unanimidade a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra/PNSIPN em 2006 que foi publicada no diário oficial em 2009 (Lopes & Werneck, 2010).

Estudos indicam que a implementação adequada da PNSIPN enfrenta obstáculos, como falta de conhecimento dos profissionais de saúde, falta de reconhecimento da importância de ações afirmativas no SUS, adesão limitada dos municípios, pouco reconhecimento do racismo institucional e ausência de indicadores desagregados por raça/cor. A inclusão do quesito cor nos sistemas de monitoramento é vital para abordar o racismo institucional na saúde (Werneck,2016; Anuniação, 2022).

Lopes e Werneck, (2010) aponta que a saúde da população negra está ancorada em três pilares: política, ciência e tradição. O papel do racismo na política envolve diferentes formas de violências e privações que incentivam o crescimento da

desigualdade e afeta as condições de saúde das negras e negros. A ciência possibilita a incorporação de contribuições das formas de diagnóstico e cuidado oriundas da biologia e da medicina aliada a outras vertentes científicas como a sociologia, ciência política e antropologia. Sobre a tradição ela recupera a relevância das visões de mundo e práticas de sociabilidade, alívio e cura recriadas por afrodescendentes brasileiros.

Outro mecanismo importante é a Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990, aponta outros princípios para o bom funcionamento do sistema de saúde como a participação e controle social, que garante o direito da população em apresentar propostas, conhecer e avaliar sua qualidade (Lopes & Werneck, 2010). Ainda do ponto de vista das legislações, a Constituição Federal aponta no Capítulo II da seção II Art. 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- Participação da comunidade. (Brasil, 2022)

As políticas, legislações e estudos sobre o tema são de intensa relevância e apesar das barreiras persistentes no nosso sistema social e de saúde que dificultam a execução delas, existem diversas oportunidades de transformação do campo como ações afirmativas e outras medidas de combate ao racismo.

As políticas de saúde da mulher no Brasil, desde o início do século XX, inicialmente limitaram-se ao papel tradicional de mãe e dona de casa, concentrando-se em questões gravídico-puerperais. Na década de 60, o Estado direcionou sua atenção ao controle de natalidade, negligenciando as reais necessidades de saúde das mulheres. A perspectiva sobre a saúde da mulher evoluiu com as lutas do movimento feminista brasileiro, que passou a adotar a saúde sexual e reprodutiva como um direito, (Freitas, 2009).

Os movimentos populares de saúde conduziram à criação do Sistema Único de Saúde, que visa ser universal e integral, com participação social. No entanto, enfrenta desafios em superar barreiras para mulheres negras devido ao racismo (Werneck, 2016). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) ampliou o escopo, abordando violência doméstica, aborto inseguro, planejamento familiar, mas persistem desigualdades, especialmente influenciadas pelo racismo. A política,

fundamentada na promoção à saúde, avançou nos direitos sexuais e reprodutivos, abrangendo diversas áreas, mas exclui grupos como profissionais do sexo e mulheres trans (Freitas, 2009).

Definir estratégias de intervenção em saúde é um processo complexo que vai além de identificar necessidades e demandas, envolvendo também entender as condições institucionais para implementar iniciativas relevantes. Estratégias articuladoras visam dar voz à sociedade civil organizada, respeitando suas diferenças étnicas, regionais e sociais, para garantir que políticas de promoção de saúde sejam adaptadas às suas realidades. É essencial compreender as necessidades e demandas desses grupos em sua própria perspectiva, reconhecendo seus valores e ideias sobre saúde e bem-estar (Costa & Lionço, 2006). Além disso, é crucial sensibilizar os diversos atores envolvidos na saúde pública para que implementem ações alinhadas com as demandas identificadas, promovendo um processo de construção coletiva e corresponsabilidade.

Sobre a equidade em saúde, destaca-se a importância de aumentar a participação comunitária na educação continuada, focando no trabalho em saúde como ponto central para entender e abordar as necessidades das populações vulneráveis. É fundamental incorporar uma maior diversidade de temas que contribuam para entender as disparidades sociais. Iniciativas de capacitação para os profissionais de saúde e os envolvidos no controle social são cruciais para políticas abrangentes de atenção à saúde das populações vulneráveis. Apesar da arquitetura semelhante das políticas voltadas para grupos vulneráveis, a implementação e os resultados variam, especialmente em relação ao aumento do poder de decisão desses grupos (Siqueira, Holanda & Mota, 2017).

Para atingir a equidade é importante compreender e considerar a interseccionalidade, como apresentado por Carla Akotirene (2019), para além apenas um conceito, é um movimento intelectual amplo que reconhece e respeita as múltiplas identidades subalternizadas, bem como as diferentes opressões que estruturam a sociedade brasileira. Surge do diálogo histórico entre o feminismo negro e a luta da população negra contra o racismo e outras formas de opressão. Essa abordagem exige uma análise das condições estruturais que atravessam corpos, histórias e memórias, destacando a importância de racializar os debates e considerar o apagamento das

histórias e resistência do povo negro. Akotirene (2019), enfatiza a base no feminismo negro e a necessidade de preservar a riqueza conceitual da interseccionalidade, especialmente como um instrumento para localizar as experiências de racismo na conjuntura social brasileira.

Botelho & Nascimento (2016), colocam a interseccionalidade de vulnerabilidades no centro da discussão, mostrando como diferentes intersecções potencializam vulnerabilidades em grupos como mulheres, negros, pobres, LGBTQIAP+, praticantes de religiões de matriz africana, e pessoas do campo. Importante destacar que essas elas não determinam a ocupação de espaços de prestígio ou desprestígio de forma uniforme. Os autores sugerem que estratégias de transversalidade e intersectorialidade sejam integradas desde a fase de pesquisa que fundamenta a formulação de políticas, e que essa escuta ocorra na construção da agenda, formulação, implementação e avaliação das políticas.

O SUS, com princípios de universalidade, integralidade e equidade, visa atender a todos sem exceção, respeitando as especificidades de cada grupo. Políticas de saúde devem adotar uma abordagem interseccional, reconhecendo as múltiplas identidades subalternizadas e suas vulnerabilidades. Estratégias de intervenção devem envolver a sociedade civil organizada e garantir a participação comunitária na formulação e implementação das políticas. A capacitação contínua dos profissionais de saúde e a inclusão de perspectivas interseccionais são essenciais para promover a equidade. Isso só será possível se a interseccionalidade for estabelecida como fator transversal para entender e combater as desigualdades estruturais na saúde e na sociedade.

3.3. Políticas Públicas de Saúde Digital

A Saúde Digital envolve o uso de Tecnologia de Informação e Comunicação (TIC) para fornecer informações de saúde confiáveis a quem precisa, no momento certo. No Brasil, a trajetória da saúde digital começou com a criação do Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO) e a formalização de um núcleo de informática no Ministério da Saúde em 1971. Em 1974, foi fundada a DATAPREV, e no ano seguinte foi realizada a primeira codificação de procedimentos para o Sistema Nacional de Controle de Pagamento de Contas Hospitalares (SNCPCH). A informatização dos sistemas de saúde começou em 1976, mas foi somente em 1983 que

a terminologia básica em saúde foi instituída pelo Ministério da Saúde, seguida pela publicação da Lei Nacional de Informática em 1984, um marco significativo para a Saúde Digital no Brasil (Braga et al., 2022).

Com a criação do SUS nos anos 90, surgiram novas necessidades e transformações na saúde pública. Em 1991, foi criado o Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Nos anos finais dessa década, a Lei n. 507/97 regulou a proteção de dados dos cidadãos e, em 1998, foi criado o Sistema de Informação da Atenção Básica. (Braga et al., 2022).

No início dos anos 2000, o Decreto n. 18/2000 criou o Comitê Executivo de Governo Eletrônico. Em 2002, surgiu o Conselho Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde, e até 2008, diversos sistemas e padrões de troca de informação foram instituídos, junto com notas técnicas e regulamentações importantes. (Braga et al., 2022). Em 2011, foi publicado o Sistema Cartão Nacional de Saúde e a Lei de Acesso à Informação (Lei n. 12.527/11). Em 2014, o Marco Civil da Internet (Lei n. 12.965/14) estabeleceu princípios para o uso da internet no Brasil, seguido pela Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em 2015 e a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei n. 13.709/2018) em 2018.

Em 2019, foi lançado o portal único gov.br e o programa Conecte SUS, que inclui a informatização da Atenção Primária (Informatiza APS) e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). Em 2020, foram publicadas a Estratégia de Governo Digital 2020-2022 e a Estratégia de Saúde Digital 2020-2028, uma política pública que orienta outras políticas, como a PNIIS e o Plano Nacional de Saúde, para alcançar objetivos relacionados à saúde digital até 2028. A estratégia destaca oito prioridades, incluindo "O usuário como protagonista", que enfatiza o engajamento de pacientes, profissionais de saúde e cidadãos na construção de tecnologias de informação.

Em 2023, o Decreto n. 11.358 criou a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI) para formular políticas públicas de saúde digital. Em 2024, a Portaria GM/MS n. 3.232 instituiu o Programa SUS Digital, que visa integrar tecnologia, informação e saúde, incorporando software, hardware e serviços como parte da transformação digital. Este estudo focará nas duas principais políticas relacionadas à saúde digital publicadas nos últimos 10 anos: Política Nacional de Informação e

Informática em Saúde (PNIIS) e a Estratégia de Saúde Digital 2020-2028 abordando participação, controle social e equidade.

3.3.1. PNIIS

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), foi criada para promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, visando aprimorar os processos de trabalho em saúde e estabelecer um Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS) articulado. A proposta é que os sistemas disponibilizam informações confiáveis e contextualizadas para cidadãos, gestores, profissionais, pesquisadores e para o controle social, melhorando a eficiência, qualidade, acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços de saúde.

Tanto a palavra equidade quanto o termo participação são elementos presentes nos princípios da PNIIS. O termo "Equidade" aparece 13 vezes ao longo do texto da política e a palavra participação aparece 18 vezes, aparecem várias vezes relacionadas. Em seu glossário a política apresenta a Equidade como "conceito que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações governamentais para atender às diferentes necessidades da população", e adiciona em uma das suas notas que a equidade em saúde "cria oportunidades iguais para que todos tenham acesso à saúde, o que está intimamente relacionado com os determinantes sociais", reforçando o papel da informação em saúde como elemento estruturante para equidade.

O glossário da política define ainda três termos importantes relacionados à participação e equidade: participação social, promoção da saúde e controle social. "Participação Social" refere-se ao processo no qual diversos segmentos sociais interagem na elaboração, execução e fiscalização de políticas públicas. "Promoção da Saúde" envolve a construção de ações transversais que atendam às necessidades sociais em saúde. "Controle Social" descreve as práticas de participação e fiscalização da população nos processos deliberativos de formulação de políticas de saúde e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), com mecanismos formais como os conselhos e conferências de saúde.

A PNIIS se propõe a focar na interoperabilidade dos sistemas de informação, a buscar melhorar a qualidade dos serviços de saúde e ampliar os benefícios coletivos em termos de controle social e democratização da informação. A PNIIS também

menciona a busca para incorporar contribuições da comunidade, incluindo controle social, associações de classe, sindicatos e instituições de ensino, resultando em um SNIS que reflita as necessidades do país e promova a participação, o controle social e a ouvidoria do sistema de saúde brasileiro.

3.3.2. Estratégia de Saúde Digital 20-28

A Estratégia de Saúde Digital (ESD20-28) propõe nortear as atividades e projetos públicos e privados, que potencializam a transformação da saúde no Brasil. O primeiro eixo, "Ações do MS para o SUS", destaca a importância do Programa Conecte SUS e suas iniciativas essenciais para alcançar a visão de Saúde Digital. O segundo eixo, "Definição de Diretrizes para Colaboração e Inovação em Saúde Digital", dá ênfase à necessidade de expandir e consolidar a governança e os recursos organizacionais para sustentar a estratégia. O terceiro eixo, "Estabelecer e Catalisar a Colaboração", visa criar o Espaço de Colaboração da Estratégia de Saúde Digital, um ambiente conceitual, virtual, distribuído, lógico e físico que possa promover a colaboração entre todos os atores em Saúde Digital, com definições claras de expectativas, papéis e responsabilidades.

Embora a ESD20-28 não mencione o termo equidade, a palavra participação aparece 66 vezes, sublinhando a importância da participação dos atores estratégicos no processo. "Cidadãos e associações de pacientes" são identificados como atores estratégicos, juntamente com o Governo Federal, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), CONASSEMS, CONASS, o Ministério da Saúde – áreas de negócio e DataSUS, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, prestadores de serviços do Sistema de Saúde, fontes pagadoras do Sistema de Saúde, a indústria e o setor de tecnologia, associações e conselhos profissionais, agências e órgãos de fomento, associações técnico-científicas, universidades e centros de formação, e órgãos de controle e defesa do consumidor. Perspectiva da política relacionada aos cidadãos se limita principalmente ao engajamento, sendo raras vezes incluído no processo de decisão.

A ESD é organizada em sete princípios: governança e liderança para a ESD, informatização dos três níveis de atenção, suporte à melhoria da atenção à saúde, o usuário como protagonista, formação e capacitação de recursos humanos, ambiente de

interconectividade e ecossistema de inovação. Os princípios mais relacionados à equidade e participação são o quarto, "usuário como protagonista", e o sétimo, "ecossistema de inovação".

Sobre o usuário como protagonista, a Prioridade 4 da ESD20-28 destaca o engajamento dos cidadãos e profissionais de saúde. Visa envolver pacientes e cidadãos na adoção de hábitos saudáveis e no gerenciamento de sua saúde, além de participar na construção dos sistemas de informação que utilizarão. Esta prioridade inclui o desenvolvimento de plataformas de informação e serviços de registro pessoal de saúde, essenciais para promover a co-criação e a colaboração entre todos os atores envolvidos. Com relação ao Ecossistema de inovação é o estabelecimento do laboratório de inovação aberta, que passa pelo processo de incorporação de ferramentas de inovação e ambiente de interconectividade.

3.4. Tecnologia, inovação e política

A tecnologia, a inovação e a política convergem para criar um ambiente propício à proposição de soluções equitativas em saúde pública. Isso ocorre porque os artefatos podem possuir propriedades políticas, nas quais a invenção, o design ou o arranjo de um dispositivo ou sistema técnico específico se tornam um modelo para resolver problemas nas relações de uma comunidade particular (Winner, 2017).

Segundo Winner (2017), "As tecnologias são ferramentas que podem ser usadas bem ou mal, para o bem e para o mal". A partir disso é possível analisar que da mesma forma que ela tem o potencial de democratizar espaços e acesso a informação também pode ser usada para manutenção do colonialismo e das desigualdades presentes e persistentes na nossa sociedade. Para o autor,

As coisas que denominamos de "tecnologias" são modos de construir ordem em nosso mundo. Muitos equipamentos e sistemas técnicos importantes na vida cotidiana contêm possibilidades de ordenar a atividade humana de muitas maneiras diferentes. Consciente ou inconscientemente, deliberada ou inadvertidamente, sociedades escolhem estruturas para tecnologias as quais influenciam de forma duradoura como as pessoas trabalham, comunicam, viajam, consomem e assim por diante (Winner, 2017, p.260)

Considerando esse cenário a inovação se apresenta como elo entre a tecnologia e política. A inovação pode responder às necessidades de atender os desafios sociais,

ambientais e econômicos (Mazzucato, 2018), muitas vezes esses problemas são colocados como grandes desafios ou como problemas malditos (Brugué, 2015) e podem estar principalmente relacionados com questões como saúde, direitos humanos, sustentabilidade, entre outros.

Do ponto de vista das políticas públicas Winner (2017) argumenta que, no processo de tomada de decisões estruturantes, diferentes pessoas possuem níveis desiguais de poder e consciência. As opções de escolha são maiores quando uma nova tecnologia ou um sistema é introduzido, mas essa flexibilidade pode desaparecer à medida que as escolhas se fixam no equipamento material, no investimento econômico e no hábito social. Assim, inovações tecnológicas tornam-se semelhantes a atos legislativos, estabelecendo uma estrutura duradoura para a ordem pública.

Nesse sentido, a metodologia apontada por Mazzucato, 2018, a respeito de programas orientados por missões para a política de inovação, se relacionam com as questões propostas e estabelecem um ponto de vista metodológico para aplicação de meios transformativos de criar alternativas para problemas malditos em políticas públicas. A metodologia se aproxima do design participativo ao considerar como ponto base a co-criação, para estabelecer os parâmetros da abordagem a autora propõe cinco critérios aos quais as missões devem cumprir: (1) Audaciosas, Inspiradoras e de Relevância Social; (2) Direção Clara; (3) Ações de Pesquisa e Inovação Ambiciosas, mas realistas; (4) Inovação Interdisciplinar e Intersetorial e (5) Múltiplas Soluções de Baixo para Cima. Para detalhar melhor cada aspecto foi composto a tabela 4 sobre os critérios de programas orientados por missões para política de inovação:

Tabela 3. Critérios de programas orientados por missões para política de inovação.

	Critério	Descrição
1	Audaciosas, inspiradoras e de relevância social	As ações precisam engajar a população e ter impacto significativo, abordando desafios como sustentabilidade, desigualdade, saúde e mudanças climáticas.
2	Direção e objetivos claros	Para alcançar de forma efetiva o resultado desejado é preciso objetivos concretos e declarados, ter metas específicas, mensuráveis e prazos definidos para permitir avaliações objetivas de sucesso ou fracasso
3	Ações de pesquisa e inovação ambiciosas, mas realistas	As intenções devem ser ambiciosas, porém realistas, para garantir o comprometimento dos pesquisadores e dos participantes alinhado a uma visão de futuro.
4	Inovação interdisciplinar e intersetorial	Devem promover a colaboração entre diversas disciplinas, garantir a participação de diferentes tipos de atores e setores e tipos de atores para abordar problemas complexos de forma abrangente.

5	Múltiplas soluções de baixo para cima	É crucial geral diferentes possibilidades e alternativas, devem ser abertas a diferentes soluções e abordagens, permitindo um processo adaptável com várias trajetórias possíveis para alcançar os resultados esperados. Além disso, é importante envolver a comunidade para trazer soluções que venham de baixo para cima.
---	---------------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Para alcançar resultados com essa abordagem, é necessário repensar o papel do Estado e promover a colaboração entre atores públicos, privados e do terceiro setor para co-criar e moldar o futuro.

Aplicando esses conceitos para tecnologia, Winner (2017) pontua que, a adoção de sistemas técnicos traz consigo mudanças significativas para relações humanas que podem apresentar modelos políticos específicos, centralizados ou descentralizados, igualitários ou não, repressivos ou libertadores. Por isso, esse processo demanda a criação e manutenção de condições sociais adequadas para operar esses sistemas. Portanto, é crucial analisar os objetos técnicos e os contextos em que estão inseridos. Compreender quais tecnologias e cenários são importantes e dispor de um estudo detalhado dos sistemas técnicos, além de uma compreensão das controvérsias e conceitos da teoria política é fundamental. Isso reforça a necessidade de uma abordagem inovadora e colaborativa na formulação de políticas, garantindo que a co-criação de soluções tecnológicas esteja alinhada com os objetivos sociais e políticos, promovendo uma ordem pública mais justa e equitativa.

4. Percurso de criação do instrumento Design Decolonial para o Programa SUS Digital

A equidade é fundamental para SUS, buscar a igualdade no acesso à saúde, independentemente de condição socioeconômica, gênero, raça ou local de residência é um dos principais papéis do sistema de saúde brasileiro. Com isso pode-se orientar para correção de desigualdades históricas, promoção de justiça social e ao atendimento às necessidades de cada indivíduo proporcionalmente a seus contextos específicos.

Nesse sentido, com o estabelecimento da nova secretaria no Ministério da Saúde e com a implementação das perspectivas da equidade como prioridade do governo, os desdobramentos estratégicos dessas visões para as ações, trouxeram para a CGIIS/DATASUS/SEIDIGI a responsabilidade de estabelecer um modo de conduzir e construir políticas e tecnologias em saúde digital que fossem orientadas para equidade.

A partir desse desafio foram estabelecidas duas oficinas a serem realizadas no ano de 2023, ano de criação da secretaria e preparação para criação do Programa SUS Digital. A primeira oficina realizada em junho de 2023, teve como objetivo a criação de um aplicativo com foco em equidade para as trabalhadoras do SUS. Já a segunda oficina, realizada em setembro de 2023, teve como intuito o estabelecimento de diretrizes para equidade étnico-racial para saúde digital. A partir dos aprendizados com essas duas oficinas, estabeleceu-se recomendações para composição de modo colaborativo de construir política e tecnologia.

4.1. Experimento 1 - Equidade e Saúde Digital para as trabalhadoras do SUS

A oficina de *Co-Design* realizada no dia 14 de junho, contou com a participação de 30 pessoas, entre trabalhadoras, gestoras e usuárias do SUS, assim como a equipe técnica da Secretaria de Gestão, Educação e Trabalho e a Secretaria de Informação e Saúde Digital. O Anexo 1 apresenta alguns registros da intervenção, além das evidências dos resultados que serão detalhados na etapa de design. Entre todos os envolvidos, 3 (10%) homens e 27 (90%) mulheres. Entre os participantes estavam, indígenas, quilombolas, representantes da comunidade periférica, representantes de movimentos rurais, entre outros perfis alinhados à diversidade para a saúde. O Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das

Trabalhadoras no SUS foi a política orientadora dessa ação. A Figura 14 apresenta uma composição de fotos registradas durante a oficina.

Figura 14. Fotos oficina de Equidade para as trabalhadoras do SUS



Fonte: Elaborado pela autora.

4.1.1. Política Pública: Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde

Instituída a partir da portaria GM/MS N° 230, DE 7 de março de 2023, o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde é uma iniciativa coordenada pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Este programa faz parte do compromisso anunciado, na ocasião, pelo governo federal para enfrentar as desigualdades de gênero e raça, reconhecendo o papel do Estado como promotor e articulador de estratégias e políticas públicas que buscam combater as desigualdades sociais persistentes.

O Programa é alicerçado em seis diretrizes: (1) Promover a política de equidade de gênero e raça no SUS; (2) Enfrentamento às diversas formas de violência

relacionadas ao trabalho na saúde; (3) Acolhimento às trabalhadoras da saúde no processo de maternagem; (4) Promover o acolhimento às mulheres, considerando seu ciclo de vida no âmbito do trabalho na saúde; (5) Saúde Mental e Gênero; e (6) Formação e educação permanente na saúde, considerando as interseccionalidades no trabalho na saúde. Com isso objetiva-se modificar as estruturas machistas e racistas que operam na divisão do trabalho na saúde e proporcionar uma estrutura de gestão e trabalho mais equânime que reflita e que possa refletir numa melhor qualidade no atendimento à população.

Além das diretrizes outra estrutura que dá base a política são seus princípios: (1) Inadmissibilidade de todas as formas de discriminação e preconceito de gênero, raça ou qualquer tipo de violência no âmbito do trabalho na saúde; (2) Laicidade do Estado; (3) Equidade; (4) Transversalidade da política de equidade de gênero e raça em todas as políticas públicas; (5) Defesa ampla da isonomia de direitos entre gênero e raça; (6) Reconhecimento da interseccionalidade na produção de desigualdade de gênero e raça no trabalho na saúde; e (7) Participação e controle social.

Com isso espera-se refutar comportamentos, práticas e discursos que gerem atos discriminatórios e preconceituosos, expressando e institucionalizando relações sociais de dominação e opressão. A formulação, implementação, avaliação e monitoramento da política de forma independente de princípios religiosos. O tratamento da iniquidade na medida de sua desigualdade, para alcançar a justiça social e assegurar os direitos humanos dos diferentes grupos sociais. A política também precisa estar presente em todos os programas e políticas do SUS. Adoção de práticas igualitárias, considerando a diversidade de raça e etnia, sendo um pilar fundamental da gestão.

Outra questão relevante é a garantia da consideração de categorias como raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária como fatores inter-relacionados, que influenciam as relações sociais no trabalho na saúde. Para além disso, a importância da promoção do debate e a participação das trabalhadoras do SUS na formulação, implementação, avaliação e controle social dessa política pública.

No âmbito dessa política alguns conceitos são apresentados oficialmente como: acolhimento, assédio moral, assédio sexual, cogestão, gênero, identidade de gênero, interseccionalidade, discriminação de gênero e sexualidade, e rede colaborativa.

Sobre acolhimento, ele envolve a escuta e resposta às necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Já o assédio moral e assédio sexual referem-se a comportamentos humilhantes ou constrangedores e atos de coerção sexual, respectivamente. Cogestão inclui novos sujeitos na análise e decisão de gestão. Gênero é o termo que organiza identidades e relações de poder socialmente construídas, enquanto identidade de gênero é a autoidentificação de uma pessoa em relação a questões de gênero. A Interseccionalidade analisa a interligação de sistemas discriminatórios, como racismo e sexismo. Discriminação de gênero e sexualidade envolve tratamento desigual baseado em gênero ou orientação sexual. Em contrapartida entende-se que uma rede colaborativa facilita a troca de informações e experiências em saúde pública.

4.1.2. Método

A base metodológica escolhida foi o Double Diamond. Por ser uma ferramenta flexível foi possível a aplicação das quatro etapas: descobrir, definir, desenvolver e entregar. Na fase de descobrir, o foco é compreender o problema através de pesquisas e coleta de insights. Na fase de definir, o objetivo é delimitar o problema com base nas informações obtidas. Na fase de desenvolver, são geradas e prototipadas soluções potenciais. Por fim, na fase de entregar, a solução selecionada é implementada e refinada para atender às necessidades dos usuários (Design Council, 2023).

A metodologia foi adaptada para o cenário de uma oficina de um dia, e foram selecionadas atividades para o cumprimento das etapas. Dessa forma foi estabelecida uma programação que pode ser vista na Tabela a seguir:

Tabela 4. Programação oficina de inovação equidade para as trabalhadoras do SUS

Atividade	Objetivo
Boas-vindas	Apresentação da dinâmica e fala das autoridades em agradecimento as participantes
Rodada de apresentação	Partilhar suas experiências e contexto de vida e promover um espaço aberto para compartilhamento de ideias

Palestra: Programa de Equidade das Trabalhadoras do SUS	Apresentar o contexto no qual a oficina está inserida e a política pública que o direciona
Poesia com a Nega Lu	Integração entre as participantes
Aquário	Compreender, na visão dos participantes, a respeito do que dificulta a equidade na Saúde
Linhas Cruzadas	Elaboração de uma mandala, a partir dos problemas levantados e conectar os problemas que se relacionam para propiciar a seleção do problema
Almoço	
<i>Personas</i>	Criar <i>personas</i> , para contribuir com o processo de criação de empatia dos participantes com a realidade dos profissionais da ponta, assim como gestores e usuários do SUS.
Geração de ideias (Crazy 8s + Museu de Arte)	Levantar o máximo de alternativas possíveis para solucionar os problemas priorizados, compartilhar as ideias, e selecionar as mais aderentes de acordo com a visão de todos.
Jornada do usuário	Estabelecer um fluxo de relação da <i>persona</i> com ideia proposta para o tema
Prototipação em baixa fidelidade	Materializar as ideias de funcionalidades para o APP e propor um nome
Apresentação dos grupos	Compartilhamento da solução completa entre os participantes
Encerramento	Agradecimentos e fotos

Fonte: Elaborado pela autora.

O processo do pensamento divergente para gerar ideias diversas e o pensamento convergente para selecionar as melhores soluções, apresentaram uma oportunidade para o cumprimento do objetivo. Por permitir a exploração e a geração de ideias, bem como o foco e a tomada de decisões e o desenvolvimento de soluções holísticas, esse quadro flexível se apresentou como uma metodologia consolidada e validada para iniciar o percurso de construção do design para políticas públicas com foco em equidade.

4.1.3. Procedimentos e resultados

No dia da oficina de inovação, realizada na sede da Fiocruz Brasília, os participantes foram recepcionados e receberam as boas-vindas das autoridades do Ministério da Saúde, representando as secretarias SEIDIGI e SGTES. Após esse momento, os participantes se apresentaram e compartilharam seus aplicativos

favoritos, destacando características importantes de aplicações úteis no cotidiano. Para o processo de imersão, iniciou-se com uma palestra sobre o programa, seguida por um momento cultural para conectar os participantes à realidade.

No processo de descoberta, foi realizada a dinâmica do aquário, onde as participantes se revezaram em quatro cadeiras para uma discussão autogerenciável, inspirada por frases projetadas. O objetivo era explorar e imergir no cenário existente. As pessoas foram divididas em três grupos com temáticas baseadas nos diferentes atores do SUS: usuários, profissionais e gestores.

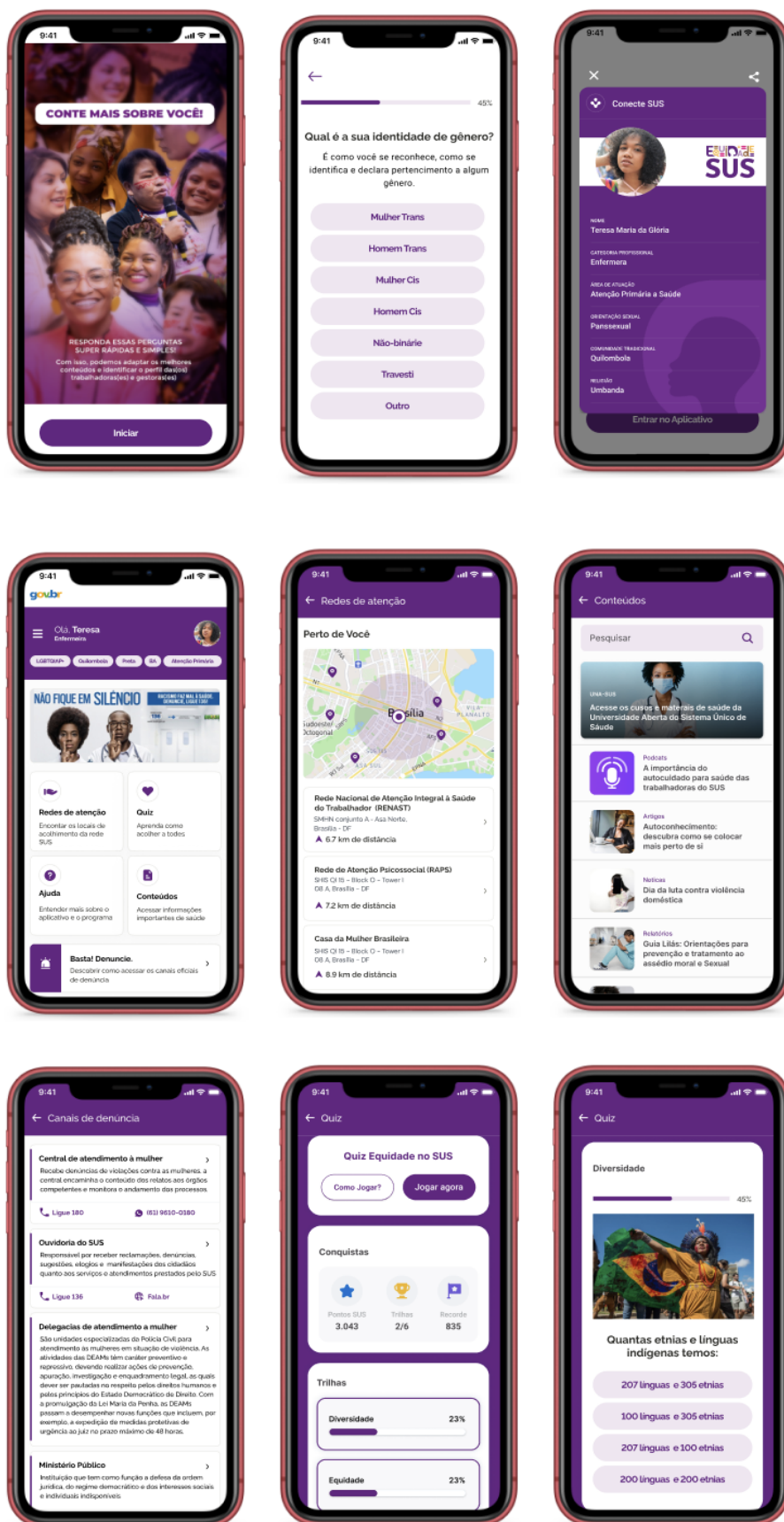
Na segunda etapa do Double Diamond, para o processo de decisão, foi realizada a dinâmica Linhas Cruzadas, onde os participantes identificaram e interligaram problemas para priorizá-los. Os problemas mais recorrentes envolviam comunicação, acolhimento, gestão, infraestrutura, cultura e valores, e assistência digna. Após o almoço, na etapa de desenvolvimento da solução, foi aplicado o mapa da empatia através das *personas*, explorando as necessidades de cada personagem representando uma categoria do SUS. Cada pessoa desenhou uma proposta de solução em 8 minutos, e as soluções foram votadas pelos grupos.

Na última etapa, a convergência do segundo diamante, foram construídas jornadas do usuário com as soluções propostas, alinhadas às necessidades das *personas* e à estrutura do aplicativo. Os grupos desenharam protótipos em baixa fidelidade a partir de componentes pré-construídos e sugeriram nomes para o app, como EquiSUS, Equidade SUS, Meu SUS e Eu SUS. Todas as etapas da metodologia foram contempladas, e o objetivo de criar o esqueleto da primeira versão do aplicativo foi cumprido.

Ao final da oficina, foi realizada uma avaliação facultativa da oficina, onde menos da metade dos participantes responderam, mas proporcionam retornos importantes para melhoria futuras oficinas, como a necessidade de maior duração, evidenciada no comentário: "Excelente iniciativa, boa participação das participantes, mas poderíamos ter tido mais tempo, pois a dinâmica é muito extensa para ser realizada em apenas dois turnos. Os moderadores foram simpáticos, empenhados e dispostos. A refeição estava incrivelmente saborosa." Os comentários também destacaram a importância de momentos colaborativos e de um espaço acolhedor e bem estruturado para a oficina.

Após a oficina, foi realizada a etapa de análise e síntese das informações, entretanto percebeu-se uma dificuldade em estruturar um relatório final, demonstrando a necessidade de uma estrutura de registro das informações durante a oficina. Com isso foi possível o desenvolvimento da primeira versão do protótipo em alta fidelidade e apresentada à comunidade para coleta de feedbacks e comemoração do avanço em um dos objetivos do programa. As percepções coletadas resultaram na remoção, inclusão e alteração de funcionalidades. O resultado do 'Miniaplicativo' foi integrado ao SuperApp Conecte SUS, com as interfaces evoluídas mostradas na Figura 15 a seguir.

Figura 15. Interfaces do Aplicativo Equidade SUS.



Fonte: Elaborado pela autora.

O projeto de desenvolvimento foi estruturado com o objetivo de promover informações sobre o Programa de Equidade de Gênero, Raça/Etnia e Valorização das Trabalhadoras do SUS, focando em equidade de gênero, identidade de gênero, sexualidade, raça, etnia e valorização das trabalhadoras. O aplicativo visa compartilhar dados, informações, documentos e pesquisas que permitam identificar situações de violência, preconceito e discriminação no SUS, além de fornecer acesso a canais de denúncia e informações sobre redes de atenção que assistem e protegem as mulheres trabalhadoras do SUS.

A primeira versão do aplicativo, foi construída a partir dos resultados da oficina e incluiu as seguintes funcionalidades: Tutorial de início, Formulário de cadastro, Home, Meu Perfil, Observatório de Dados, Basta! Denuncie, Redes de Atenção, Conteúdos, Campanhas, Acolher, Ajuda e Convidar amiga. O processo de co-design foi fundamental, direcionando todas as funcionalidades, algumas das quais entraram no backlog devido à complexidade do desenvolvimento do sistema. Nem todas as funcionalidades entraram na primeira versão, mas foram inseridas num backlog para futuras implementações.

O aplicativo foi lançado pela ministra da Saúde, Nísia Trindade, em 10/10/2023, durante o evento em comemoração aos 30 anos da Secretaria de Gestão, Educação e Trabalho, "Gente que faz o SUS acontecer", conforme noticiado pelo Sindicato dos Trabalhadores Técnico-Administrativos em Educação das Universidades Públicas Federais no Estado da Bahia - ASSUFBA.

Após três meses de uso, o aplicativo registrou 1.626 usuários, com 37% da região Sudeste, 10% do Norte, 12% do Sul, 28% do Nordeste e 13% do Centro-Oeste. A categoria profissional mais assinalada pelos usuários foi "outras categorias profissionais", seguida por técnico de enfermagem e enfermeiro. Outra informação sobre o perfil desses trabalhadores da saúde é que 43% deles atuam na atenção primária à saúde, seguidos por 18% que atuam na atenção especializada à saúde. A maior parte do público é composta por mulheres cis (47%), com 58% se declarando negras, sendo dessas 44% se declaram pardas.

4.2. Experimento 2 - Equidade Étnico-Racial para Saúde Digital

O enfrentamento ao racismo, especialmente na população negra e indígena, é crucial no contexto da promoção da equidade e participação na Saúde Digital. Nessa

oficina o Programa Conecte SUS foi explorado para apoiar a equidade étnico-racial na Saúde Digital, utilizando a abordagem 'espaço seguro' das práticas decoloniais em design.

A oficina, fundamentada no método Espaço Seguro, se propôs a atingir alguns objetivos como: definir equidade étnico-racial na saúde, estabelecer diretrizes para Saúde Digital, identificar funcionalidades cruciais para um aplicativo específico e mapear uma jornada para a equidade. Essa abordagem estimula a valorização das vozes da comunidade na formulação de políticas públicas, passando pelas etapas de criação de um "espaço seguro", prototipação e ampliação para um contexto público. O intuito da oficina foi encontrar possíveis respostas para a pergunta: como o Conecte SUS pode apoiar a equidade étnico-racial na saúde digital?

As informações utilizadas são oriundas do relatório de resultados da oficina, dentro do escopo das entregas do dentro do escopo da parceria que o Ministério da Saúde possui com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).

Para entender como o Conecte SUS poderia apoiar a inclusão digital na saúde, a partir de um processo de escuta ativa das demandas e necessidades de grupos histórica e socialmente marginalizados, foi realizada uma oficina de inovação. Por isso, optou-se pela utilização abordagem das práticas decoloniais do design, em específico o método Espaço Seguro, a oficina foi realizada entre os dias 19 e 22 de setembro em Brasília, no Hotel Let's Idea.

Na composição dos participantes da oficina foram recebidas indicações das seguintes instituições, que enviaram representantes: Gabinete do Ministério da Saúde (GAB/MS); Secretaria de Saúde Indígena (SESAI/MS); Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA/MS); Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI/MS); Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas e Combate e Superação do Racismo do Ministério da Igualdade Racial (SEPAR/MIR); Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Conselho Nacional de Saúde (CNS); Círculo Palmarino; Rede Afro LGBT; Associação de Mulheres pela Equidade (AME); Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS); Cortês e Companhia; Instituto Brasileiro de Transmasculinidade (IBRAT); Movimento de Mulheres Camponesas (MMC); Associação de Moradores, Produtores Rurais, Pescadores e

Aquicultores do Estado do Acre (AMPPAAC); Associação de Mulheres Negras do Acre (AMN); Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO); Frente Nacional pela Saúde de Migrantes (FENAMI); Rede Nacional de Religiões Afro-brasileiras Saúde (RENAFRO); Projeto Perpetuar; Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) / Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Os participantes foram indicados pelas instituições descritas.

O perfil dos participantes foi composto por 40 pessoas, mais da metade dos participantes teve participação integral, entretanto os demais participaram parcialmente em alguns dias, ou em falas específicas como a mesa de abertura. A maior parte dos participantes (29) são do gênero mulher (72%) e 12 pessoas do gênero homem, sendo apenas duas pessoas transgênero. A figura 16 apresenta alguns registros de foto da oficina.

Figura 16. Fotos da Oficina de Equidade étnico-racial para Saúde Digital.



Fonte: elaboração própria

4.2.1. Política Pública: Conecte SUS

O Conecte SUS, estabelecido pela Portaria GM/MS nº 1.434 de maio de 2020, é um programa do Governo Federal coordenado pelo DATASUS/SE/MS instituído pelo Ministério da Saúde. Focado na informatização da atenção à saúde, busca integrar estabelecimentos de saúde e órgãos de gestão para garantir acesso à informação essencial à continuidade do cuidado. Permite que cidadãos acompanhem sua trajetória no SUS e profissionais de saúde tenham acesso a informações valiosas para aprimorar o atendimento e tomada de decisões.

O contexto do programa se dá a partir do final de 2020, com a publicação da OMS a respeito da Estratégia Global de Saúde Digital. No mesmo período a ESD 20-28 foi publicada, assim como foi revisada a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Nesse sentido, o objetivo do programa que abarca tanto as plataformas conecte SUS quanto a RNDS, se propõe a conectar atores e dados em saúde de todo o país, alinhando-se ao conceito de Plataforma Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais de Saúde, possibilitando a interoperabilidade de qualquer sistema de informação de saúde do país.

Já as plataformas do programa, eram divididas em três diferentes sistemas: Conecte SUS cidadão; Conecte SUS profissional e conecte SUS gestor, sendo que o último não foi implementado. O principal objetivo das plataformas era assegurar a continuidade do cuidado promovendo uma melhor relação do paciente com suas informações de saúde.

4.2.2. Método

A oficina, utilizou a abordagem de design decolonial chamado “espaço seguro”, baseada no estudo Práticas Decoloniais em design: Criando espaços seguros para vozes plurais contestaram passados, presentes e futuros². Esse estudo, realizado na Namíbia com jovens nascidos após a independência em 1990, aborda o desafio desses jovens em discutir a história colonial e a luta de libertação, enquanto se espera que valorizem os sacrifícios feitos pelos líderes da independência. A metodologia foi adaptada para guiar o planejamento e a execução da oficina.

² Decolonial design practices: Creating safe spaces for plural voices on contested pasts, presents, and futures" (Kambunga, 2023).

A programação baseada nas práticas decoloniais do design inicia-se com o estabelecimento de um espaço seguro, constituído por um grupo organizador diverso e representativo, incluindo membros do governo federal que atuam em áreas ligadas à inclusão étnico-racial na saúde. O referido grupo se reuniu virtualmente nos dias 28/08 e 14/09 e presencialmente no dia 06/09 para criar o espaço seguro e planejar a oficina. A partir daí se consolidou a adaptação da metodologia. Este espaço foi criado a partir de reuniões, onde a proposta foi apresentada, o tema principal definido e os participantes selecionados. O grupo organizador se reuniu presencialmente para compartilhar experiências e definir temas específicos.

A oficina, realizada entre 19/09 e 22/09, incluiu a contextualização e construção do espaço seguro com os participantes, compartilhamento de experiências, desconstrução ativa, co-criação de narrativas alternativas, construção de *personas*, elaboração de maquetes e prototipação de soluções. A metodologia que inspirou o projeto prevê, na etapa final, a expansão do espaço seguro para um espaço público; entretanto, essa etapa ainda não foi concluída até a data deste estudo. Diferente do projeto realizado na Namíbia, que ampliou através da abertura de um museu, para o governo federal é importante endereçar e implementar soluções na ampliação para o espaço público, reforçando o compromisso do estado em converter as necessidades da população em ações práticas. Planeja-se realizar essas entregas por meio de encontros on-line, com os participantes da oficina atuando como multiplicadores em seus territórios, focando no aperfeiçoamento das soluções e colhendo novas sugestões para os protótipos desenvolvidos. A programação efetivamente aplicada na oficina, etapa 2 da metodologia adaptada, foi a seguinte:

Tabela 5. DIA 1 - Equidade étnico-racial para saúde digital

Atividade	Descrição
1. Recepção e acomodação	Acolhimento das(os) participantes
2. Mesa de Abertura	Início oficial das atividades, com falas de autoridades e representantes institucionais
3. Contextualização	Apresentação sobre o processo de construção do espaço seguro e alinhamento sobre as expectativas de resultados da oficina (Luis Eduardo Batista)

	Apresentação sobre Saúde Digital: o que é e o que vem sendo feito (Thais Lucena de Oliveira)
4. Apresentação dos participantes	Compartilhamento de: nome; de onde vem; instituição que representa; qual sua relação com equidade étnico-racial; qual sua relação com Saúde Digital; e algo pessoal que gosta.
5. Parâmetros para o nosso espaço seguro	Indicação, por cada participante, do que precisa ter e do que não pode ter no espaço seguro
6. Compartilhamento de experiências	Dinâmica do aquário (fishbowl): discussão sobre os tópicos definidos previamente pelo grupo organizador
7. Desconstrução ativa	Análise, pelo olhar da equidade étnico-racial, de campanhas de comunicação veiculadas recentemente pelo Ministério da Saúde
8. Checando nosso espaço	Avaliação quantitativa de quanto as pessoas estão se sentindo seguras no espaço da oficina
9. Avaliação do dia	Avaliação do primeiro dia de oficina, verificando aspectos positivos ("que bom") e aspectos negativos ("que pena"), e coletando sugestões ("que tal")

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 6. DIA 2 - Equidade étnico-racial para saúde digital

Atividade	Descrição
10. Recepção e acomodação	Acolhimento das(os) participantes
11. Check-in	Quebra-gelo e aquecimento por meio do jogo "Eu fui para a Lua"
12. Racismo na Saúde	Apresentação sobre o contexto do racismo na saúde tendo em vista perspectiva da população negra (palestrante: Marcos Vinícius da Silva Cordeiro) e da população indígena (palestrante: Vanderson Huni Kui)
13. Co-criação de narrativas alternativas - Parte 1	Definição de 4 temas principais para orientar a construção de soluções, por meio das dinâmicas de "toró de ideias" (brainstorming) e de votação por bolinhas (dot voting)
14. Co-criação de narrativas alternativas - Parte 2	Criação de <i>personas</i> (uma para cada tema definido na dinâmica anterior)
15. Co-criação de narrativas alternativas - Parte 3	Construção de maquetes que materializem a <i>persona</i> construída no contexto do tema selecionado
16. Checando nosso espaço	Avaliação quantitativa de quanto as pessoas estão se sentindo seguras no espaço da oficina

17. Avaliação do dia

Avaliação do primeiro dia de oficina, verificando aspectos positivos ("que bom") e aspectos negativos ("que pena"), e coletando sugestões ("que tal")

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 7. DIA 3 - Equidade étnico-racial para saúde digital

Atividade	Descrição
18. Recepção e acomodação	Acolhimento das(os) participantes
19. Check-in	Quebra-gelo e aquecimento por meio do jogo "Pedra, papel e tesoura corporal"
20. Geração de ideias para materialização de narrativas alternativas	Dinâmica "8 minutos muito loucos" (crazy8s), na qual, em grupos, os(as) participantes desenharam 8 etapas sequenciais para as personas no contexto do tema selecionado
	Dinâmica "Abrindo a Gira" (World Café e Museu de Arte), por meio da qual os grupos puderam conhecer e contribuir com o as ideias dos demais
21. Solução em uma frase	Após o compartilhamento dos feedbacks recebidos pelas soluções na dinâmica anterior, cada grupo resumiu em uma frase (convergência) qual será a solução do grupo
22. 5 Porquês	Dinâmica utilizada para verificar se a solução está, de fato, endereçando causa raiz do problema
23. Jornada	Mapeamento de qual seria a jornada ideal da persona no uso da solução
24. Definição dos contornos da solução	Apresentação sobre as funcionalidades já existentes no Conecte SUS, para que as(os) participantes entendam quais são as possibilidades para as soluções a serem desenvolvidas
25. Prototipação	Construção de protótipos para as soluções desenvolvidas, por meio do desenho em componentes impressos
26. Compartilhamento	Apresentação dos resultados da prototipação de cada grupo

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 8. DIA 4 - 22 de setembro de 2023 - 08h30 as 11h30.

Atividade	Descrição
27. Recepção e acomodação	Acolhimento das(os) participantes
28. Check-in	Quebra-gelo e aquecimento por meio da apresentação da Palhaça Jacinta

29. Avaliação geral e encerramento

Dinâmica do aquário (fishbowl): as(os) participantes foram convidados a falar sobre suas impressões e sentimentos sobre a oficina, com espaço para também compartilhar sobre encaminhamentos considerados necessários.

Fonte: Elaborado pela autora.

A programação para os quatro dias de oficina, apresentada anteriormente, é o resultado do planejamento realizado pelo grupo organizador e das adaptações necessárias realizadas ao longo da oficina, a partir da observação do comportamento do grupo e da necessidade de mais ou menos tempo para determinada dinâmica ou da inclusão de novas atividades complementares.

Na aplicação oficina iniciou com um momento de boas-vindas, seguido pela mesa de abertura, onde autoridades dos ministérios envolvidos e demais entidades participantes apresentaram a importância do evento. Em seguida, os participantes se apresentaram e duas apresentações expositivas foram realizadas: uma sobre o processo de construção da oficina e outra sobre Saúde Digital. Após essas apresentações, iniciou-se a dinâmica de construção do espaço seguro, na qual cada participante indicou, em post-its, o que deveria estar presente ou ausente nesse espaço, conforme sua percepção.

4.2.3. Procedimentos e resultados

A ferramenta de geração de espaço seguro usada foi o compartilhamento de frases que são apresentadas quando os participantes se sentem seguros e quando não se sentem seguros, estabelecendo um combinado coletivo. Dentre os principais tópicos apresentados no quadro "Me sinto segurx quando..." estavam: respeito, diálogo, empatia, articulação de redes, diversidade, escuta ativa, pertencimento e comunicação acessível. Em contrapartida, no quadro "Não me sinto segurx quando...", as principais temáticas abordadas foram: julgamento, medo, falar em público, silenciamento, elitização e isolamento. Uma vez estabelecidos coletivamente os parâmetros para um ambiente seguro, esses combinados foram frequentemente referenciados pelos facilitadores e participantes para manter a atmosfera acolhedora.

Com o espaço seguro estabelecido foi possível dar início a etapa de compartilhamento de experiências, a dinâmica utilizada para orientar esse diálogo foi o aquário (fishbowl), dinâmica na qual, uma pessoa por vez, fala dentro de um pequeno círculo de cadeiras, sendo que uma cadeira deve ficar sempre vazia e não

pode haver mais de uma cadeira vazia, para que haja rotatividade de falas e muitas pessoas participem. Os temas abordados foram definidos previamente pelo grupo organizador sendo eles: Acesso aos serviços de saúde; Violência obstétrica e Saúde Reprodutiva; Sistemas heteronormativos e cisgênero; Acesso à informação; Comunicação com a população; Atendimento na saúde e racismo institucional e homofobia.

Na sequência, as(os) participantes foram convidadas(os) a analisar algumas campanhas de comunicação do Ministério da Saúde veiculadas em 2023, tendo em vista o aspecto étnico-racial, de modo a identificar problemas, discutir causas e pensar em como essas campanhas deveriam ter sido realizadas em um contexto de equidade étnico-racial. Isso se alinha à metodologia original ao passo que trás a análise do passado para transformações futuras. Ao término do primeiro dia de oficina, ao verificar com as(os) participantes o quanto, em uma escala de 1 a 5, elas(es) estavam se sentindo seguras(os), a nota média foi de 4,5, com a indicação de algumas sugestões que foram acatadas para o segundo dia de oficina.

Já no segundo dia 20/09/23 iniciou-se com duas falas expositivas sobre o contexto do racismo na saúde tendo em vista a perspectiva da população negra e da população indígena, de modo a equalizar as definições conceituais em todo o grupo. Na sequência, foi realizada a primeira dinâmica do dia, a qual teve por objetivo definir, coletivamente, quais seriam os quatro principais temas que passariam a orientar o desenvolvimento de soluções no restante da oficina. Para tanto, os(as) participantes escreveram suas propostas em post-its, os quais foram agrupados, por semelhança, em macro categorias e, em seguida, foi realizada uma votação nas categorias por meio de bolinhas adesivas (dot voting), com 3 votos por pessoa. Os agrupamentos resultantes da dinâmica foram: reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades; capacitação de profissionais; Saúde mental; Dados e informações, sendo esses os 4 grupos mais votados que seguiram para as próximas etapas, outros temas também foram abordados como: instrução para a população e combate a fake news e escuta ativa e interação do usuário com o sistema de saúde.

Após a definição dos temas, as(os) participantes foram divididas(os) em grupos e convidadas(os) a criarem uma *persona* para cada um dos temas selecionados. Uma *persona* é uma personagem fictícia que reúne e explicita características de pessoas reais,

ajudando a compreender quais são as necessidades e expectativas de um determinado grupo de pessoas, de forma empática e humanizada. Com as *personas* construídas, passou-se para a última atividade do segundo dia de oficina: a criação de maquetes para materializar, de forma visual, situações da *persona* no contexto do respectivo tema trabalhado pelos grupos. Os resultados são apresentados a seguir. Assim como foi feito no primeiro dia, ao término do segundo dia da oficina também foi verificado com as(os) participantes o quanto, em uma escala de 1 a 5, elas(es) estavam se sentindo seguras(os). Observou-se um pequeno aumento da média do dia anterior, passando de 4,5 para 4,6.

As duas primeiras dinâmicas do dia 21/09, terceiro dia de oficina, tiveram por objetivo iniciar o processo de desenvolvimento de soluções para os problemas identificados e aprofundados ao longo dos dois primeiros dias. Na primeira dinâmica, "8 minutos muito doidos" (Crazy 8s), os(as) participantes, em grupo, mas de forma individual, foram convidados(as) a desenhar 8 etapas sequenciais para as *personas* no contexto de seu respectivo tema, tendo em vista a existência de soluções que possam contribuir para o enfrentamento do problema identificado. Os desenhos foram apresentados no interior de cada um dos grupos e, na sequência, realizou-se a dinâmica "Abrindo a Gira" (World Café e Museu de Arte), na qual um(a) representante de cada grupo ficou fixo, para apresentar os resultados do seu grupo, e os(as) demais circularam pelos demais grupos, para conhecer as ideias dos outros grupos e dar contribuições. Ao final das rodadas, a pessoa que ficou fixa em cada grupo repassou os comentários e sugestões recebidos para os demais integrantes de seus respectivos grupos. Cada grupo recebeu o desafio de sintetizar a sua solução em uma frase.

1. Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades: Cocriar uma ferramenta de Saúde Digital que permita a construção recíproca de produção de saúde com princípios da equidade, visando fortalecer a autonomia do usuário e a responsabilidade dos entes federativos
2. Capacitação de profissionais: A formação em equidade étnico-racial deve contemplar a formação inicial, ser continuada e permanente, garantindo a troca de saberes
3. Saúde Mental: Criar um portal / mini app entre os usuários com conteúdos (raça, gênero, comida, cultura pop, práticas integrativas)

4. Dados e informação: A utilização do agente de saúde indígena para que o Estado inicie o processo de escuta ativa das comunidades e, a partir disso, construa um espaço acolhedor e respeitoso dentro do Conecte SUS, contribuindo para que os grupos se sintam confortáveis em fornecer seus dados, entendendo que essas informações voltarão para a comunidade de forma benéfica.

Com as frases definidas, os grupos utilizaram a dinâmica dos 5 porquês para verificar se as soluções descritas por meio de suas respectivas frases estavam, de fato, voltadas para as causas fundamentais e originárias do problema. Após essa reflexão foi realizada a construção das jornadas, a partir de uma apresentação sobre as funcionalidades já existentes no Conecte SUS, as(os) participantes compreendam quais são as possibilidades para as soluções a serem desenvolvidas. A partir dos resultados das jornadas e das informações da apresentação, deu-se início ao desenvolvimento dos protótipos para as soluções propostas. A prototipação foi realizada utilizando elementos impressos (telas de celular, telas de tablet, telas de computador, gráficos, seções de telas, dentre outros).

Por fim, a manhã do quarto e último dia de oficina esteve voltada para ouvir as(os) participantes acerca de suas impressões sobre a oficina e sugestões de encaminhamentos para os resultados obtidos ao longo dos quatro dias de trabalho coletivo. Essa discussão foi organizada por meio da dinâmica do aquário (fishbowl). Algumas falas marcantes podem ilustrar como foi a experiência dos participantes com a oficina: "Eu me senti segura aqui", "As pessoas ainda não entendem o que é a equidade e sua importância", "Políticas públicas sempre são uma construção coletiva", "A saúde digital ainda exclui algumas pessoas. como mudar?"

Com relação ao objetivo da oficina e aos seus resultados, observa-se que a oficina produziu como resultados boas sugestões de melhorias e funcionalidades para o Conecte SUS, materializadas por meio dos protótipos desenvolvidos, bem como aprendizados sobre aspectos que precisam ser considerados no processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de políticas públicas de saúde para que seja possível alcançar uma maior equidade étnico-racial. Ainda que conceitos e diretrizes não tenham sido formalmente definidos e consensuados durante a oficina,

ela foi capaz de produzir insumos valiosos para tais definições, orientando o planejamento da Saúde Digital e o estabelecimento de uma jornada digital mais inclusiva e equitativa.

Os participantes responderam a uma pesquisa de avaliação geral da oficina, por meio de um formulário on-line compartilhado ao final da oficina. Os resultados dessa pesquisa, que abordou aspectos como a estrutura física da oficina, a metodologia e a dinâmica adotada, a duração das atividades em relação aos objetivos, os conteúdos apresentados e a relevância e a pertinência das atividades, indicaram uma avaliação nas categorias "ótimo" e "bom" para todos os itens avaliados. Os resultados da oficina foram sistematizados simultaneamente através da facilitação gráfica da empresa Tradução Visual e podem ser verificados no Anexo 2. Além disso, a equipe do HAOC desenvolveu ao longo dos dois meses seguintes um relatório sintetizando os resultados gerados na oficina.

Observa-se que a oficina obteve êxito na adaptação e aplicação da metodologia de referência do espaço seguro, na medida em que foi possível utilizar os mesmos princípios da abordagem de referência, mas em um contexto diferente, com espaço de tempo menor e um objetivo mais voltado para ferramentas tecnológicas de saúde. Isso foi possível pela abordagem que permitiu a criação de um ambiente socialmente desenvolvido para pensamentos, ações e aprendizado mútuo em contextos políticos e contestados. Trata-se de uma prática de design decolonial que permite que pesquisadores e participantes se envolvam livremente em pesquisas colaborativas, permitindo desenvolver novas formas de saber, ser e fazer capazes de reduzir possíveis temores de repercussão ou julgamento por parte de outros membros da sociedade.

Apesar dos esforços empreendidos para a formação de um grupo o mais diverso, representativo e inclusivo possível, alguns participantes destacaram que alguns grupos poderiam estar melhor representados na distribuição das(os) participantes da oficina, como é o caso, por exemplo, das pessoas trans e quilombolas. De todo modo, mesmo com alguns apontamentos construtivos de melhorias, a oficina foi muito bem avaliada por todas(os) as(os) participantes, os(as) quais ressaltaram a importância da existência de espaços nos quais as necessidades e sugestões de um

grupo diverso e que representa as demandas de parcelas histórica e socialmente desfavorecidas da população são efetivamente ouvidas e consideradas pelo Estado.

Como encaminhamento da oficina e continuidade da aplicação da metodologia do espaço seguro no contexto do design decolonial, a próxima etapa deverá contemplar o planejamento e a execução da etapa 3 de expansão para o espaço público, a qual consiste na extensão do espaço seguro para um público mais amplo, colhendo novas sugestões para os protótipos desenvolvidos na oficina. Algumas atuações pontuais já foram realizadas como encaminhamento das necessidades discutidas na oficina, destaca-se a publicação do Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra como Miniapp embarcado no Aplicativo Conecte SUS, além do desenvolvimento do projeto de autodeclaração do campo raça/cor no app pelos cidadãos.

4.3. Recomendações

A partir da realização e acompanhamento dos resultados e o impacto político dos dois experimentos, foram construídas recomendações para o estabelecimento do instrumento design decolonial para políticas públicas. Os principais insumos foram as avaliações da oficina respondidas voluntariamente por parte dos participantes, assim como a percepção do grupo organizador e expectativas da gestão do Ministério da Saúde.

A tabela 10 apresenta a comparação entre os experimentos com intuito de facilitar a análise dos resultados e entender os pontos positivos e negativos das duas abordagens, que possuem características muito distintas, para construção do referido instrumento.

Tabela 9. Comparação de elementos entre os experimentos.

Critério	Experimento 1	Experimento 2
Tempo de planejamento	1 mês	2 meses
Recurso dedicado	Não houve recurso dedicado	PROADI-SUS
Grupo organizador	7 pessoas	15 pessoas
Base metodológica	Double Diamond	Safe Space: Decolonial Design Pratices
Dias de oficina	1	4
Abrangência de representação regional	Apenas DF	Nacional, representação de todas as regiões do Brasil
Número de facilitadores	1	2
Número de apoiadores/ observadores	3	7
Número de participantes	25	40
Envolvimento dos participantes	Integral, todos os participantes estavam em todas as atividades	Parcial, alguns participantes estiveram em apenas algumas atividades
Perfil dos participantes	Indicados pela secretaria, não houve avaliação sociodemográfica	Indicados pelas instituições e movimentos sociais, não houve avaliação sociodemográfica
Tempo de evolução para etapa seguinte	15 dias, para o início do desenvolvimento do App	Indeterminado

Fonte: elaboração própria

Com relação ao planejamento da oficina verificou-se que o tempo ideal para preparação é de no mínimo 3 meses, o curto tempo de planejamento para as oficinas acarretou prejuízos como: falta de informações importantes para etapa da análise, convite e envio de passagens para os participantes dias antes da oficina, inviabilidade da participação de pessoas, entre outros problemas.

Outro fator importante é a necessidade de um recurso dedicado para realização da oficina, por ser uma atuação que demanda deslocamento dos participantes, alimentação, material de escritório, espaço, relatoria, entre outros custos é importante que haja um provisionamento de recurso dedicado para a ação.

Sobre a quantidade de dias identificou-se que em um dia não é possível investir o tempo necessário para estabelecimento de um espaço seguro e confiança entre os participantes. Entretanto, no segundo experimento verificou-se que a quantidade de dias impossibilitou que os participantes estivessem integralmente no processo, o que pode afetar os resultados. Dessa forma recomenda-se que oficinas como essa tenham no mínimo 3 dias de duração, mas que sejam criados mecanismos para garantir uma participação integral dos participantes.

A respeito da abrangência, verificou-se uma grande dificuldade de garantir a diversidade de participação, por isso recomenda-se uma mudança na estratégia: ao invés de trazer participantes a Brasília, ir até as comunidades para realização do evento.

Sobre o número de facilitadores verificou-se que, independente do número de pessoas, idealmente se tem dois facilitadores principais, e outros facilitadores que possam acompanhar a divisão dos grupos, assim como um observador para cada 5-8 participantes, garantindo assim que a escuta será registrada e as informações não serão perdidas, assim como a contratação de recursos de relatoria e facilitação gráfica para apoiar a análise.

O número de participantes pode variar muito de acordo com o objetivo da oficina, mas seguindo as recomendações de número de facilitadores e observadores por participante é possível dimensionar. Sugere-se que oficinas como essa não sejam feitas com mais de 50 participantes, pois o intuito é aprofundar e garantir o maior espaço de fala possível para todos os participantes. Outra questão necessária a ser pontuada como recomendação é a estruturação de um método de seleção de

participantes mais detalhado e que considere questões sociodemográficas para garantir a representatividade na oficina e viabilizar análises dos resultados da oficina.

Um fator sensível é a disponibilidade de participação integral dos participantes, é de extrema importância que os participantes estejam exclusivamente dedicados a esse processo para que o espaço de confiança seja mantido sem inserção ou retirada de participações importantes para o elo criado, além do risco de perder informações. Contudo, é um verdadeiro desafio garantir a participação integral visto que os participantes são voluntários.

A respeito da evolução para etapas seguintes verificou-se que objetivos mais delimitados como do experimento 1, tendem a materializar melhor as ideias, o que viabiliza ações de curto prazo, na ocasião a primeira versão do App foi desenhada na própria oficina e após duas semanas de refinamento e validação iniciou-se o processo de desenvolvimento, em menos de 4 meses o aplicativo já estava disponível. Já com relação ao experimento 2, não é possível precisar um tempo de evolução da solução, por ter um objetivo mais abrangente voltado a diretrizes e menos a produtos, foi difícil precisar quais das ações seguintes tiveram impacto exclusivo da oficina.

Por fim, recomenda-se então que o instrumento seja composto por 5 etapas: preparação, imersão e descoberta, criação, prototipação, síntese e evolução. A partir disso conclui-se a aplicação do instrumento e a solução está pronta para ser implementada.

5. Design decolonial para políticas públicas

Esse capítulo discute aspectos do Programa SUS Digital e sua linha de equidade para compor o contexto da realização da aplicação do instrumento. Também serão detalhadas os princípios e estruturas do instrumento e suas respectivas atividades, bem como a realização da oficina de transformação digital em saúde para o Complexo da Maré, bairro localizado na Zona Norte da capital fluminense, para validação do instrumento proposto.

5.1. Programa SUS Digital

O Programa SUS Digital tem como objeto principal a saúde digital, que de acordo com a Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024, que institui o Programa SUS Digital aponta a necessidade de ser tratada de forma multidisciplinar na intersecção entre tecnologia, informação e saúde. Este programa incorpora software, hardware e serviços como parte do processo de transformação digital, abrangendo sistemas de informação interoperáveis, registro eletrônico de dados de saúde, ciência de dados, inteligência artificial, telessaúde, aplicações móveis de saúde, plataformas, aplicativos, dispositivos vestíveis, robótica, medicina personalizada e internet das coisas, entre outras tecnologias voltadas para o setor de saúde.

O programa é estruturado em três eixos principais que orientam suas ações e estratégias. O Eixo 1, cultura de saúde digital, formação e educação permanente em saúde, promove iniciativas de formação contínua, fortalecimento do ecossistema de saúde digital, uso de estudos e evidências para incorporação de tecnologias, proteção de dados pessoais e qualificação dos registros em saúde. O Eixo 2 foca em soluções tecnológicas e serviços de saúde digital no âmbito do SUS, incluindo a informatização do SUS, melhoria da infraestrutura digital, segurança dos sistemas e dados, e fortalecimento da saúde digital para populações vulneráveis. Já o Eixo 3 trata da interoperabilidade, análise e disseminação de dados de saúde, promovendo a interoperabilidade de dados, governança no compartilhamento de dados, elaboração de diretrizes e protocolos, e a preservação da qualidade e segurança da informação em saúde.

A operacionalização do programa e a unificação das terminologias adotadas incluem definições como cultura de saúde digital, dados pessoais sensíveis de saúde e ecossistema de saúde digital. O Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital

(INMSD) permite aferir o grau de maturidade digital de estados, municípios e do Distrito Federal, enquanto o Laboratório de Inovação em Saúde Digital promove o desenvolvimento de soluções inovadoras. A maturidade digital refere-se ao grau de organização e integração digital dos processos de trabalho e gestão do cuidado em saúde.

As modalidades de serviços de telessaúde abrangidas pelo programa incluem teleconsultoria, teletriagem, teleconsulta, telediagnóstico, telemonitoramento, teleinterconsulta, teleducação, segunda opinião formativa e telerregulação. Esses serviços utilizam tecnologias de informação e comunicação para melhorar a qualidade e acessibilidade dos cuidados em saúde.

O Programa SUS Digital visa promover a transformação digital no Sistema Único de Saúde (SUS), facilitando o acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde. Seus objetivos específicos incluem fomentar o uso ético e crítico de novas tecnologias, propor soluções digitais colaborativas, promover a formação em saúde digital, sensibilizar os atores do SUS para o uso das tecnologias, ampliar a maturidade digital, fortalecer o ecossistema de saúde digital e a participação social, promover a interoperabilidade de dados e reduzir a desigualdade no acesso às soluções de saúde digital nas diversas regiões do país (Ministério da Saúde, 2024).

No tocante a equidade o programa tem em uma das suas atuações uma linha de equidade que inclui diversas iniciativas que visam garantir a inclusão étnico-racial e a melhoria do acesso à saúde para populações negras, quilombolas e indígenas. A obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos sistemas de informação em saúde, implementada a partir de abril de 2023, busca qualificar a gestão e as ações do sistema de saúde, proporcionando dados de qualidade para pesquisa e elaboração de políticas públicas voltadas para essas populações. Além disso, oficinas de inovação, como a Oficina de Inovação para a Equidade e a Oficina de Inovação Étnico-Racial, foram realizadas para desenvolver aplicativos e diretrizes que promovem a equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde digital. Exemplos dessas iniciativas incluem o aplicativo "Equidade SUS" e propostas de inclusão de diretrizes étnico-raciais para a saúde digital, resultantes da participação ativa de representantes comunitários e profissionais de saúde. Esses esforços são complementados por programas específicos, como a Missão Roraima, que levou conectividade e serviços de

telessaúde a territórios indígenas, e o Programa Dignidade Menstrual, que combate a pobreza menstrual e promove o bem-estar das pessoas que menstruam, garantindo acesso a absorventes gratuitos pelo aplicativo Meu SUS Digital.

5.2. O instrumento

O instrumento de design decolonial tem como objetivo estabelecer etapas de planejamento e condução de oficinas de inovação participativas no contexto das políticas de Saúde Digital. Essa construção foi fundamentada na revisão da literatura e criada por meio realização de experimentos para incorporar os princípios estabelecidos e experimentos baseados em metodologias estabelecidas, e nas ferramentas do design participativo.

Nesse sentido, as políticas públicas têm como finalidade colocar o governo em ação, avaliá-lo e propor melhorias para sua maior efetividade de forma a tratar os problemas sociais (Silva e Cabral, 2023). Ela é extremamente influenciada pelas pessoas que detêm o poder de decisão e implementação delas. A racionalidade limitada nas políticas públicas é uma questão crítica, mas abordagens científicas podem reduzi-la (Souza, 2006). Ranerup (1998) conclui que a participação de representantes dos usuários contribui para a democracia deliberativa, e Blomkamp (2018) destaca as promessas do co-design para políticas públicas, permitindo o envolvimento dos cidadãos na solução de problemas complexos. Destaca-se a capacidade de otimizar a eficiência econômica e a resposta da política pública, maximizando a racionalidade do processo.

Silva e Cabral (2021) apontam as políticas públicas, em uma de suas vertentes, como resultado dos avanços dos movimentos sociais que identificam a elaboração de políticas a partir da articulação comunitária. Essas redes, devidamente ativadas, podem estabelecer colaborações com os representantes do poder público responsáveis por implementar as políticas governamentais. O envolvimento desses movimentos, tem o potencial de conferir ao processo de políticas públicas, possibilidades decoloniais. Sem a implementação de políticas públicas, a realização dos direitos humanos se torna inviável, e sem o engajamento da sociedade civil na construção dessas políticas, o tema da promoção dos direitos humanos não pode ser adequadamente considerado (Silva & Cabral, 2023; Teixeira, 2020).

As práticas decoloniais em design configuram-se como um caminho potencial de elaboração, promoção, implementação e avaliação de políticas públicas. Para Mbembe (2019), as políticas de restituição autêntica são indissolúveis de uma capacidade da verdade, exibindo a necessidade do reconhecimento da gravidade dos danos gerados e dos erros cometidos, do ponto de vista dos estudos decoloniais. A partir disso, verificamos o fomento às lutas subalternas pela autonomia, o aprendizado mútuo e o compartilhamento de conhecimentos, como oportunidade de contribuição do design para emancipação política através de processos dialógicos (Escobar, 2017; Cruz, 2021; Kambunga et al, 2023).

Analisando a correlação dessas práticas em design com a democracia e as políticas públicas, observou-se como o design participativo aliado às práticas decoloniais em design cria um ambiente propício para promoção de políticas públicas. Para organizar as relações encontradas entre esses elementos foi elaborada a Tabela 3 - Princípios do design para políticas públicas.

Tabela 10. Princípios do Design decolonial para Políticas Públicas.

	Princípio	Descrição	Autor/ano
1	Comprometimento com a democracia	Precisa atuar de forma intrinsecamente inclusiva e democrática, através de práticas deliberativas.	Bødker et al, 2004; Bjorvingson, 2012
2	Conhecimento situado produzido localmente	Realizado em pequena escala aprendizado mútuo estimulando o desenvolvimento de novas habilidades, através de processos dialógicos	Escobar, 2017; Smith e Iversen, 2018; Cruz, 2021; Kambunga et al.,2023;
3	Protagonização das vozes periféricas	De baixo para cima, envolvimento dos movimentos sociais representantes capazes de representar seus pares	Escobar, 2017; Bjorvingson, 2012; Cruz, 2021; Kambunga et al.,2023;
4	Enfrentamento às desigualdades sociais	Intencionalidade contra-hegemônica, produção de narrativas diferentes para o futuro, em prol das lutas subalternas	Silva e Cabral, 2020; Bjorvingson, 2012 Bødker et al. 2004; Escobar, 2017; Kambunga et al.,2023;
5	Flexibilidade e consistência metodológica	Estruturar de forma semiflexível, que trabalha por vários caminhos, utiliza tecnologia e recursos apropriados para criação de um espaço seguro e adaptável ao cenário de aplicação.	Bødker et al. (2004). Muller, 1997. Design Concil, 2023; Stickdorn e Schneider, 2014; Cruz, 2021;

6	Emancipação política para autonomia	Orientação para o processo de ação, criação de uma infraestrutura agonística para construção de arenas participativas com a comunidade.	Bjorvingson, 2012 Silva e Cabral, 2020; Escobar, 2017; Cruz, 2021; Kambunga et al.,2023;
7	Geração de impacto para comunidade	Atingir positivamente as comunidades com as alternativas construídas, assim como avaliar o impacto da intervenção.	Bødker et al. (2004) Smith e Iversen, 2018; Kambunga et al.,2023;

Fonte: Elaborado pela autora.

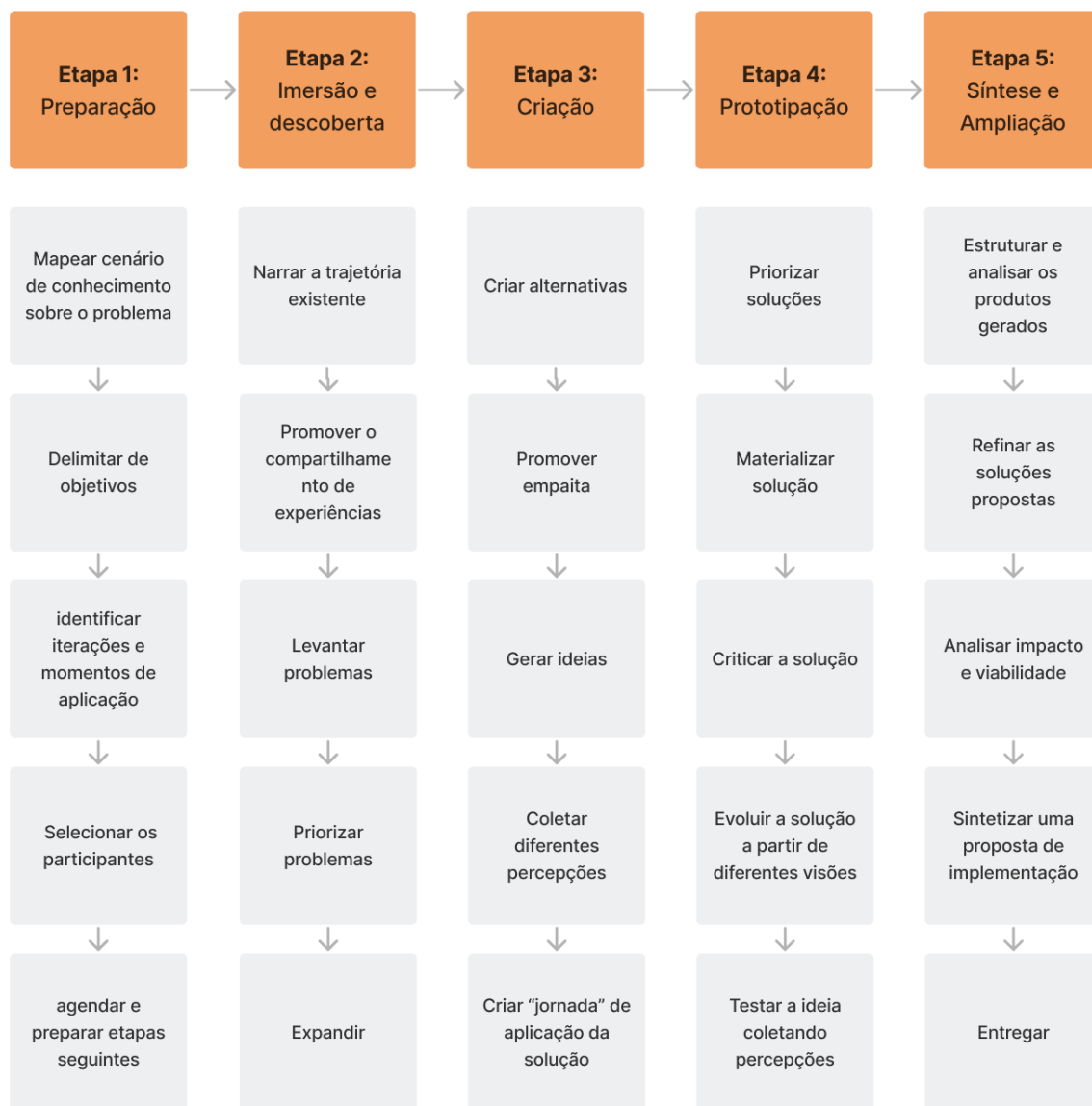
Dessa forma, como caminho de aplicação do design decolonial, apresenta-se como resultado desta pesquisa sete princípios mínimos:

1. comprometimento com a democracia,
2. conhecimento situado produzido localmente,
3. protagonização das vozes periféricas,
4. enfrentamento às desigualdades sociais,
5. flexibilidade e consistência metodológica,
6. emancipação política para autonomia
7. geração de impacto para comunidade.

A importância dessa abordagem para o design é a capacidade do diálogo com a interseccionalidade e a sutileza da representação da sociedade nesse meio de investigação. A interseccionalidade, concebida por Crenshaw (2004), refere-se à interação complexa entre raça e gênero, delineando como esses fatores influenciam as diversas dimensões das experiências, especialmente das mulheres negras (Lopes & Werneck, 2010). Há necessidade da ampliação de práticas que busquem expor as estruturas de dominação racial, transformações políticas econômicas em prol da autonomia de grupos marginalizados e da ampliação da visibilidade e escuta às suas experiências de opressão e resistência (Wahab, 2008).

Por isso, o instrumento proposto visa contribuir para a construção de políticas públicas que, ao serem concebidas e implementadas com a participação ativa dos beneficiários, desempenhem o papel de promover a equidade na saúde pública. A ilustração abaixo apresenta a estrutura do instrumento:

Figura 17. Estrutura do design decolonial para políticas públicas.



Fonte: Elaborado pela autora.

Para iniciar o projeto, é necessário ter uma proposta de objetivo delimitado e estabelecer um grupo organizador que envolva todas as áreas do ministério e entidades pertinentes. A partir disso, o grupo se reúne para a realização da primeira etapa. A primeira tarefa é mapear o cenário de conhecimento sobre o problema. Em seguida, devem ser delimitados os objetivos e a metodologia de aplicação da oficina de inovação, adequando esses elementos ao cenário do problema e às sensibilidades envolvidas. Ainda na etapa de preparação, os usuários são selecionados e são tomadas

as providências operacionais para a realização do evento, como estrutura, materiais, matrizes das atividades colaborativas e outros detalhes técnicos.

Espera-se que a oficina de inovação contemple três etapas colaborativas, envolvendo os beneficiários da política e outros atores que precisam ser sensibilizados para a implementação da política pública. Um dos passos mais importantes é a composição de um espaço seguro e o estabelecimento de uma atmosfera propícia para o compartilhamento, troca e para a experimentação da criatividade. A tabela abaixo apresenta as ferramentas utilizadas para o atendimento desse objetivo.

Tabela 11- Ferramentas de ambientação para oficina

Nome da ferramenta	Descrição	Fonte
Dinâmica de apresentação	Todos compartilham: Nome, onde mora, profissão/instituição, o que é saúde para você? o que gosta de fazer para se divertir? Qual é o seu lugar favorito da maré?	Elaboração própria
Estabelecimento do espaço seguro	Os participantes devem imaginar trabalhos coletivos de geração e exposição de ideias, quando se sentem seguros e quando não se sentem assim. Os moderadores fazem a leitura dos agrupamentos de termos recorrentes e a síntese dos combinados.	Adaptação inspirada em Kambunga et al. (2023)
Paulo Pontal	Peça aos participantes que pensem num adjetivo que comece com a mesma letra do seu nome. Em círculo cada participante dirá seu nome junto com o adjetivo, por sua vez. Por exemplo: "Olá, sou o Pontual Paulo".	Fun retrospective
Pedra Papel ou tesoura corporal	Baseada no clássico jogo de mão, pedra-papel-tesoura. Esta é uma variação do jogo, que exige que as pessoas se levantem, se movam e utilizem o corpo para passar a informação.	Fun retrospective
Eu fui para a lua e levei	Eu fui para a lua e levei... uma pessoa fica como responsável da partida e irá sortear um dos temas (Palavras que começam com vogal, Coisas com até 1m, Coisas verdes, tem num hospital, Coisas que ligam na tomada) deverá dizer algo que vai levar para lua e cabe no critério sorteado, os demais tentam adivinhar qual a categoria através de palpites de coisas que poderiam ser levadas para lua	Elaboração própria
Isso não é uma loucura	Isso não é loucura: em círculo (sentido horário) uma pessoa deve começar falando "Isso não é loucura" e a pessoa seguinte deve acrescentar 3 palavras a história. [Conectores não contam como palavra]	Fun retrospective
Mímica contextualizada	Os participantes devem se dividir em grupo, cada grupo selecionará um representante para representar a mímica o grupo que na soma das rodadas tiver o menor tempo de acumulado de acertos ganha. Os temas a serem sorteados serão baseados em palavras e momentos de decompressão dos dias anteriores.	Elaboração própria

Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo reunido realiza o processo de imersão e descoberta, estabelecendo um espaço seguro para a preparação do momento de narração da trajetória até o momento atual, promovendo o compartilhamento de experiências. Após esse momento, é indicado o levantamento, priorização e expansão dos problemas escolhidos. A tabela a seguir aponta o detalhamento das ferramentas escolhidas para aplicação da etapa.

Tabela 12. Ferramentas de imersão e descoberta

Nome da ferramenta	Descrição	Fonte
Aquário	Propicia uma conversa focada e autogerenciável entre grandes grupos. A qualquer momento as pessoas do grupo podem se inserir na conversa que acontece dentro do aquário. O objetivo é ter uma grande rotatividade de pessoas no aquário compartilhando suas perspectivas de forma a estimular a escuta ativa.	Funretrospective
Narrar trajetória existente sobre o tema	Incentiva que os participantes contem uma história que viveram ou acompanharam que foi marcante em relação a importância do tema. Os participantes vão receber materiais para ilustrarem sua história, através de desenhos, palavras ou frases e depois vão contá-las	Adaptação inspirada em Kambunga et al. (2023)
Identificação de cenário-problema em saúde digital	Os participantes devem deliberar e construir um quadro de 7 blocos: nome do eixo, pessoas afetadas, políticas, tecnologias disponíveis, fontes de informação, problemas e visão de futuro, para estabelecer um conhecimento comum entre os participantes sobre o cenário contexto.	Elaboração própria

Fonte: Elaborado pela autora.

A etapa seguinte, denominada criação, começa com a geração de alternativas e, após isso, promove a empatia para chegar na fase de geração de ideias, onde o máximo de diferentes soluções devem ser propostas. Para prosseguir, é necessário incluir visões externas por meio de intercâmbios de ideias.

Tabela 13. Ferramentas de criação

Nome da ferramenta	Descrição	Fonte
Personas	Personas, são perfis fictícios, como uma maneira de representar um grupo específico de pessoas. Para isso é utilizado o mapa de empatia onde os participantes constroem coletivamente o contexto do personagem (O que ouve, o que pensa e sente, o que fala e faz, o que vê) abordando os aspectos pessoais do personagem.	Isto é Design Thinking de Serviços
Tempestade de ideias	Tem como objetivo estimular a geração de novas ideias e a busca por soluções realmente inovadoras, explorando a criatividade dos colaboradores. Neste momento, não pode haver limitações de pensamento; tudo o que vier à cabeça deve ser colocado na mesa	Isto é Design Thinking de Serviços

	para ser discutido. O intuito é gerar o máximo de ideias possível.	
Crazy 8s	Estimula a criatividade por meio do desenhar em papel é que possibilita que todos possam contribuir e compartilhar suas ideias e ajudar a conceber diversas alternativas de solução de forma rápida.	Design Sprint
Museu de Arte e Mapa de calor de ideias	Permite a convergência das ideias, simulando uma visita a um museu, onde as soluções são expostas para análise e votação. Por fim, com base nos votos, define-se a solução vencedora que será prototipada e testada.	Design Sprint

Fonte: Elaborado pela autora.

Com as evoluções iteradas pelo processo de troca, pode ser estabelecida a jornada da experiência com a solução. Finalizando a etapa colaborativa, os participantes devem priorizar as soluções a serem desenvolvidas, materializá-las, levantar críticas, evoluir com os retornos coletados e testar a ideia.

Tabela 14. Ferramentas de prototipação

Nome da ferramenta	Descrição	Fonte
Jornada do usuário	oferece uma visualização vívida, porém estruturada, da experiência do usuário de um serviço. Abordando as atividades, pontos de contato, sentimentos e interações.	Isto é Design Thinking de Serviços
Prototipação	Possibilita a materialização das ideias em um protótipo, visando criar uma representação da experiência do usuário para testá-la com o público-alvo. solução, evitando retrabalhos e idas e vindas em um wireframe de alta fidelidade.	Design Sprint
Encenação de serviços	Facilita a composição da visão da jornada ao encenar cenários e protótipos feitos pelos próprios participantes.	Isto é Design Thinking de Serviços

Fonte: Elaborado pela autora.

Sugere-se então que a partir das estruturas levantadas o instrumento seja adaptado ao contexto do projeto de transformação digital em saúde para a favela da Maré.

5.3. Transformação Digital em Saúde para Favela da Maré

A proposta de projeto conjunto com a Organização Redes da Maré visa a elaboração de um Plano de Ação de Transformação para a Saúde Digital da população do Complexo da Maré, um conjunto de 16 favelas com cerca de 140 mil habitantes. A Oficina de Inovação, uma das ações deste plano, permite a co-criação de soluções digitais com os usuários dos serviços de saúde da região. Isso se dá pela necessidade

de buscar soluções inovadoras e tecnológicas para enfrentar os desafios complexos de saúde da população, aprimorar os serviços oferecidos e promover o bem-estar da comunidade por meio da transformação digital.

No dia 15 a 18 de maio de 2023, o Ministério da Saúde, através da Assessoria Especial de Territórios Vulneráveis, Favelas e Periferias, em parceria com a Secretaria de Informação e Saúde Digital (SEIDIGI), iniciou a Oficina de Transformação Digital na Comunidade Nova Holanda, no Complexo da Maré, no Rio de Janeiro. Atores externos ao Ministério também atuaram como Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Redes Maré, a Secretaria Municipal do Rio de Janeiro com coorganizadores, com intuito de construir um plano de transformação digital em saúde no território em parceria com a população local.

Foi constituído um grupo organizador composto por um representante de cada das instituições envolvidas no projeto, a partir do problema delineado foi estabelecido o planejamento do experimento de forma colaborativa e online. Os participantes foram recrutados a partir dos seguintes perfis: profissionais de saúde, profissionais de tecnologia, comunidade (usuários do SUS), gestores de saúde e representantes da secretaria municipal de saúde da prefeitura do Rio de Janeiro. O público total da oficina ao longo dos dias foi de 68 pessoas, a maior parte participantes eram do gênero mulher, 64% (44 pessoas) e 36% homens, sendo apenas uma pessoa transgênero.

Figura 18. Fotos oficina de transformação digital em saúde para maré.



Fonte: Elaboração própria

Com duração de quatro dias, a oficina focou em três eixos de atuação: saúde mental, saúde da mulher, e acesso a informações e serviços de saúde, temas elegidos pelo grupo organizador para nortear a oficina. Entre as atividades gerais, foram realizadas apresentações sobre o Índice de Maturidade Digital e o diagnóstico situacional e do Meu SUS Digital, atividades de co-criação para captar as necessidades dos moradores e promover uma construção coletiva para a transformação digital na saúde.

5.3.1. Método

A proposta de programação foi estabelecida pelo grupo da seguinte forma:

Tabela 15. DIA 1 - Transformação em saúde digital para favela da Maré

Atividade	Descrição
Recepção e boas-vindas	
Mesa de Abertura	Apresentar o contexto da oficina e formalizar a parceria entre os atores responsáveis
Energizer (dinâmica de apresentação)	Promover a integração entre os participantes da oficina
Mapeamento do cenário de conhecimento do	Compreender como os participantes se sentem mais seguros e compartilhar coletivamente essas informações. 1) Eixo Acesso a serviços e informações

problema"Aquário + Facilitação Gráfica

2) Eixo Saúde Mental e Autocuidado
3) Eixo Saúde da Mulher"

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 16. DIA 2 - Transformação em saúde digital para favela da Maré

Energizer - Paulo Pontual!	Promover a integração entre os participantes da oficina
Combinados coletivos da oficina para construção de um espaço seguro	Compreender como os participantes se sentem mais seguros e compartilhar coletivamente essas informações. Me sinto seguro quando / Não me sinto seguro quando
Palestra sobre o Programa SUS Saúde Digital + Apresentação da dinâmica na metodologia/ Divisão dos grupos	Explicar para os participantes a metodologia como um todo e um cenário geral das atividades. Localizar os grupos para a dinâmica da tarde. Apresentação + perguntas e respostas. ->índice de maturidade digital ->Diagnóstico situacional -> Meu SUS Digital
Almoço	
Energizer	Retomar a concentração dos participantes e gerar integração e fortalecimento do grupo. Dinâmica Eu fui pra lua e levei...
Compartilhamento de experiências (Em grupo)	Narrar trajetória existente sobre o tema Conte uma história que você viveu ou acompanhou que para você foi marcante em relação a importância do eixo.
Levantar problemas	Mapear o cenário atual de problemas, identificar a relação entre eles e apontar os principais. Canvas de mapeamento do cenário atual de de problemas.
Feedbacks da oficina	Coletar feedbacks do dia e permitir otimização do fluxo durante o processo

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 17. DIA 3 - Transformação em saúde digital para favela da Maré

Atividade	Descrição
Recepção e café	Momento para desconpressão e café da manhã antes do início das atividades
Energizer coletivo	Promover a integração entre os participantes da oficina e momentos de desconpressão - Mímica
Empatia: Construção de <i>personas</i>	Gerar empatia dos participantes com as pessoas afetadas pelos problemas - Utilização da Mapa da empatia sendo um na figura do gestor, outra do profissional de saúde e também uma de representação dos usuários do SUS.
Criar alternativas: Brainstorming	Estimular os participantes a escreverem ideias livremente e sem julgamentos, reunir o máximo de ideias possíveis.
Geração de ideias	Desenhar as ideias e gerar o máximo de alternativas possíveis Crazy 8s + Museu de arte + Mapa de Calor + Priorização das ideias

Almoço	
Energizer	Promover a integração entre os participantes da oficina e momentos de decompressão.
Materializar ideias	Síntese das ideias eleitas pelo grupo, listagem das soluções necessárias
Que bom que pena e que tal	Coletar feedbacks do dia e permitir otimização do fluxo durante o processo Que bom que pena e que tal + Checagem do espaço seguro
Recepção e café	Momento para decompressão e café da manhã antes do início das atividades

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 18. DIA 4 - Transformação em saúde digital para favela da Maré

Atividade	Descrição
Energizer coletivo	Pedra Papel ou tesoura Humano
Criação da jornada	Estabelecer o fluxo de solução e a interação com as <i>personas</i> . Os grupos devem sintetizar a solução em uma só considerando os feedbacks dados pelos outros grupos. Com isso deve ser estabelecida uma jornada das <i>personas</i> interagindo com a solução.
Prototipação	Construir uma possibilidade do produto através de uma encenação de serviço ou fluxo de navegação. Podem ser utilizadas diferentes formas de materialização (ex. <i>Wireframe</i> , encenação de serviço, de fluxo, construção de diretrizes)
Almoço	
Energizer	Promover a integração entre os participantes da oficina e momentos de decompressão. Isso não é loucura: em círculo (sentido horário) uma pessoa deve começar falando "Isso não é loucura" e a pessoa seguinte deve acrescentar 3 palavras a história. [Conectores não contam como palavra]
Apresentação	Compartilhar os resultados obtidos através de toda a construção coletiva dos quatro grupos.
Encerramento	Momento para decompressão e café da manhã para finalização das atividades

A programação original foi adaptada para adequação dos temas e necessidades colocadas pelos participantes ao longo dos dias. Algumas dinâmicas planejadas não puderam ser realizadas como o intercâmbio de ideias, os testes da solução e o planejamento de implementação, foram incluídas outras atividades como a palestra sobre saúde digital.

5.3.2. Procedimentos e resultados

O primeiro dia de oficina foi dedicado à abertura oficial do evento, contando com a presença de representantes do Ministério da Saúde, da Secretaria do Município do Rio de Janeiro, da Associação de Moradores, das Redes da Maré e da Fiocruz. Na mesa de abertura, foram apresentados o projeto e a importância da parceria e do envolvimento da comunidade em políticas públicas. Após essa introdução, houve uma rodada de apresentações para o compartilhamento de experiências dos participantes. Em seguida, os participantes foram mobilizados para uma dinâmica chamada Aquário, na qual se revezaram em uma discussão centralizada em quatro cadeiras, enquanto os demais faziam contribuições pontuais. Foram dedicados 15 minutos de discussão para cada eixo: Saúde da Mulher, Saúde Mental e Acesso aos Serviços e Informações de Saúde.

No tópico de discussão Saúde Mental, os participantes levantaram aspectos, necessidades e contextos relacionados ao tema. Foi abordada a necessidade de um sistema de telessaúde para ampliar a conexão entre os usuários e o sistema de saúde, utilizando o celular como ferramenta principal e mantendo um cadastro amplo e atualizado. Destacou-se a necessidade de mais unidades de CAPS na região, devido à alta demanda, e de um programa que previsse cuidados aos profissionais de saúde, que se sentem sobrecarregados. Grupos prioritários foram identificados, como idosos, mulheres negras e jovens, que poderiam ser contemplados com grupos terapêuticos.

Já sobre o eixo de Acesso aos Serviços de Saúde, o principal gargalo apontado foi o acesso à informação. Enfatizou-se a necessidade de treinamento e de informações claras e simples. Discutiu-se a importância de garantir acesso à rede e conectividade, reconhecendo que nem todos têm acesso a equipamentos de tecnologia. Os jovens foram vistos como atores fundamentais, atuando como ponte para suas famílias no uso da tecnologia. A privacidade e segurança dos dados também foram consideradas cruciais.

Quanto à telessaúde, exploraram-se formas de implementar essa modalidade no território da Maré, destacando a garantia de conectividade como pré-requisito fundamental. Propostas incluíram fornecer wi-fi gratuito em áreas comunitárias e escolas, e estruturar e divulgar informações de saúde de forma clara e culturalmente sensível. A importância do monitoramento contínuo da saúde foi enfatizada, com sugestões para usar tecnologias digitais no rastreamento de condições crônicas e

consultas de acompanhamento. Estratégias para a teleconsulta eficaz, formação profissional e diretrizes seguras e éticas foram discutidas.

Durante as discussões, surgiram temas transversais à saúde da mulher, como a necessidade de redes de apoio e a integralidade da saúde da mulher, considerando a saúde além da doença, com a arte e a ciência como aliados importantes. Discutiu-se a complexidade da violência contra a mulher e seus efeitos na saúde mental, além do tabu do abortamento, a falta de divulgação de informações e a necessidade de capacitar profissionais. Questões gravídico-puerperais também foram abordadas, incluindo a violência obstétrica e a mortalidade materna.

Educação foi outro tema abordado, com estratégias para fortalecer a saúde na comunidade por meio da educação. Foram exploradas maneiras de utilizar a ciência e a arte para engajar a população em questões de saúde, incluindo o uso de mídias digitais e eventos comunitários. A capacitação da equipe de saúde e da comunidade em geral foi destacada para lidar com questões específicas e usar ferramentas digitais de forma eficaz. Também foram discutidas maneiras de melhorar a saúde dos alunos, com a comunidade escolar desempenhando um papel crucial.

A dinâmica do espaço seguro teve como objetivo criar combinados coletivos para garantir a segurança dos participantes. Os resultados mostraram que os participantes se sentem seguros quando há generosidade na escuta, são ouvidos sem julgamentos, podem falar sobre assuntos que dominam, sentem-se acolhidos e respeitados como são, não são avaliados, mas compreendidos, há compartilhamento de ideias e informações, seu lugar de fala é respeitado, e são olhados diretamente. Por outro lado, os participantes não se sentem seguros quando recebem críticas destrutivas, são diminuídos pela falta de conhecimento, não há diversidade na equipe, a narrativa não reflete a realidade da população vulnerável, precisam se apresentar em público, e quando são usadas palavras difíceis sem necessidade.

5.3.2.1. Saúde Mental

No final da manhã do segundo dia, os participantes foram divididos em três grupos, cada um focado em um dos eixos temáticos. A primeira atividade foi o compartilhamento de experiências, onde os participantes relataram vivências pessoais que os marcaram. O objetivo dessa atividade era construir uma narrativa baseada nas experiências dos participantes.

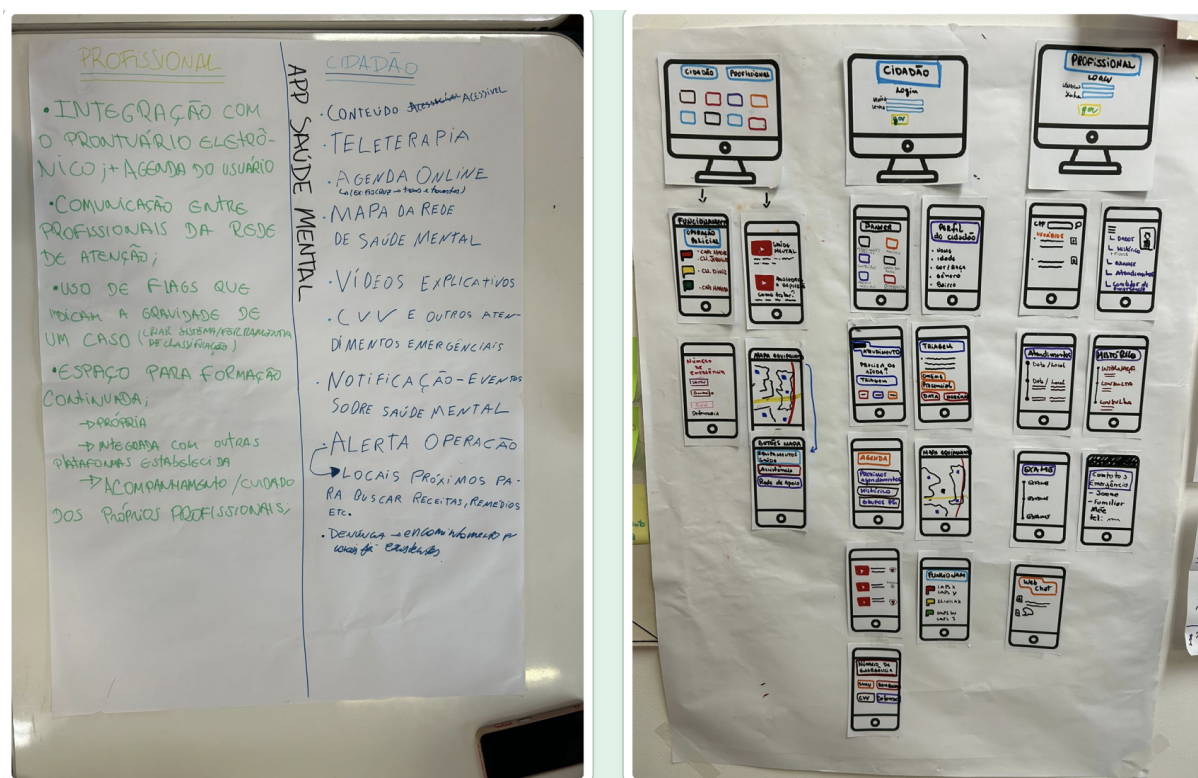
Os profissionais de saúde, em sua maioria Agentes Comunitários de Saúde (ACS), compartilharam diversas histórias de como auxiliaram os usuários. Por exemplo, uma ACS contou sobre um usuário, em tratamento de saúde mental, que frequentava à unidade de saúde para buscar um modelo de receita e que se alterava devido à demora. Um dia, a profissional decidiu ouvi-lo atentamente, compreendeu sua necessidade e combinou que cuidaria daquela demanda. A partir desse momento, o comportamento do usuário melhorou, e ele até a presenteou em agradecimento pelo apoio. Essa experiência ilustrou a importância da atenção e do cuidado no tratamento de saúde mental. Outros participantes também compartilharam experiências pessoais com adoecimentos de saúde mental e como conseguiram superar essas dificuldades.

Após essa etapa, foram realizados levantamentos de problemas, definição de *personas*, brainstorming, geração de ideias, síntese das ideias e prototipação. Ao final, cada grupo apresentou o processo completo de criação das soluções. Foi apresentada a *persona* Ronaldo, um gestor de saúde sobrecarregado, com muitas tarefas, reuniões e problemas familiares. Ele é cobrado a apresentar resultados numéricos para demonstrar eficiência e, por isso, pressiona sua equipe. A saúde mental é um tema difícil para ele lidar, pois os resultados são mais subjetivos. Ronaldo vê como solução promover mais comunidades terapêuticas para mensurar resultados pelo número de pessoas atendidas. Ele acredita que as pessoas em situação de rua estão nessa condição por escolha e não se aprofunda no tema, priorizando resultados numéricos.

Foi também apresentada a *persona* Carlos, um ACS de 30 anos, pardo, cis e heterossexual. Ele busca estar sempre informado e próximo à comunidade que atende, com uma escuta ativa aos pacientes. Isso permite que ele discuta os casos com a equipe técnica de maneira mais fiel. Carlos é bem-informado sobre sua área de atuação e realiza pesquisas na internet para se atualizar. A terceira *persona* apresentada foi Maria, uma usuária dos serviços do SUS, mulher negra, de 41 anos, semianalfabeta, que sofre de crises severas de ansiedade. Já foi atendida na UPA, mas teve vergonha de retornar à clínica da família para acompanhamento. Nas crises, ela vai à UPA ou a grandes hospitais, onde recebe alta sem atendimento contínuo. Ela espera que os ACS e a clínica da família possam auxiliá-la.

A jornada das *personas* foi então apresentada. Ronaldo, o gestor, participa de uma reunião do Ministério da Saúde e é informado sobre um novo aplicativo de saúde

mental. Carlos, o ACS, começa a usar o aplicativo e, certo dia, é notificado sobre o caso de Maria. Ele vai até a casa dela e entende melhor a sua situação. Maria revela que não consegue ir à UBS por vergonha e acaba ficando em um limbo na fila de tratamento. Com a ajuda do aplicativo e de Carlos, ela consegue agendar uma consulta online. Ao se cadastrar no aplicativo, Maria passa por uma triagem onde um profissional de saúde avalia se ela é uma paciente do CAPS que precisa de atendimento presencial ou se pode ser atendida em clínica com suporte terapêutico online.



O aplicativo possui uma plataforma tanto para cidadãos quanto para profissionais. As pessoas usuárias podem ser encaminhadas para triagem e seguir com seus tratamentos, consultar horários de funcionamento das unidades e acessar a agenda de terapias em grupo. Na seção inicial do aplicativo, os conteúdos e informações estão disponíveis sem necessidade de login, incluindo um mapa da rede de saúde (UBS e outros projetos de apoio), o funcionamento dos equipamentos conforme as operações policiais na região, conteúdos relacionados à saúde mental (textos e vídeos) e números de emergência. Na seção Cidadão, após realizar o login com o GOV.BR, os usuários têm acesso a seu perfil, agenda de atividades em grupo e agendamentos, triagem online ou presencial, teleterapia, mapa da rede de saúde, conteúdos informativos e histórico de atendimentos e consultas.

Na seção Profissional, também com login pelo GOV.BR, os profissionais podem acessar o histórico do usuário, integrado ao prontuário dos pacientes com sistema de "flags", conteúdos para capacitação contínua e um sistema de mensagens para comunicação entre profissionais sobre os casos dos pacientes via webchat.

5.3.2.2. Acesso a Serviços e Informações de Saúde

Nesse momento, os participantes foram convidados a ilustrar suas histórias a partir de artefatos visuais, compartilhando experiências sobre acesso aos serviços de saúde que viveram ou que as marcaram. Os profissionais de saúde, principalmente os ACS, relataram dificuldades como a falta de acesso a equipamentos como smartphones ou tablets, ausência de wi-fi e planos de dados, além de conectividade instável devido à precariedade do sinal das operadoras de telefonia na comunidade. Além disso, os usuários do SUS frequentemente não sabem como acessar os equipamentos de saúde, e muitos não possuem documentos básicos como o CPF, acreditando que a ausência desse documento os impede de utilizar os serviços de saúde. Foi discutido que várias questões são cruciais para o acesso: informações, dados, rede de apoio, direitos, sigilo, educação continuada, comunicação, elegibilidade e público-alvo.

Os participantes do grupo apresentaram as três *personas* desenvolvidas durante a oficina: Márcia, Sônia e Augusto. Márcia é uma mulher negra, ACS, moradora da Nova Holanda, que trabalha com saúde da família. Ela se preocupa com a regulação do território, trabalha sob pressão e adocece devido à sobrecarga de trabalho e condições precárias. Busca se qualificar, mas tem dificuldade de conseguir atendimento de saúde para si mesma e teme as cobranças de produtividade. Recebe muitas demandas de trabalho pelo celular e sua equipe é menor do que o necessário. Tem expectativa de formação continuada, melhores equipamentos e condições de trabalho.

A *persona* Sônia é uma mulher negra de 53 anos, analfabeta digital, mãe solo de quatro crianças, desempregada e moradora da Favela da Galinha, uma comunidade construída dentro de um lixão. Ela mora de favor e enfrenta insegurança alimentar com sua família.

A *persona* Augusto é um gestor de área de 48 anos, homem branco, morador do bairro do Recreio, uma região com excelente infraestrutura urbana. Ele tem plano de saúde particular, acesso à qualidade de vida, privilégios sociais e facilidade com

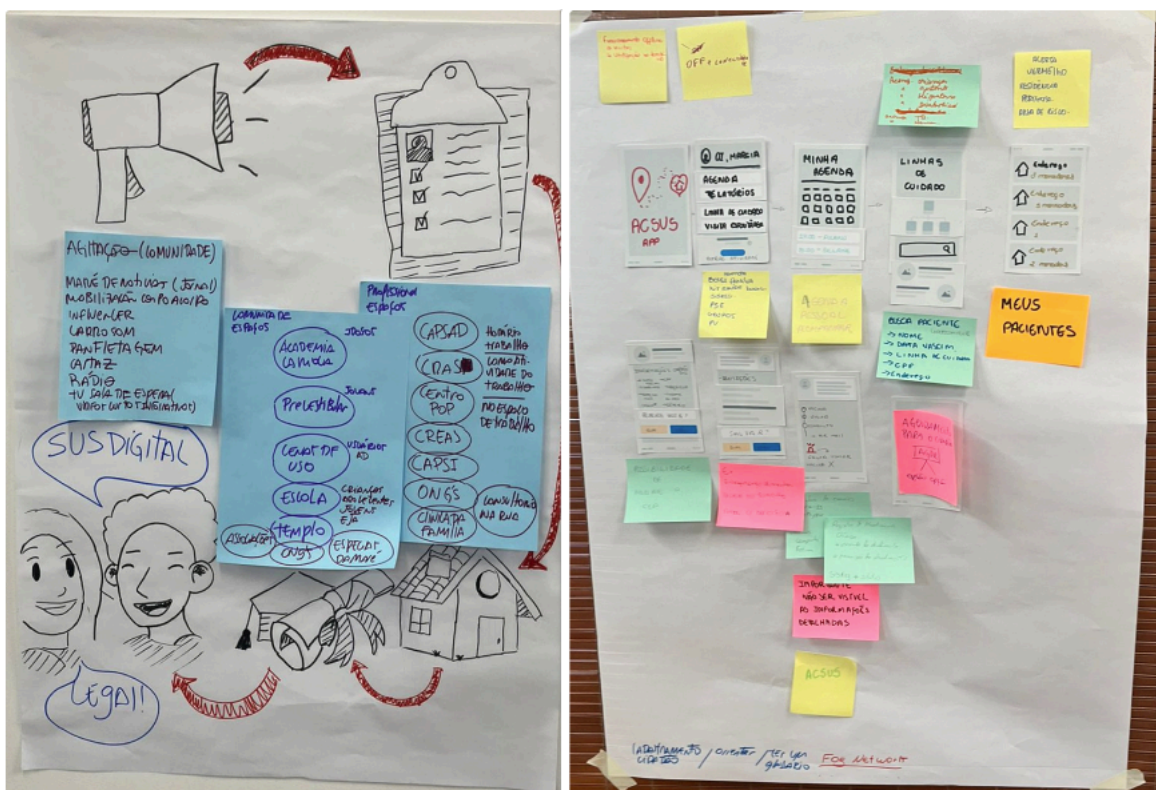
tecnologia. Ele espera que as atividades de saúde tenham o melhor desenvolvimento possível e que os profissionais sob sua gestão tenham cada vez mais qualificação.

A jornada das *personas* foi apresentada a seguir. Márcia, ACS, planeja as visitas aos usuários e usuárias utilizando o aplicativo. Ela identifica uma prioridade, que é a busca ativa de uma paciente chamada Sônia, que tem tuberculose e não compareceu a uma consulta agendada. Normalmente, Márcia entrega o medicamento DOTS à tarde, mas como Sônia faltou à consulta, ela decide visitá-la. Ao chegar, Márcia percebe que Sônia está com uma tosse intensa. Ao ser recebida, Márcia lembra Sônia sobre a consulta que ela perdeu. Sônia alega estar ocupada, mas diz que está bem, mesmo enquanto tosse. Márcia alerta sobre a importância de comparecer à consulta e tomar o medicamento, ao que Sônia reclama do desconforto causado pela medicação e expressa seu desejo de não a tomar mais. Márcia explica que o médico poderia ajustar a medicação durante a consulta.

Durante a conversa, Sônia muda de assunto e fala sobre a saúde de seus filhos, mencionando que eles têm faltado às aulas devido a sintomas de doença. Márcia apresenta o aplicativo a Sônia, explicando que é um prontuário digital para ela e seus familiares, que pode ser consultado pelo celular. Aproveita para alertar sobre uma vacina que um de seus filhos deveria ter tomado. Sônia se surpreende com a funcionalidade do app. Sônia relata dificuldades alimentares e Márcia prontamente oferece ajuda, mencionando a Associação de Moradores que distribui cestas básicas. Márcia pergunta se pode cadastrar Sônia na associação e, ao receber uma resposta positiva, usa o app para registrar a demanda. Ela também se compromete a falar com a assistente social da Unidade de Saúde para ajudar com essa questão.

Sônia menciona que não tem conseguido justificar as faltas dos filhos na escola. Márcia se prontifica a entrar em contato com a escola, condicionando a ação à visita de Sônia e seus filhos à Unidade de Saúde para consultas, acompanhados do cartão de vacina para atualização das doses. Sônia revela que perdeu os cartões em uma enchente recente. Márcia se oferece para contatar a assistente social da Unidade e agendar uma visita à casa de Sônia para ajudar na recuperação dos documentos perdidos. Márcia entrega a medicação e utiliza o app para remarcar a consulta perdida. Visualiza na agenda a disponibilidade do médico para uma visita domiciliar e faz o

agendamento. Ao final do atendimento, Márcia convida Sônia a levar as crianças para tomar as vacinas pendentes na Unidade, e Sônia aceita.



O produto de inovação apresentado foi um aplicativo voltado para os ACS, para controlar e realizar visitas, além de auxiliar os pacientes. A partir da visita, é possível identificar necessidades atravessadas por fatores sociais e econômicos, ampliando as possibilidades de cuidado com o usuário. O app permite que as informações acessadas pelo ACS fiquem disponíveis na rede de saúde.

O nome do aplicativo é ACESSUS, uma ferramenta auxiliar para os ACS que substitui a agenda de papel para a realização de visitas domiciliares. Ele inclui seções para dados do paciente (SISREG), agenda, relatório, linhas de cuidados (hipertensos, gestantes, diabéticos), visita programada, visita espontânea, Bolsa Família, Programa Saúde na Escola, lista de pacientes da microárea que o ACS atende, agendamento para o cidadão (consultas e exames) e um campo de observação para registrar informações importantes. O grupo complementou que o ACSUS permite que os ACS pensem na saúde além do aspecto clínico e do acesso à clínica, pois eles são os intermediários entre a Unidade e o usuário, considerando todos os aspectos sociais que acompanham a vida das pessoas.

5.3.2.3. Saúde da Mulher

Nesse momento, os participantes foram convidados a ilustrar suas histórias a partir de artefatos visuais, compartilhando experiências sobre saúde da mulher que viveram ou que as marcaram. O intuito dessa atividade era criar uma narrativa da trajetória do tema para os representantes da comunidade e demais participantes da oficina. No grupo foi bastante discutida a questão da violência obstétrica. Uma das participantes compartilhou seu caso: ela esteve sozinha durante o parto, não teve sua dor respeitada e ouviu uma série de ofensas.

Além disso, abordou-se a solidão da mulher negra, a ausência paterna e a culpa associada à maternidade. Outro tópico importante foi a percepção dos gestores e profissionais de saúde de que as mulheres da comunidade resumem a saúde da mulher ao exame preventivo. Muitas mulheres deixam de fazer acompanhamento ginecológico por acreditarem que, se não estão na idade para o preventivo, não há necessidade de acompanhamento ou não receberão a devida atenção.

Há ainda uma questão muito sensível relacionada ao aborto legal. Apesar de ser previsto em lei, muitos estabelecimentos e profissionais se recusam a realizar o procedimento, além de haver uma pressão social sobre a mulher e um descuido na esfera judicial e de segurança pública ao tratar do assunto. Outros temas mencionados foram climatério, menopausa, câncer de colo de útero, contracepção e prevenção.

Na apresentação, os participantes do grupo apresentaram as *personas* criadas durante a oficina. Wilson é gestor e gerente de uma clínica. Branco, cisgênero, descendente de estrangeiros, formado em odontologia, servidor público, nasceu na Tijuca e mora em Copacabana. Corre na praia todos os dias pela manhã e, sempre que possível, almoça em casa, não retornando ao trabalho à tarde. Possui mestrado em saúde coletiva pela UERJ e tem uma visão social carregada de preconceitos. Em relação à tecnologia, utiliza produtos Apple e tem conhecimentos sobre saúde digital, mas raramente os aplica no trabalho. Usa e-mail, Google Drive e prontuário eletrônico. Wilson entende que saúde da mulher está relacionada apenas ao preventivo e acredita que mulheres pobres não deveriam ter filhos.

A *persona* Maria, usuária do SUS, é negra, trabalha vendendo lanches na comunidade, tem 33 anos e três filhos. Costuma ir ao posto de saúde para cuidar dos filhos. Teve o primeiro filho aos 14 anos, resultado de um estupro, e o mais novo, de 2

anos e 4 meses, foi diagnosticado com autismo. Maria não gosta de ir ao posto devido à culpa que sentiu ao buscar ajuda na primeira gravidez, sendo culpabilizada pela violência sofrida. Devido ao trauma, nunca busca cuidados para si, apenas para os filhos. Não tem muita informação sobre saúde, sente muita dor e tem miomas, que são comuns em sua família. Só fez preventivo uma vez na vida, está em um momento triste e sem perspectivas. Tem ensino médio completo, é familiarizada com tecnologia, utiliza WhatsApp e Instagram, mas não tem *wi-fi* em casa e depende do *wi-fi* coletivo na favela. Usa injeção contraceptiva, mas não tem tempo para cuidar de sua saúde.

A *persona* Camila é enfermeira, trabalha na equipe de Wilson, tem 29 anos, é parda e cisgênero, mora na Penha. É empática, acolhedora e cria vínculos com os usuários. Especialista em planejamento familiar, é próxima da associação de moradores e já fez capacitação à distância, sendo referência em saúde da mulher na unidade onde trabalha.

A jornada das *personas* com o produto de inovação foi apresentada em seguida. Wilson vem de uma família de médicos, frequenta a Igreja Universal, não respeita as mulheres e já pagou um aborto para sua amante. Maria escuta muito as vizinhas e o pastor, utiliza bastante as redes sociais e não tem tempo para se cuidar. Quando questionada sobre sua saúde, discorre sobre a saúde dos filhos. Camila, profissional de saúde, não se conforma com a realidade, é praticante de uma religião de matriz africana, tem esperança na melhoria do sistema e é muito querida pelos usuários.

A apresentação do produto de inovação trouxe o "SUS Mulher", um aplicativo voltado para mulheres (cis e trans) que têm dificuldade para acessar a internet e pouco tempo para autocuidado. Conta com recursos de acessibilidade e pode ser acessado sem login, ou logando pelo GOV.BR ou por link de verificação via SMS.

O aplicativo oferece diversas funcionalidades: orientações para diferentes perfis de usuárias que desejam engravidar; informações para aquelas que acham que estão grávidas, incluindo a identificação e prevenção da violência obstétrica; e conteúdo sobre aborto legal, adoção e uma lista de hospitais que realizam o procedimento no Rio de Janeiro. Também há seções sobre métodos contraceptivos disponíveis no SUS, informações para quem não está se sentindo bem, e explicações sobre a vacina de HPV, com a possibilidade de agendar uma teleconsulta ou atendimento em uma clínica da família.

Além disso, o aplicativo fornece explicações sobre a finalidade do exame preventivo e permite agendar uma avaliação ginecológica. Para as pessoas trans, há orientações sobre o processo transexualizador e cuidados específicos, além de informações para mulheres que se relacionam com outras mulheres. Outras funcionalidades incluem orientações sobre dignidade menstrual, menopausa, autocuidado para profissionais do sexo, mamografia, cuidados pós-parto, e informações sobre saúde mental e telessaúde.

O "SUS Mulher" também aborda a questão da violência sexual, oferecendo informações sobre os tipos de violência, procedimentos após um episódio, e um "violentrômetro" para ajudar as usuárias a identificar sinais de violência. O aplicativo permite que as usuárias marquem onde estão sentindo dor ou incômodo no corpo, registrando essas informações para ajudar no diagnóstico pelos profissionais de saúde. Há ainda uma ouvidoria e uma seção para perguntas das usuárias, visando o aperfeiçoamento contínuo do aplicativo.

Até a data dessa pesquisa a etapa de Pós-Design, contou apenas com a sistematização realizada durante o mês de maio de 2024. Serão disponibilizadas recomendações para o Pós-Design desse experimento.

5.4. Análise e validação do instrumento

Com o intuito de validar o instrumento, a partir da aplicação da Oficina de inovação para transformação digital para a Maré, o percurso será avaliado no âmbito dos princípios do Design Decolonial para políticas públicas para verificar a consistência da aplicação do instrumento, e será avaliada do ponto de vista das missões orientadas para políticas de inovação, a fim de compreender a aderência às políticas públicas e o potencial do uso de oficinas de inovação como missão.

Do ponto de vista de políticas públicas e sua relação com a inovação e tecnologia foi elaborada a Tabela 16 com intuito de compreender a aderência a aplicação do instrumento como missão.

Tabela 19. Avaliação sob a perspectiva dos princípios de missões orientadas para políticas de inovação

Princípio		Avaliação
-----------	--	-----------

1	Audaciosas, inspiradoras e de relevância social	sim	A oficina mobilizou mais de 60 pessoas ao longo dos 4 dias de realização, foi realizada na comunidade e usou um método de construção amparado no design decolonial e aplicado a uma política pública em construção
2	Direção e objetivos claros	sim	O objetivo central foi a escuta da população como primeira atuação para composição do Plano de Transformação Digital para Maré
3	Ações de pesquisa e inovação ambiciosas, mas realistas	sim	A intervenção foi realizada por meio da oficina de inovação que usou para as programações metodologias do Design participativos
4	Inovação interdisciplinar e intersetorial	sim	Foi realizado em conjunto com diversas das três esferas: municipal, estadual e federal, além de contar com a parceria da Fiocruz e Redes da Maré na organização. Foram convidados diferentes perfis para participação.
5	Múltiplas soluções de baixo para cima	sim	A etapa de geração de ideias permitiu a criação de diferentes soluções pensadas principalmente por cidadãos, profissionais e gestores de saúde, como proposta para o plano de transformação do Programa SUS Digital

Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com o modelo as ações precisam engajar a população e ter impacto significativo, abordando desafios como sustentabilidade, desigualdade, saúde e mudanças climáticas. Para alcançar de forma efetiva o resultado desejado, é preciso estabelecer objetivos concretos e declarados, com metas específicas, mensuráveis e prazos definidos para permitir avaliações objetivas de sucesso ou fracasso. As intenções devem ser ambiciosas, porém realistas, para garantir o comprometimento dos pesquisadores e dos participantes alinhado a uma visão de futuro. A promoção da colaboração entre diversas disciplinas, garantindo a participação de diferentes tipos de atores e setores, é essencial para abordar problemas complexos de forma abrangente. É crucial gerar diferentes possibilidades e alternativas, mantendo-se abertos a diversas soluções e abordagens, permitindo um processo adaptável com várias trajetórias possíveis para alcançar os resultados esperados.

Além disso, é importante envolver a comunidade para trazer soluções que venham de baixo para cima. A pesquisa, conduzida na sede da Redes da Maré, adaptou atividades para considerar os contextos e necessidades do território, demonstrando o comprometimento em promover a produção de conhecimento situado localmente. Os princípios e avaliações mostram que a oficina mobilizou mais de 60 pessoas ao longo dos 4 dias de realização, foi realizada na comunidade e utilizou um método de construção amparado no design decolonial aplicado a uma política

pública em construção. O objetivo central foi a escuta da população como primeira atuação para composição do Plano de Transformação Digital para Maré.

A tabela 15 apresenta a avaliação do projeto sob a perspectiva dos princípios do design decolonial para as políticas públicas:

Tabela 20. Avaliação sob a perspectiva dos princípios do design decolonial para políticas públicas

	Princípio		Evidência
1	Comprometimento com a democracia	sim	Utilização de processos deliberativos dando o controle da construção dos produtos pelas decisões coletivas dos grupos.
2	Conhecimento situado produzido localmente	sim	A pesquisa foi realizada na sede da Redes da Maré na Favela Nova Holanda. As atividades foram adaptadas para serem considerados os contextos e necessidades do território
3	Protagonização das vozes periféricas	sim	A programação e as atividades escolhidas tiveram o intuito de promover, participação, apresentação das narrativas e construção de propostas.
4	Enfrentamento às desigualdades sociais	sim	O racismo, as desigualdades de gênero e interseccionalidade foram tratadas como aspecto transversais a toda a oficina e na aplicação dos eixos.
5	Flexibilidade e consistência metodológica	sim	O planejamento das atividades foi feito colaborativamente e alterado ao longo da oficina para se adaptar a necessidade e sugestões dos participantes.
6	Emancipação política para autonomia	sim	foram estabelecidos espaços em que representantes da comunidade puderam levar suas necessidades para profissionais e gestores, num processo mútuo de troca que estabelece uma conexão entre os atores.
7	Geração de impacto para comunidade	sim	A fase 3 de ampliação para um espaço público está em fase de planejamento, assim como outras atuações. Essa pesquisa faz parte do processo de avaliação do método.

Fonte: Elaborado pela autora.

Ao analisar a tabela é possível confirmar a importância crucial de atuar de forma inclusiva e democrática, utilizando práticas deliberativas. O comprometimento com a democracia é verificado na intenção de criar um ambiente seguro para permitir a liberdade da construção dos produtos, por meio das decisões coletivas dos grupos. Realizado em pequena escala, o aprendizado mútuo é estimulado através do

desenvolvimento de novas habilidades por meio de processos dialógicos. O envolvimento movimentos sociais e representantes da comunidade e os atores necessários para geração de impacto e continuidade do projeto.

Buscou-se a protagonização das vozes periféricas através de programação e atividades destinadas à participação, apresentação de narrativas e construção de propostas. Foram abordados temas como racismo, desigualdades de gênero e interseccionalidade como aspectos transversais em toda a oficina, evidenciando o enfrentamento às desigualdades sociais. O planejamento das atividades, realizado colaborativamente, foi ajustado de forma flexível, adaptando-se às necessidades e sugestões dos participantes. Na visão de emancipação para autonomia, baseada na criação de infraestrutura agonística para construção de arenas participativas, foi aplicada de forma que representantes da comunidade pudessem expressar suas necessidades aos profissionais e gestores, promovendo a emancipação política para autonomia. A fase 3, de ampliação para um espaço público, está em construção e irá se aliar a outras estratégias vinculadas ao Programa SUS Digital.

A intervenção foi realizada por meio da oficina de inovação que utilizou metodologias do design participativo, promovendo inovação interdisciplinar e intersetorial com a participação das três esferas de governo (municipal, estadual e federal), além da parceria da Fiocruz e Redes da Maré. A etapa de geração de ideias permitiu a criação de diferentes soluções pensadas por cidadãos, profissionais e gestores de saúde, como proposta para o plano de transformação do Programa SUS Digital.

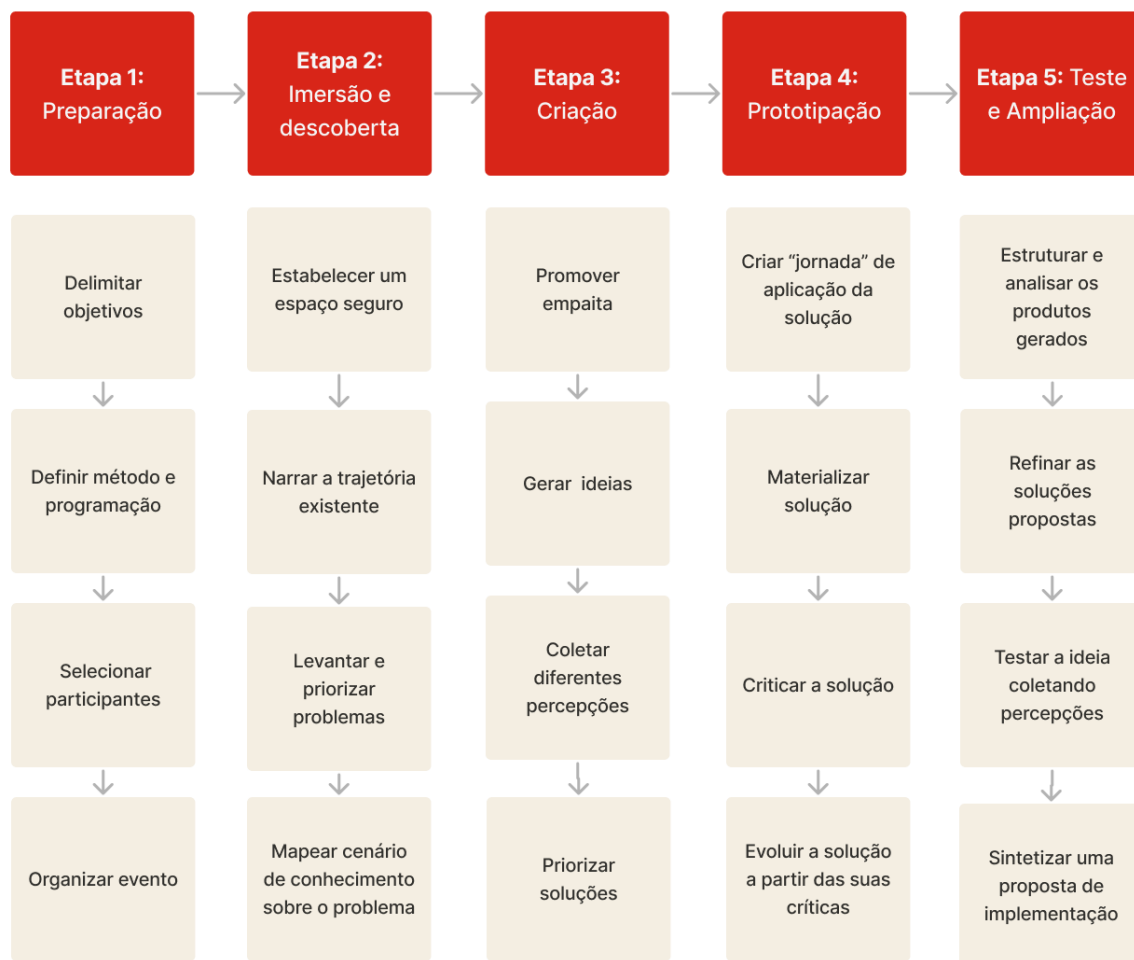
A partir da validação desse instrumento foi possível compreender de que forma o design decolonial pode contribuir na promoção da participação e equidade na formulação de políticas públicas no âmbito da Saúde Digital. Nesse sentido, foi possível verificar que o design decolonial em suas diretrizes, fundamentos e objetos ao se aliar com práticas do design participativo pode compor um instrumento que potencializa a participação das comunidades periféricas na elaboração de políticas públicas, em especial no âmbito da saúde digital, propiciando espaços seguros para troca entre agentes públicos e a população em arenas de deliberação para enfrentamento das desigualdades sociais, por outro lado apresenta uma capacidade

de otimização dos recursos ao acelerar o processo de aprendizagem e implementação das soluções ideadas coletivamente.

Por outro lado, observou-se alguns desafios metodológicos, como a composição de um grupo de participantes que represente uma distribuição equânime de raça, etnia, identidade de gênero, orientação sexual, territorial, dentro outros aspectos humanos extremamente relevantes para equidade. O meio de sanar essa dificuldade foi contar com apoio dos movimentos sociais na indicação dos participantes, apesar disso é importante estruturar outros mecanismos de garantia de diversidade nos participantes da oficina. Ainda dentro da etapa de preparação outro ponto compreendido foi que a realização do mapeamento do conhecimento atual sobre o problema precisa ser feita dentro da oficina de inovação com os participantes, para garantir que os processos de definição sejam deliberativos desde o princípio, incluindo a seleção dos eixos que serão tratados.

Um outro aspecto relevante é a dificuldade em realizara ampliação para um espaço público, de ampla participação, logo após a oficina de forma a retornar para a sociedade o que foi construído entre os atores envolvidos e os representantes da comunidade. Uma outra questão é impossibilidade de viabilização dos testes dentro da oficina de inovação, por conta do tempo necessário de dedicação a etapa de criação e prototipação. Por isso, indica-se que para fins das políticas públicas se saúde digital, seja realizada uma alteração, removendo a etapa de teste da parte de prototipação e adaptando a última etapa para contemplar a realização dos testes, levando as soluções para serem testadas por pessoas da comunidade que não participaram da oficina, promovendo a ampliação para um espaço público, mas viabilizando a realização por se tratar de uma atuação em escala menor do que seriam fóruns de ampla participação. Com isso surgiu a necessidade de simplificar e evoluir o instrumento proposto que pode ser verificado na Figura 19, que detalha as etapas da versão validada do instrumento.

Figura 19. Design decolonial para políticas públicas atualizado



Fonte: Elaborado pela autora.

A partir dessa reflexão outras alterações também foram incluídas. Na etapa de preparação obteve-se a melhoria da definição do objeto de algumas etapas com0: ‘definir o método e a programação’ ao invés de ‘identificar as interações e momentos de aplicação’, assim como ‘agendar e preparar etapas seguintes’ para ‘organizar o evento’ que compreende melhor o nível de complexidade da ação.

Na segunda etapa foi incluído como uma etapa do processo o estabelecimento do espaço seguro com base na relevância que o momento apresentou para o desenvolvimento do restante das demais atividades, a promoção do compartilhamento de experiências sendo consequência da realização da etapa ‘narrar a trajetória existente’ não sendo necessário dedicar duas etapas para esse fim. Com isso a etapa de mapeamento do cenário de conhecimento sobre o problema é realizada após o levantamento e priorização dos problemas pelo coletivo.

A criação e alternativas foi compreendida como resultado do processo realizado como um todo na etapa e a priorização das soluções como forma de conclusão e convergência dessa fase. Com isso a construção da jornada passa a integrar etapa de prototipação, compreendendo que a materialização da solução em si pode também ser encontrada na jornada e não necessariamente em protótipos de sistemas.

Por último, a fase que apresentou maior mudança foi a última etapa, verificou-se então a oportunidade de realização de uma etapa de ampliação controlada em que outros membros da comunidade são visitados em seu contexto para testar a solução proposta, após uma fase de evolução que pode levar de alguns dias até semanas, a depender do nível de definição da solução, já considerando aspectos de viabilidade, permitindo a construção de uma proposta testada e com um plano de implementação definido.

5.5. O potencial do Design Decolonial nas políticas públicas de Saúde Digital

A análise dos resultados obtidos nas oficinas de inovação realizadas com base na abordagem de design decolonial aplicada no projeto Transformação Digital em Saúde para Maré, revela várias conexões importantes com a teoria existente e oferece perspectivas relevantes para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, possibilitada pela participação e compromisso com a equidade.

Primeiramente, a relação entre teoria e prática destaca a relevância do envolvimento ativo dos beneficiários na construção de políticas públicas. Fraser (2001), expõe o desafio presente no desenho de políticas públicas que possam apoiar o desempenho econômico e simultaneamente incluir a população o que evidencia a importância de iniciativas que se proponham a corrigir injustiças.

Nesse sentido, o design se apresenta como possibilidade de criação de diferentes futuros adaptáveis a transformações necessárias (Batista e Carvalho, 2022). Nas políticas públicas, o design participativo pode apresentar diversos benefícios incluindo o alcance da eficiência econômica, o engajamento dos cidadãos, além de viabilizar prazos mais concretos (Blomkamp, 2018).

Um dos principais benefícios dessa abordagem para as políticas públicas é a promoção da participação e controle social, a relevância desse fato se dá pela necessidade de incluir a sociedade nas decisões que estruturam a política (Abers,

Serafim & Tatagiba, 2014). Essa importância é ressaltada ao observar a fragilidade na estruturação políticas de participação que sejam perenes através governos e se instituem como estruturas de estado (Gonçalves & Neto, 2019).

Por outro lado, o design decolonial apresenta uma estrutura complementar ao design participativo no enfrentamento das desigualdades por meio de políticas públicas. A criação de espaços seguros e a inclusão de múltiplas vozes, especialmente de comunidades periféricas, reforçam a ideia de que a democratização dos processos de decisão é essencial para promover a equidade e a justiça social legitimando as pessoas vulnerabilizadas e suas pautas (Björgvinsson, Ehn & Hillgren, 2012).

Nesse sentido, a equidade na saúde tem um papel crucial para garantir acesso igualitário considerando as necessidades específicas de grupos da população, em especial os vulnerabilizados (Carrapato, Correia & Garcia, 2017). A saúde digital deve aliar a inovação e a tecnologia em prol das políticas de saúde do SUS, nesse sentido é importante se preocupar em promover o potencial da tecnologia em criar espaços democratização e ampliação da liberdade ao invés de reforçar relações de poder e desigualdade persistentes (Winner, 2017).

A partir dessa perspectiva entende-se que o Design decolonial para políticas públicas pode oferecer uma contribuição significativa ao conceito de design, que precisa ser resgatado para perspectivas mais democráticas que resolvam demandas da sociedade, do meio ambiente, da saúde e dos direitos humanos (Bonsiepe, 2011). Este instrumento reformula a prática do design no âmbito das políticas públicas, orientando-o para a inclusão, a equidade e a participação. Ao contrário das abordagens tradicionais, que frequentemente impõem soluções pensadas em um cenário restrito de informações e de participação social, o instrumento enfatiza a importância de adaptar as intervenções aos contextos locais.

Além disso, o design decolonial para políticas públicas valoriza a colaboração interdisciplinar e intersetorial, essencial para enfrentar os desafios complexos da saúde pública. Esta abordagem permite que diversos atores, incluindo profissionais de saúde, membros da comunidade e gestores, trabalhem juntos para desenvolver soluções inovadoras e que possam ser mais eficazes. A capacitação de profissionais, a melhoria do acesso aos serviços, a comunicação, foram temas recorrentes nas oficinas

de inovação, destacando a capacidade do design decolonial de abordar problemas críticos de maneira integrada e holística.

A experiência demonstrou que quanto mais abstrato o conceito, maior a dificuldade de transformá-lo em uma solução prática e executável, por isso é importante a materialização das ideias. Uma fragilidade, no entanto, ficou evidente na dependência de protótipos de aplicativos para construir os produtos das soluções. Essa dependência pode limitar a aplicação das intervenções, especialmente quando se trata de conceitos abstratos que são mais difíceis de materializar e, conseqüentemente, de implementar, sugere-se então o desenvolvimento de outros mecanismos de materialização para propostas que complementem a abordagem usada para ampliar seu potencial de aplicação.

Isso foi exemplificado nas pesquisas realizadas na sede da Redes da Maré na Favela Nova Holanda, onde as atividades foram cuidadosamente ajustadas para atender às necessidades específicas da comunidade, ao decorrer do processo.

Lá, alguns temas se apresentaram de forma mais recorrente, por exemplo, a capacitação de profissionais de saúde como um elemento crucial, e essa necessidade apareceu consistentemente nos três experimentos realizados. Isso sublinha a importância de investir na formação contínua dos profissionais para garantir a implementação bem-sucedida das soluções propostas (Siqueira, Holanda e Mota, 2017).

Um outro tópico que demonstrou sua força foi a saúde mental, uma preocupação constante em todos os grupos, indicando uma demanda clara e urgente por soluções quando se trata de equidade. O acesso a serviços de saúde, por sua vez, foi destacado nos experimentos 2 e 3, refletindo a necessidade contínua de melhorar a acessibilidade e a equidade nos serviços de saúde.

Em resumo, os resultados desta análise sugerem que, embora existam desafios a serem superados, como a dependência de protótipos e a dificuldade de materializar conceitos abstratos, a abordagem de design decolonial tem um potencial significativo para contribuir para a construção de políticas públicas mais democráticas, inclusivas e eficazes.

6. Conclusão

A aplicação do design decolonial para políticas públicas na Saúde Digital demonstrou uma abordagem com grande potencial de promoção da participação e equidade. Essa metodologia vai além das soluções tradicionais ao priorizar a produção de conhecimento situado e o envolvimento ativo das comunidades locais e diversos atores no processo de design. Tal abordagem não só cria soluções mais adaptadas às realidades específicas, mas também fortalece a legitimidade e a sustentabilidade das intervenções.

O instrumento Design Decolonial para políticas públicas define princípios e fases de aplicação, sendo que, para a sua composição, foram realizadas oficinas de inovação. Nessas oficinas, aplicaram-se ferramentas do design participativo, promovendo a produção de conhecimento situado localmente e a colaboração interdisciplinar e intersetorial. Essa abordagem mostra-se promissora para tratar problemas complexos de forma abrangente e inclusiva. Nesse sentido, o design participativo inclui perspectivas sobre emancipação, autonomia e impacto social, assim como a pesquisa como forma de atuação, sempre incluindo a participação ativa dos usuários. As práticas de decoloniais em design abordam diretamente as desigualdades sociais e enfrenta de forma direta a permanência do colonialismo em vários aspectos, incluindo as políticas públicas.

O processo de validação do instrumento foi realizado em uma oficina de inovação com a instituição Redes da Maré na Favela Nova Holanda no Rio de Janeiro com intuito de construir perspectivas para transformação digital em saúde na maré com envolvimento ativo e prioritário da comunidade. Através da adaptação das atividades para considerar contextos locais e da promoção de narrativas alternativas, o design decolonial para políticas públicas mostrou-se eficaz na geração de soluções inovadoras para desafios complexos, como saúde mental, saúde da mulher e acesso aos serviços de saúde. Algumas necessidades transversais foram observadas como a capacitação dos profissionais e gestores de saúde, comunicação, conectividade, destacando a importância de um processo contínuo de aprendizado e adaptação de diferentes aspectos.

Esse instrumento aplicado à Saúde Digital não só aproxima o conceito de design da transformação social, mas também estabelece uma possibilidade colaborativa para

a criação de políticas públicas. Ele promove a democratização dos processos decisórios, a colaboração interdisciplinar e a geração de soluções de baixo para cima. Além de enfrentar as desigualdades sociais, busca construir um caminho para uma sociedade mais justa e equitativa.

No entanto, é importante evidenciar algumas limitações, como a escolha do perfil do público-alvo, a garantia de diversidade entre os participantes e a necessidade de uma equipe disponível, demonstrando a importância de melhorias para garantia de que as soluções sejam verdadeiramente representativas e atendam às necessidades específicas das comunidades. Além disso, não foram tratados aspectos não relacionados à saúde digital, o que aponta para oportunidades de pesquisas futuras em áreas, mesmo dentro do campo da saúde pública. Portanto, sugere-se a utilização do design decolonial para outros temas de políticas públicas de inovação, tecnologia e sistemas em áreas como educação, meio ambiente e direitos humanos, abrangendo questões que perpassam diferentes áreas da vida.

Dessa forma, o design decolonial demonstra potencial significativo para construir políticas públicas mais democráticas e equitativas. O aprendizado contínuo, a adaptação às necessidades locais e o reconhecimento dos cidadãos como especialistas nas suas necessidades são elementos chave para o sucesso das iniciativas. Este instrumento reformula a prática do design no âmbito das políticas públicas, orientando-o para a participação, equidade e democracia. Ao fomentar a participação ativa e o controle social, o design decolonial contribui para a construção de uma sociedade mais justa, refletindo um compromisso profundo com a transformação social e a equidade na saúde pública.

7. Referências

Abers, R., Serafim, L., & Tatagiba, L. (2014). Repertórios de interação estado-sociedade em um estado heterogêneo: a experiência na Era Lula. *Dados*, 57, 325-357.

Akotirene, Carla. (2018). O que é interseccionalidade?. *Folha PE*.

Anunciação, D., Pereira, L. L., Silva, H. P., Nunes, A. P. N., & Soares, J. O. (2022). (Des) caminhos na garantia da saúde da população negra e no enfrentamento ao racismo no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 3861-3870.

Araújo Camargo, L. S., & Fazani, A. J. (2014). Explorando o design participativo como prática de desenvolvimento de sistemas de informação. *InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação*, 5(1), 138-150.

Bardzell, S. (2018). Utopias of participation: Feminism, design, and the futures. *ACM Transactions on Computer-Human Interaction (TOCHI)*, 25(1), 1-24.

Batista, S e Carvalho, R. Design e decolonialidade: Fundamentos, debates e rupturas. Arcos Design. Rio de Janeiro ,2020.

Björgvinsson, E., Ehn, P., & Hillgren, P. A. (2010, November). Participatory design and " democratizing innovation". In *Proceedings of the 11th Biennial participatory design conference* (pp. 41-50).

Björgvinsson, E., Ehn, P., & Hillgren, P. A. (2012). Agonistic participatory design: working with marginalised social movements. *CoDesign*, 8(2-3), 127-144.

Blomkamp, E. (2018). The promise of co-design for public policy 1. In *Routledge handbook of policy design* (pp. 59-73). Routledge.

Brand, U. (2011). Estado e políticas públicas: sobre os processos de transformação. *Descolonizar o imaginário. Debates sobre pós-extratativismo e alternativas ao desenvolvimento*. Elefante. p. 123-137.

Brand, U., Görg, C., & Wissen, M. (2011). Second-Order Condensations of Societal Power Relations: Environmental Politics and the Internationalization of the State from a Neo-Poulantzian Perspective 1. *Antipode*, 43(1), 149-175.

Brasil. Presidência da República. (2023, 1º de janeiro). Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. (2024, 1º de março). Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança.

Brasil. Ministério da Saúde. (2023, 7 de março). Portaria GM/MS nº 230, de 7 de março de 2023. Institui o Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça, Etnia e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2020, 28 de maio). Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde.

Brasil. Presidência da República. (2019, 11 de abril). Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. (1990, 19 de setembro). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Brasil. Presidência da República. (1997, 12 de novembro). Lei nº 9.507, de 12 de novembro de 1997. Regula o direito de acesso a informações e disciplina o rito processual do habeas data.

Brasil. Presidência da República. (2011, 18 de novembro). Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regulamenta o direito constitucional de acesso às informações públicas.

Brasil. Presidência da República. (2014, 23 de abril). Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014. Estabelece princípios, garantias, direitos e deveres para o uso da Internet no Brasil.

Brasil. Presidência da República. (2018, 14 de agosto). Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.

Brugué, Q., Canal, R., & Paya, P. (2015). ¿ Inteligencia administrativa para abordar" problemas malditos"? El caso de las comisiones interdepartamentales. *Gestión y política pública*, 24(1), 85-130.

Bødker, S., Dindler, C., Iversen, O. S., & Smith, R. C. (2004). *Participatory design* (pp. 5-13). Cham: Springer International Publishing.

BOTELHO, D., & NASCIMENTO, W. F. D. (2016). Celebração móvel: Políticas públicas, transversalidade e interseccionalidade de gênero e raça. SANTOS, Deborah Silva; GARCIA-FILICE, Renísia Cristina; RODRIGUES, Ruth Meyre Mota. *A transversalidade de Gênero e Raça nas Políticas Públicas*, 1.

Bonsiepe, G. (2011). *Design, cultura e sociedade*. Editora Blucher.

Bour, R., Soule-Dupuy, C., & Vallès-Parlangeau, N. (2019). DEMOS: a participatory design approach for democratic empowerment of IS users. In *Conceptual Modeling: 38th International Conference, ER 2019, Salvador, Brazil, November 4–7, 2019, Proceedings 38* (pp. 387-394). Springer International Publishing.

BRAGA, Renata Dutra (org.) et al. (2022), Trajetória da saúde digital no Brasil. 2 ed. Goiânia: Cegraf UFG. E-book (71p.). ISBN 978-85-495-0579-8. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/21289>.

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. (1988). Título VIII, Capítulo II, Seção II, artigos 196-200.

Carrapato, P., Correia, P., & Garcia, B. (2017). Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, 26, 676-689.

Costa, A. M., & Lionço, T. (2006). Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. *Saúde e Sociedade*, 15, 47-55.

Cruz, F. Desenvolvimento democrático em tempos incertos. Brasília, UnB, 2020. Capítulos 1 e 2. Disponível em: <https://livros.unb.br/index.php/portal/catalog/book/63>

Dahl, R. A. (2001). Sobre a Democracia.(trad.) Beatriz Sidou. *Brasília: Editora Universidade de Brasília*.

Del Gaudio, C., de Oliveira, A. J., & Franzato, C. (2015). Design participativo e inovação social: a influência dos fatores contextuais. *MIX Sustentável*, 1(2), 140-141.

Design Council. (2005). Double Diamond: Framework for innovation. <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/framework-for-innovation/>

DiSalvo, C., Clement, A., & Pipek, V. (2012). Communities: Participatory Design for, with and by communities. In *Routledge international handbook of participatory design* (pp. 182-209). Routledge.

Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). (2021). Uso do Design em Políticas Públicas. https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6299/1/Módulo%201_Design

[%20em%20Políticas%20Públicas_um%20novo%20jeito%20de%20fazer%20as%20coisas.pdf](#)

Escobar, A. (2018). *Designs for the pluriverse: Radical interdependence, autonomy, and the making of worlds*. Duke University Press.

Escobar, A. (2017). Response: Design for/by [and from] the 'global South.'. *Design Philosophy Papers*, 15(1), 39-49.

Ferreira, F e Franco, J. *Design Brasileiro no giro decolonial*. Ágora. VIRUS, 2022.

Freitas, G. L. (2009). Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Revista eletrônica de enfermagem*, 11(2).

Fraser, N. (2001). Social justice in the knowledge society: Redistribution, recognition, and participation. Gut zu Wissen conference paper, Heinrich Böll Stiftung, v. 5, p. 1-13.

Fry, T. (2017). Design for/by "the Global South". *Design Philosophy Papers*, 15(1), 3-37.

Gohn, M. D. G. (2019). Teorias sobre a participação social: desafios para a compreensão das desigualdades sociais. *Caderno CrH*, 32, 63-81.

Gonçalves, R. C. P., & Neto, A. M. (2019). Democracia participativa brasileira: uma construção sob ataque. *CSONline-Revista Eletrônica de Ciências Sociais*, (30).

IDEO. (2015). *Design kit: The human-centered design toolkit*.
IDEO. <https://www.ideo.com/journal/design-kit-the-human-centered-design-toolkit>

Kambunga, A. P., Smith, R. C., Winschiers-Theophilus, H., & Otto, T. (2023). Decolonial design practices: Creating safe spaces for plural voices on contested pasts, presents, and futures. *Design Studies*, 86, 101170.

Knapp, J., Kowitz, B., Zeratsky, J., & Marlis, M. (2016). *Sprint: How to Solve Big Problems and Test New Ideas in Just Five Days*. Simon & Schuster.

Lopes, F. (2005). Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 21, 1595-1601.

Lopes, F., & Werneck, J. (2012). Saúde da população negra. *Mulheres Negras*.

Manzini, E. (2015). *Design, when everybody designs: An introduction to design for social innovation*. MIT press.

Mariano, A. M., & Rocha Santos, M. (2017). Revisão da literatura: Apresentação de uma abordagem integradora structural equations view project service quality view project. In *XXVI Congreso Internacional de la Academia Europea de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM)*, n. September, pv (Vol. 26, p. 26).

Mazzucato, M. (2018). Mission-oriented innovation policies: challenges and opportunities. *Industrial and corporate change*, 27(5), 803-815.

Martínez-Osorio, P. A., Barana, M., Rocha-Carneiro, R., & Paschoarelli, L. C. (2017). Innovación, design y sostenibilidad social: nuevas tendencias para el desarrollo local en la contemporaneidad. *Revista de Arquitectura (Bogotá)*, 19(2), 68-77.

Mbembe, A. (2019). *Out of the dark night: Essays on decolonization*. Columbia University Press.

Ministério da Saúde. (2016). Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_informacao_informatica_saude.pdf

Ministério da Saúde. (2017). Estratégia de Saúde Digital (ESD). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital.pdf

Nabatchi, T. (2012). Putting the “public” back in public values research: Designing participation to identify and respond to values. *Public administration review*, 72(5), 699-708.

Ranerup, A. (1998, January). Can Internet Improve Democracy in Local Government?. In *PDC* (pp. 55-64).

Robertson, T. (1998). Shoppers and tailors: Participative practices in small australian design companies. *Computer Supported Cooperative Work*, 7(3-4), 205-221. doi:10.1023/A:1008626803428

Silva, D. B., & Coelho Guedes Cabral, M. W. D. F. (2022). Promoção e proteção de direitos humanos e a necessária construção contra-hegemônica: Possibilidades decoloniais. *Quaestio Iuris (QI)*, 15(1).

Siqueira, S. A. V. D., Hollanda, E., & Motta, J. I. J. (2017). Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1397-1397.

Smith, R. C., & Iversen, O. S. (2018). Participatory design for sustainable social change. *Design Studies*, 59, 9-36.

Souza, C. (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, 20-45.

Steen, M., Manschot, M., & De Koning, N. (2011). Benefits of co-design in service design projects. *International journal of design*, 5(2).

Stickdorn, M., & Schneider, J. (2014). *Isto é design thinking de serviços: fundamentos, ferramentas, casos*. Bookman Editora.

Spinuzzi, Clay. "The methodology of participatory design." *Technical communication* 52.2 (2005): 163-174.

Teixeira, M. A. C. (2020). Dilemas brasileiros em políticas públicas e democracia. *Revista de Administração Pública*, 54, 1-1.

Wahab, A. (2008). Relatos ardentes: Questionamento da autoridade e as políticas de representação na investigação em Ciências Sociais. In: Dei e Johal (2008). *Metodologias de Investigação Anti-Racistas. Questões Críticas*. Portugal: Ed. Pedago.

Werneck, J. (2016). Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde e sociedade*, 25, 535-549.

Winner, L. (2017). Artefatos têm política. *Analytica*, 21(2), 195-218.

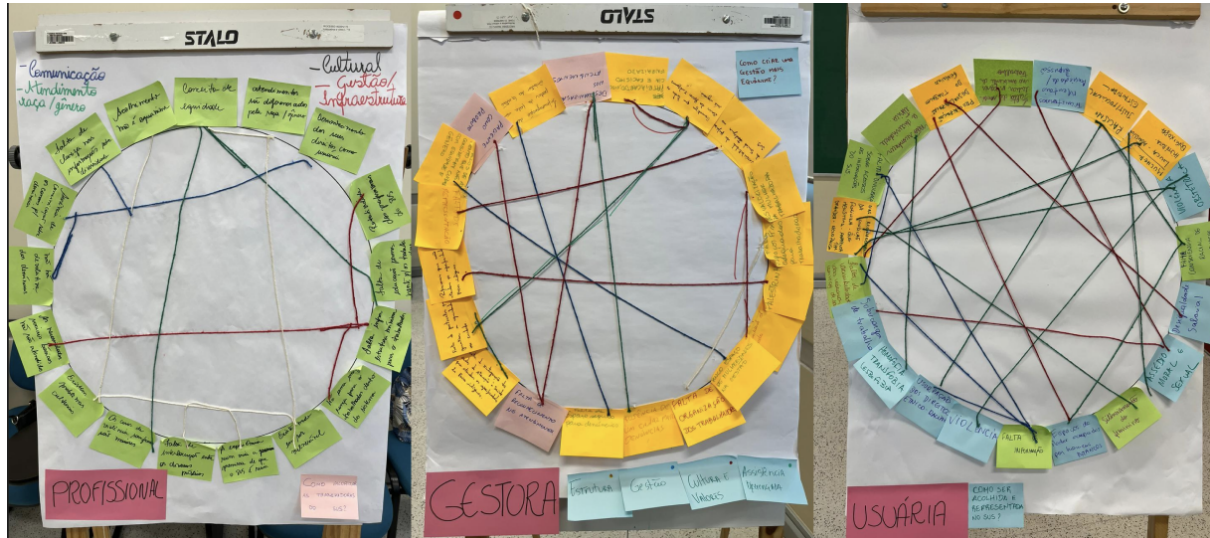
Zuchinali, K e Silva, A. 2021. Decolonialidade e Carnaval: Algumas perspectivas e contribuições para Design no Brasil. *DATJournal*. V 5 n.1, 2021.

ANEXOS

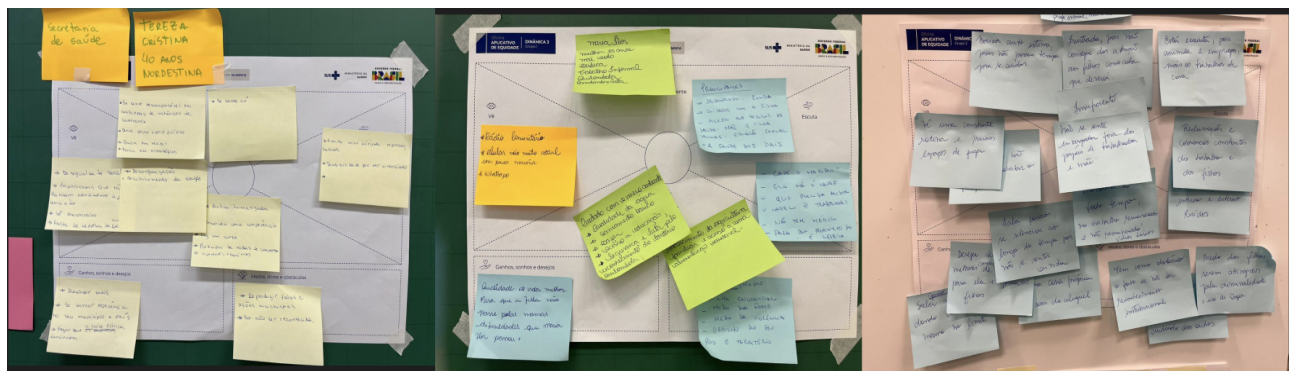
8. Anexo 1

Fotos e resultados do Experimento 1

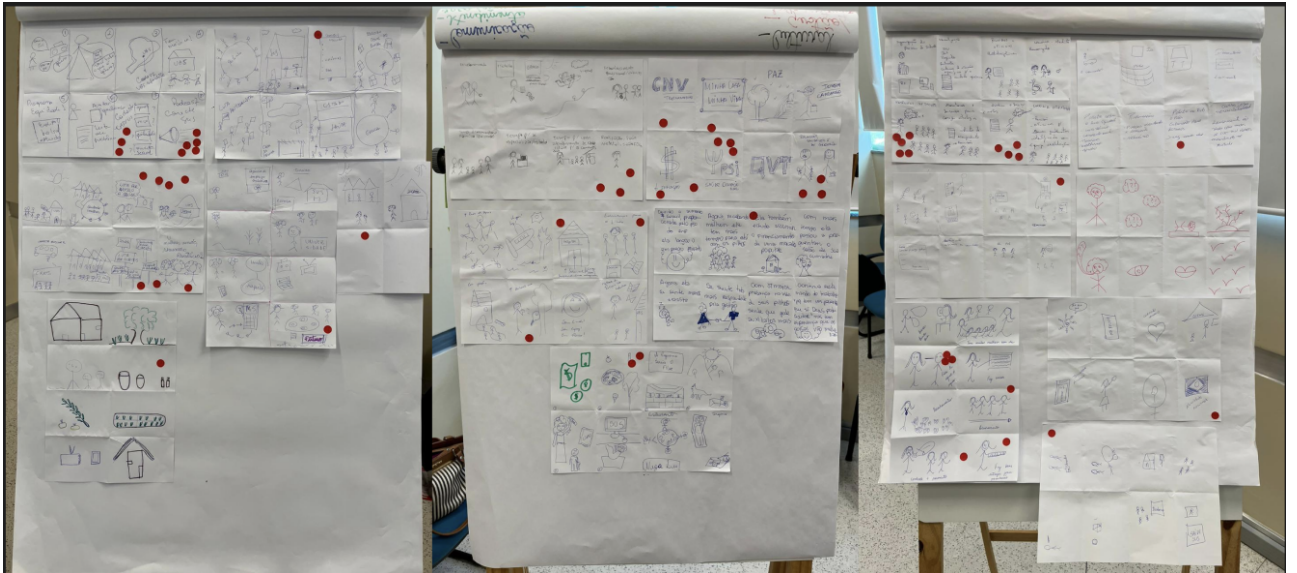
ATIVIDADE 1 - Mandala de problemas



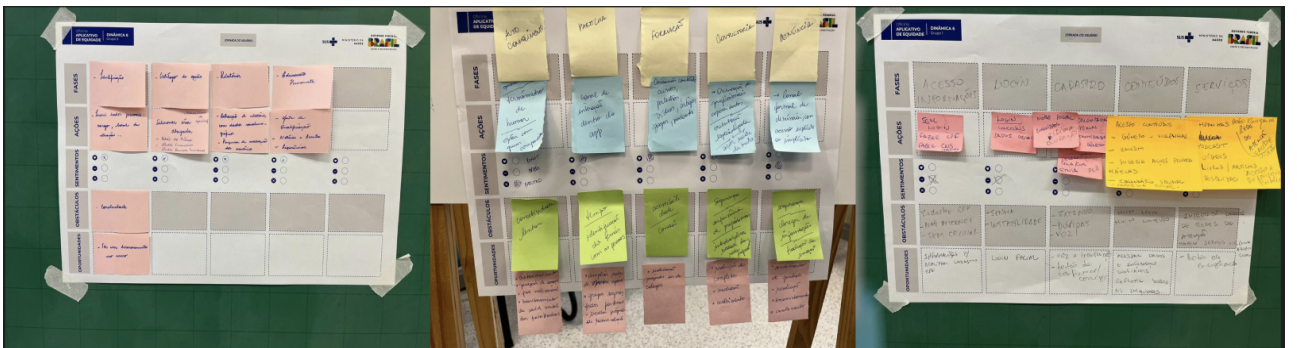
ATIVIDADE 2 - Personas



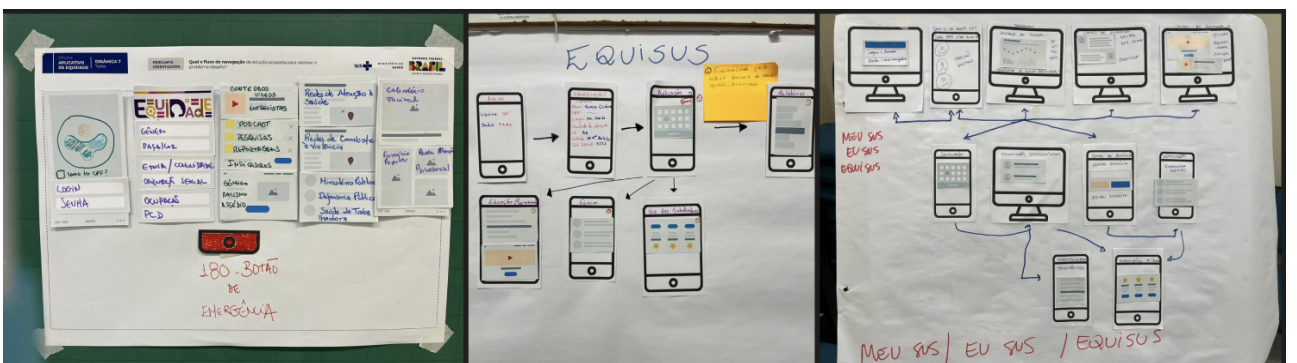
ATIVIDADE 3 - Crazy 8s + Museu de Arte



ATIVIDADE 4 - Jornada do Usuário



ATIVIDADE 5 - Prototipação



10. Anexo 2

Fotos e Resultados do Experimento 2

Encontro presencial do grupo organizador em 06/09



Integrantes da mesa de abertura da oficina



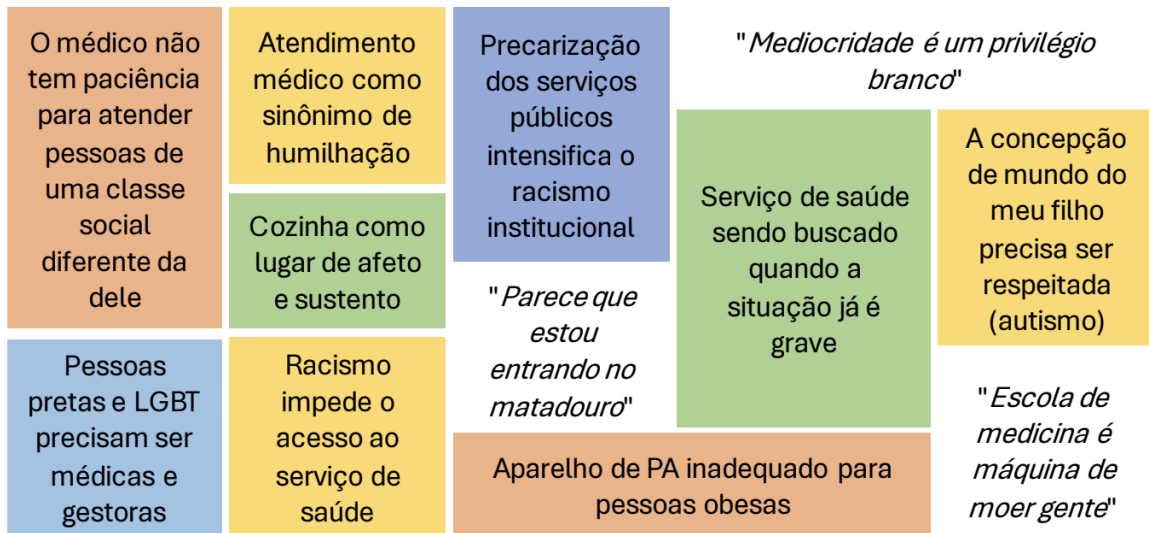
Me sinto seguro(a) quando...

Meu tempo é respeitado	Me sinto segura quando me respeitam	Existe respeito à fala do outro	Respeitar os momentos de fala	Todos são ouvidos	Atenção ativa
Quando há escuta atenta e acolhida	Me sinto segura quando me respeitam	Quando o que eu digo é levado a sério	Quando sou ouvida e compreendida	Quando demonstram atenção / interesse no que falo	Quando estou em minha casa
Quando não me discriminam	Quando há diálogo	Quando há troca de experiências	Força nas ideias e empatia com as pessoas	Empatia	Estou entre conhecidos
Quando há mais pessoas pretas	Quando não sou chamada de menina	Quando há articulação de redes	Quando me olham como igual	Quando me sinto pertencente	Estar entre pares
Quando as pessoas olham nos meus olhos	Comunicação acessível	Quando me sinto sujeita com poder de agir	Quando o quebra-gelo funciona	Não invalidam as ideias propostas	Estado olha para mim como sujeito de direitos
Quando não preciso pedir desculpas por falar	Quando acolhem minha insegurança				

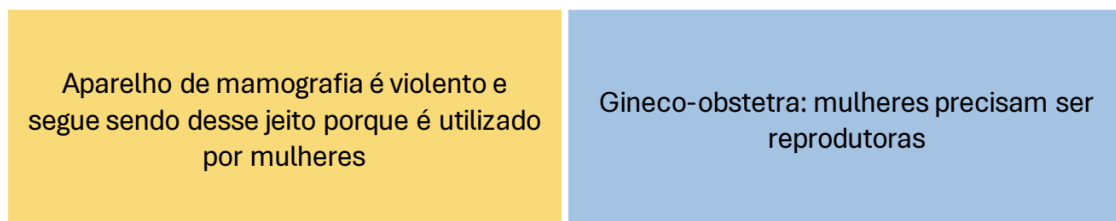
Não me sinto seguro(a) quando....

Quando não existe espaço para críticas	Quando as falas são gravadas	Quando não existe respeito ao outro	As pessoas não são respeitadas	O vácuo	Os homens não deixam a gente concluir as falas
Quando não há respeito das falas	Sou interrompido	Não há empatia pela experiência das mulheres	Quando percebo que o outro está me julgando	Não sou escutado e estou entre desconhecidos	Longe do meu território e das companheiras de luta
Quando não há espaço para escuta	Não ser ouvido	Quando me sinto isolada	Falam que não irei alcançar um passo	Por sempre estar no lugar de "plantonista"	Invadem o meu espaço
Quando olham meu corpo	Quando meu corpo é sexualizado	Me olham insistentemente em qualquer lugar	Se sentir violentado	Ser julgado	Não tem informação
Me pedem para falar de um assunto que eu desconheço	Quando sinto medo	Quando sinto crise de dor	Não representado	Quando há maioria de pessoas brancas	Quando não há diversidade
Quando o ambiente é elitizado / branco	Nossas vivências e demandas são invisibilizadas	Nossas vozes são silenciadas	Quando preciso falar em público	Quando falo no microfone	Quando me sinto pressionada

Atendimento na saúde, racismo institucional e homofobia



Sistemas heteronormativos e cisgênero



Comunicação com a população

População pobre utiliza WhatsApp e redes sociais para acessar informações	Grupos religiosos são a principal fonte de informação confiável	As discussões nas redes duram 24h, nossa reação precisa ser rápida	Memes alteram as formas de compreensão dos fenômenos e disseminam desinformação
Preconceito é algo que comunica e se dissemina de forma rápida	Comunicação exige confiança	Precisamos de um processo de reabertura da comunicação	O que parece óbvio, não é
Formação intelectual que mantém domínio sobre não brancos: racismo estrutural	Comunicação agressiva gera agressividade na população	Como agregar valor à Saúde Digital?	Saúde Digital: instrumentalizar o sujeito de informação
Setembro Amarelo não traz retorno para a saúde, fornece gatilhos e atua como reserva de mercado	Meses coloridos virando política de Estado: problema	Grupos marginalizados não são pensados na formação de profissionais de saúde mental	"Isso aqui não é para vocês"
Estigmatização de pessoas com HIV, associando-as a pessoas LGBT	Psicólogos/profissionais de saúde mental cometem racismo de forma dissimulada	SESAI/MS não está preparada para lidar com a saúde indígena	O Estado não fala com a população indígena
"Vocês tem que aprender a falar a nossa língua" - referindo-se à população indígena	Academia e Estado não escutam pessoas indígenas	"Índio é coisa da SESA, da FUNAI"	Falta de comunicação entre os povos indígenas
	Profissionais de saúde com falas racistas e não respeitando o conhecimento indígena		Governo não sabe como comunicar com a população indígena
			Alcoolismo, drogas e prostituição na população indígena: problemas sociais tido como culturais para não serem enfrentados pelo Estado

Acesso aos serviços de saúde



Violência obstétrica e saúde reprodutiva

Como comunicar para a população negra que precisam se preocupar com a violência médica, para que possam ser proteger?	Exemplo: retirada de tranças durante o parto e impedimento de acompanhamento (marido)	Profissionais de saúde não respeitando a vontade da mulher, com viés racista
Acesso a protocolos de transição hormonal para pessoas trans: profissionais não preparados para acolher	Profissionais de saúde não tem conhecimento das desigualdades sociais e de necessidades específicas de grupos minoritários/excluídos	Jovens não reconhecem privilégios e violências
Tratamento desigual no atendimento ginecológico para uma pessoa lésbica, sem acolhimento e cuidado	Profissionais de saúde não respeitando a vontade da mulher, com viés racista	Desrespeito médico durante o processo hormonal de transição
	<i>"Você tá muito velha para ser mãe"</i>	Profissional de saúde dizendo que "não sabe atender uma pessoa trans"
Falta de preparo do serviço de saúde para o atendimento de homens trans em geração	"Se você não está reproduzindo, você não serve"	Pessoas sem instrução tem mais dificuldade para se defender da violência médica
Transparência com a paciente a família no momento do parto e ouvir a paciente	Comunicação com ruídos e escuta não qualificada até se apresentar como advogado ("ah, você é advogado?")	

Categorias e votos - Parte 1 de 2

Categorias e quantidade de votos	Conteúdo dos post-its
Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades - 13 votos [tema selecionado]	Visualizar a saúde indígena em todos os níveis do SUS
	Reconhecer o notório saber indígena e negro nas PICs
	Insegurança alimentar + práticas comunitárias
	Reconhecer terreiros enquanto espaços de promoção da saúde
	Fortalecer a medicina indígena em bases de saúde: farmácias vidas; reconhecer os especialistas indígenas (pajés, rezadeiras, parteiras, raizeiras)
Capacitação de profissionais - 12 votos [tema selecionado]	Instrução adequada para profissionais que registram os dados e para os profissionais que atendem
	Formação para profissionais de saúde
	Como funciona o SUS
	Tradução do conhecimento científico
	Dados atualizados para população quilombola
Saúde Mental - 11 votos [tema selecionado]	Comunicação para e com a população indígena
	Saúde mental além da psiquiatria, álcool e outras drogas; no cotidiano sem patologização
	Fortalecimento da implantação e funcionamento efetivo da rede de atenção psicossocial
Dados e informações - 9 votos [tema selecionado]	Não adesão aos meses coloridos e campanhismo
	Coleta de dados sensíveis
	Personalização cultural do sistema
	Acesso de informações em várias línguas
	Monitoramento do sistema
	Ter muito claro o processo de consentimento ao acesso aos meus dados de saúde para que não sejam usados contra mim
Acesso aos dados pessoais: considerar raça/cor e etnia; dimensões esperadas da população indígena	
Alerta de agravo por georreferenciamento	

Categorias e votos - Parte 2 de 2

Categorias e quantidade de votos	Conteúdo dos post-its
Instrução para a população e combate à fake news - 8 votos	Considerar todos os ciclos de vida, em sua forma real
	Apresentação do conteúdo orientado por personas, com oferta de conteúdos similares (quem leu isso, também leu aquilo)
	Combate às inverdades disseminadas pela ABP e comunidades terapêuticas
Escuta ativa e interação do usuário - 5 votos	Informações sobre o fluxo de navegação no sistema de saúde (o que o SUS espera que aconteça durante a consulta; o que posso perguntar; o que acontecerá depois)
	Avaliar atendimento (mas não identificável, sobretudo por aqueles profissionais envolvidos no caso)
	Canais de denúncia interativos

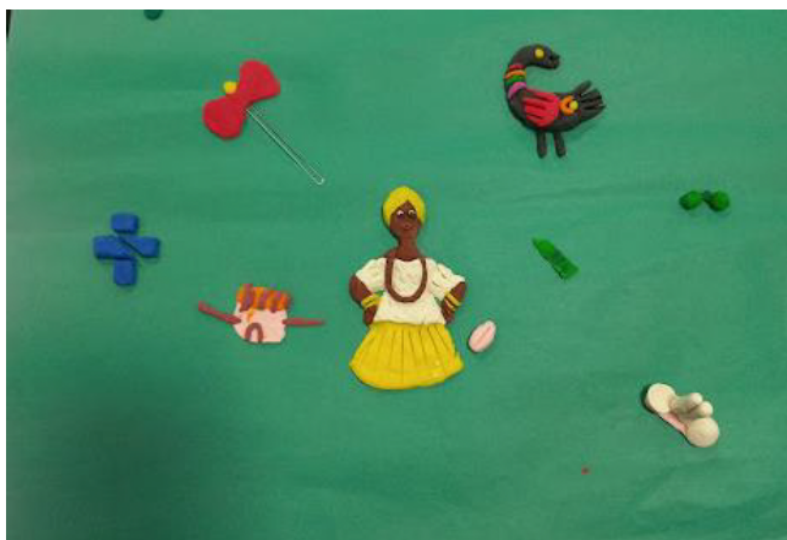
Participantes no encerramento do dia 1 (19/09)



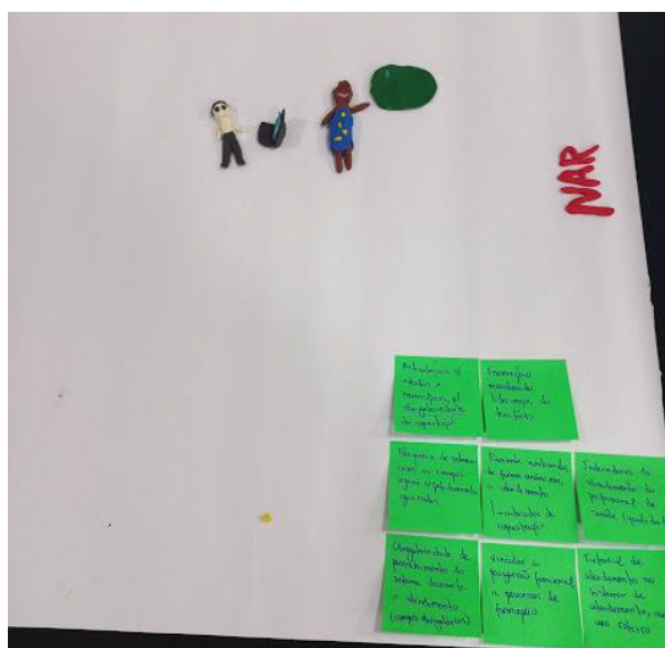
Cocriação de narrativas alternativas – Parte 3

Atividade 15 - Dinâmica

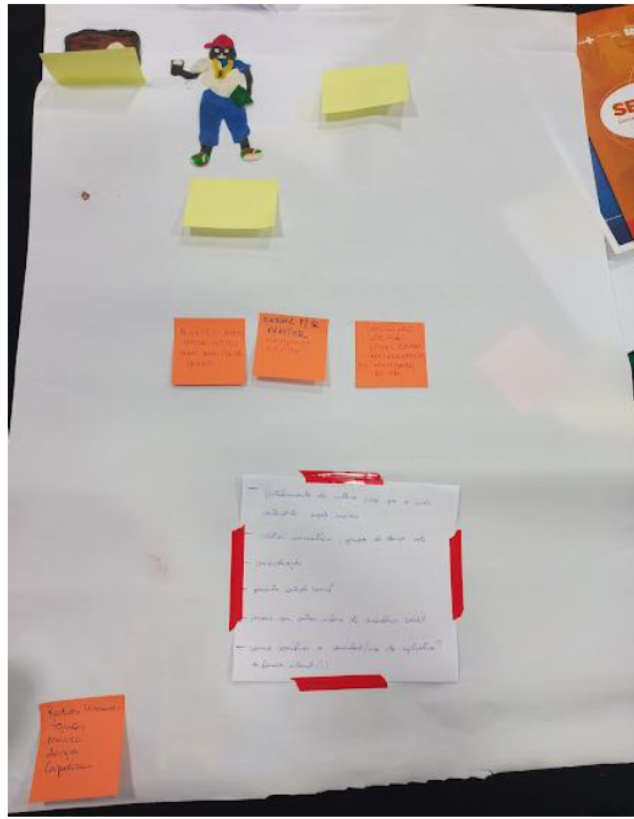
Grupo 1: Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade das identidades



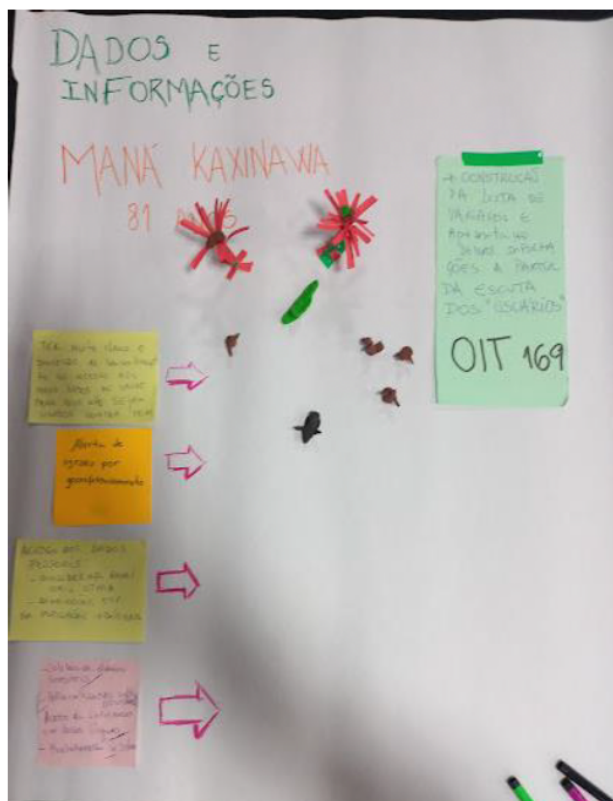
Grupo 2: Capacitação de profissionais



Grupo 3: Saúde Mental



Grupo 4: Dados e informação



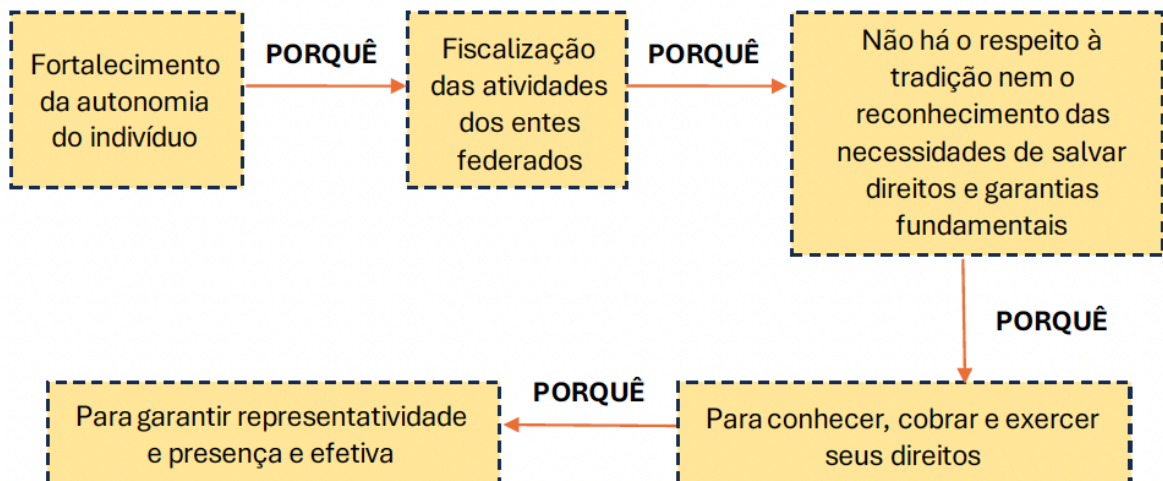
Participantes no encerramento do dia 2 (20/09/2023)



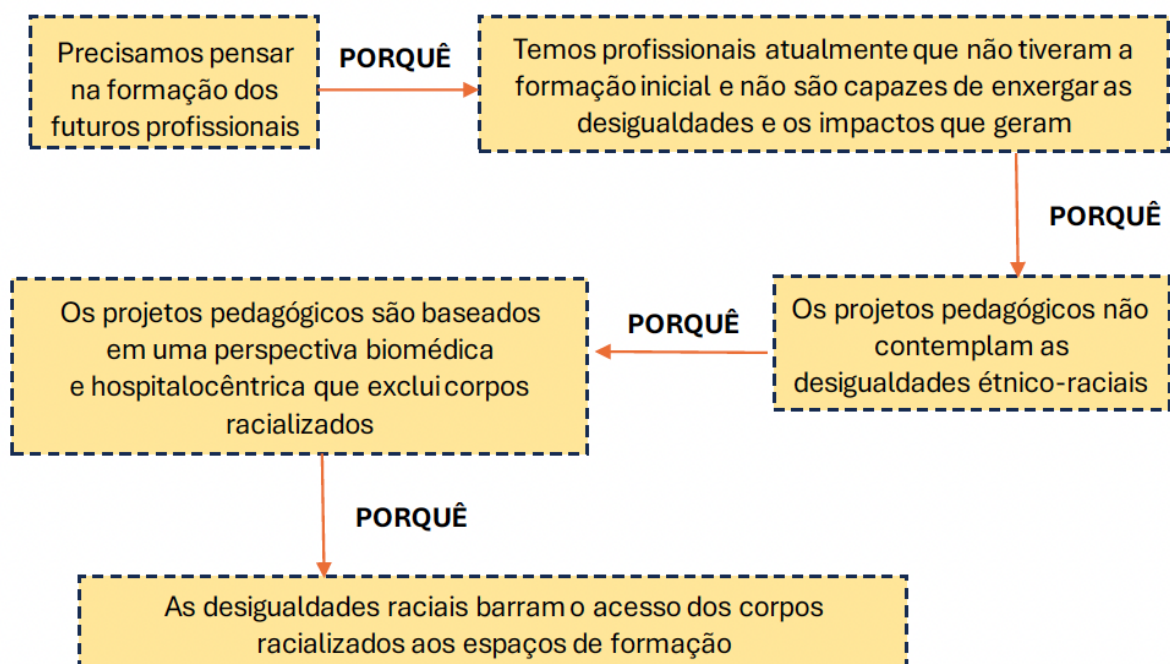
5 Porquês

Atividade 22 - Dinâmica

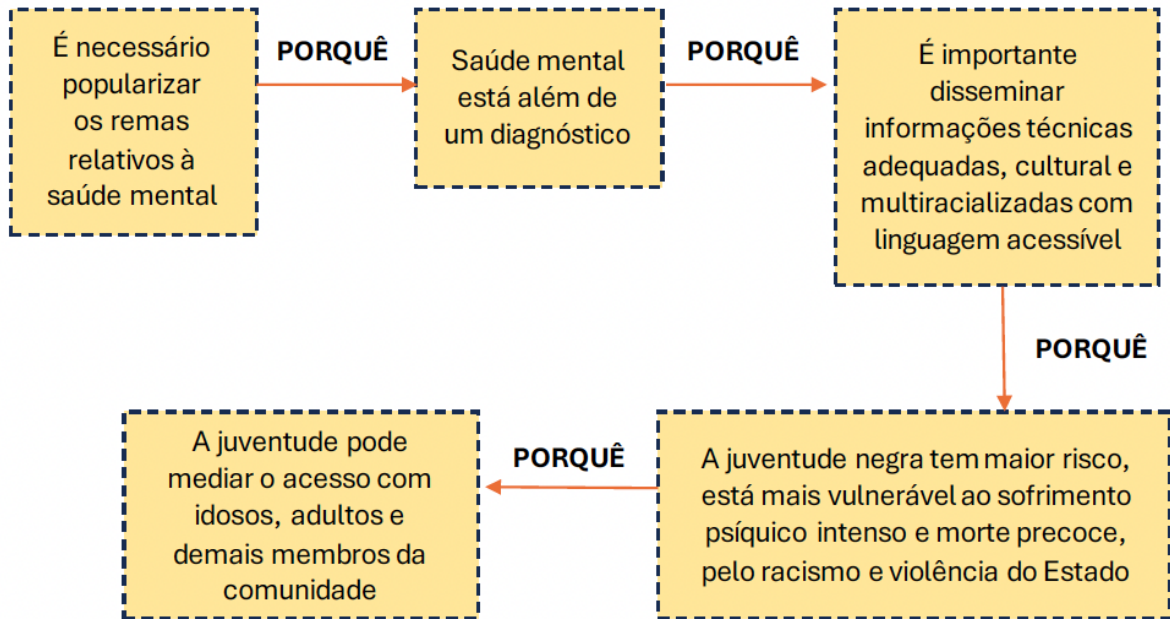
Grupo 1: Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades



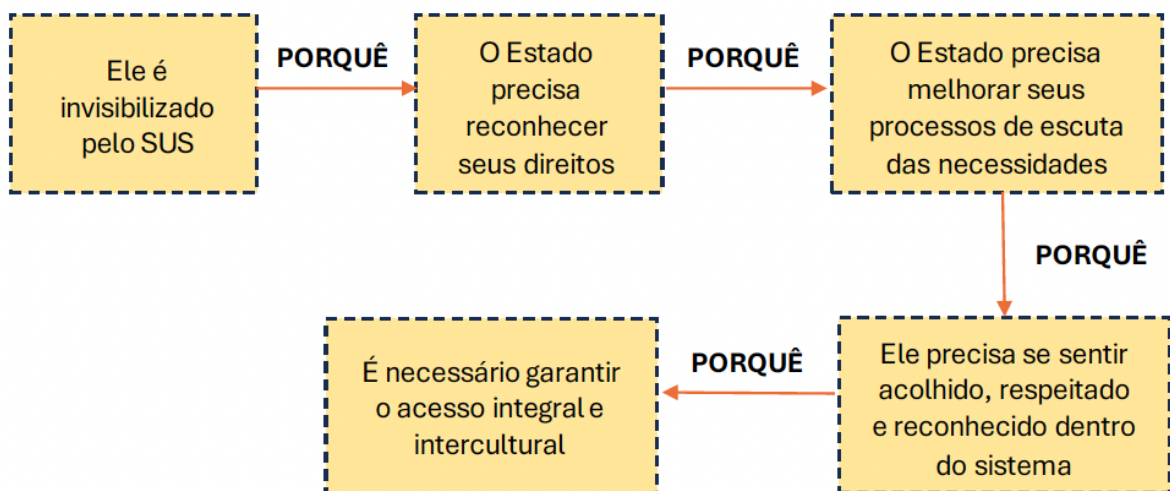
Grupo 2: Capacitação de profissionais



Grupo 3: Saúde Mental



Grupo 4: Dados e informação



Grupo 1: Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades

<p>Nome da etapa</p> <p>Contexto da atividade</p>	Aproximação	Se cadastrar como produtora comunitária de saúde	Cadastrar evento ou coletivo	Georreferenciar o local que está	Notificar pessoas próximas	Mostrar outros estabelecimentos próximos no mapa	Criar portfólio com os eventos / projetos
<p>Objetivo</p> <p>Qual é o objetivo dessa etapa?</p>	Criar uma relação MS - usuário						
<p>Atividades e ações</p> <p>O que a pessoa precisa fazer?</p>	Criar seu perfil		Responder questionário com temática, responsáveis, se está de acordo com os princípios do SUS, se é produzido pelo e para o território				
<p>Recursos</p> <p>O que a pessoa utiliza? O que ela acessa?</p>							
<p>Sentimento</p> <p>Como a pessoa se sente nesse momento?</p>							
<p>Observação</p> <p>Outras informações</p>							

Grupo 2: Capacitação de profissionais

	Rafael	MS	MS
Nome da etapa Contexto da atividade	Formação dos profissionais no âmbito étnico-racial atrelada à Oficinas de Expansão do Conecte SUS Profissional	Publicação de portaria instituindo a obrigatoriedade do curso de capacitação étnico-racial	Parceria com o MEC para o cumprimento das leis nº 10.639/2003 e nº 11.645/2008 nos cursos de graduação, pós e técnico da Saúde
Objetivo Qual é o objetivo dessa etapa?	Capacitar os profissionais de saúde no âmbito étnico-racial atrelada à Oficinas de Expansão do Conecte SUS Profissional	Ampliar o compromisso com a equidade étnico-racial	Garantir a inclusão da temática étnico-racial nos cursos de formação inicial (técnico, graduação e pós)
Atividades e ações O que a pessoa precisa fazer?	Inscrever-se e participar do curso de capacitação	O MS precisa redigir e publicar a portaria	Estabelecer parceria e sensibilizar o MEC quanto às pautas étnico-raciais na saúde; firmar acordos e encaminhamentos demandas
Recursos O que a pessoa utiliza? O que ela acessa?	Utilizar a plataforma didática do Conecte SUS Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Parceria com universidades - Recursos financeiros - Diálogo com gestores para promover a participação dos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião interministerial - Reunião com os cursos de formação (técnico, graduação e pós) --> coordenadores
Sentimento Como a pessoa se sente nesse momento?	Irritadíssimo por ser obrigado a participar, mas satisfeito por entender a importância	Dever cumprido!!!	Dever cumprido!!!
Observação Outras informações	<ul style="list-style-type: none"> - Criação da plataforma didática - Pensar nas comunidades com baixo acesso ao digital - Pensar na integração da plataforma digital ao Conecte SUS Profissional 	Pensar na obrigatoriedade e na recompensa ao profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Pensar na articulação e participação social - Pensar nas articulações com núcleos de pesquisa em saúde e associações

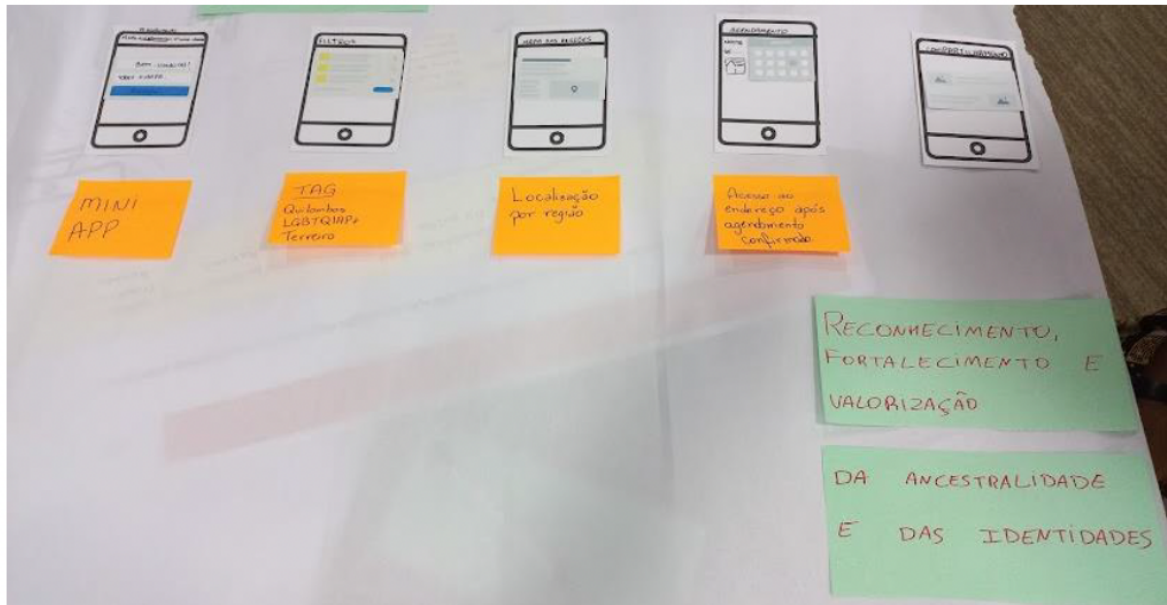
Grupo 3: Saúde Mental

<p>Nome da etapa</p> <p>Contexto da atividade</p>	<p>Descobririndo a "ferramenta"</p> <p>Ouviu entrevista do Baco Exu do Blues no Podpah falando sobre saúde mental</p>	<p>Explorando o app</p>	<p>Reconhecer o Conecte SUS e sua importância para a saúde</p>	<p>Compartilhando o app</p>
<p>Objetivo</p> <p>Qual é o objetivo dessa etapa?</p>	<p>Sensibilização: saber do app Conecte SUS</p>	<p>Conhecer os conteúdo, games</p>	<p>- Reconhecer como fonte segura de informação sobre saúde mental - Conhecer a rede de atenção à saúde mental</p>	<p>Entender os benefícios do app para o seu entorno</p>
<p>Atividades e ações</p> <p>O que a pessoa precisa fazer?</p>	<p>- Baixar - Criar conta - Acessar</p>	<p>Navegar pelas funcionalidades dos conteúdos e games</p>	<p>- Interagir com o conteúdo e refletir sobre suas questões - Buscar atendimento na rede de atenção à saúde mental - Acessar as iniciativas comunitárias jovens do território</p>	<p>Buscar atendimento e acesso para familiares e amigos</p>
<p>Recursos</p> <p>O que a pessoa utiliza? O que ela acessa?</p>	<p>- Celular - Dados - Internet pública</p>	<p>Conteúdos sobre: ansiedade, luto, sexualidade, suicídio, problemas familiares, discriminação, alimentação, cultura, iniciativas locais de organizações jovens</p>	<p>- Rede de atenção à saúde mental estruturada - Mapeamento das iniciativas comunitárias e de coletivos jovens do território</p>	<p>- Rede de atenção à saúde mental estruturada - Mapeamento das iniciativas comunitárias e de coletivos jovens do território</p>
<p>Sentimento</p> <p>Como a pessoa se sente nesse momento?</p>	<p>- Preocupada com a memória do celular - Confusa com a disponibilidade dos dados - Curiosidade por ter se identificado com o Baco</p>	<p>- Identificação com os conteúdos - Representada</p>	<p>Expectativa de atender suas demandas</p>	
<p>Observação</p> <p>Outras informações</p>				

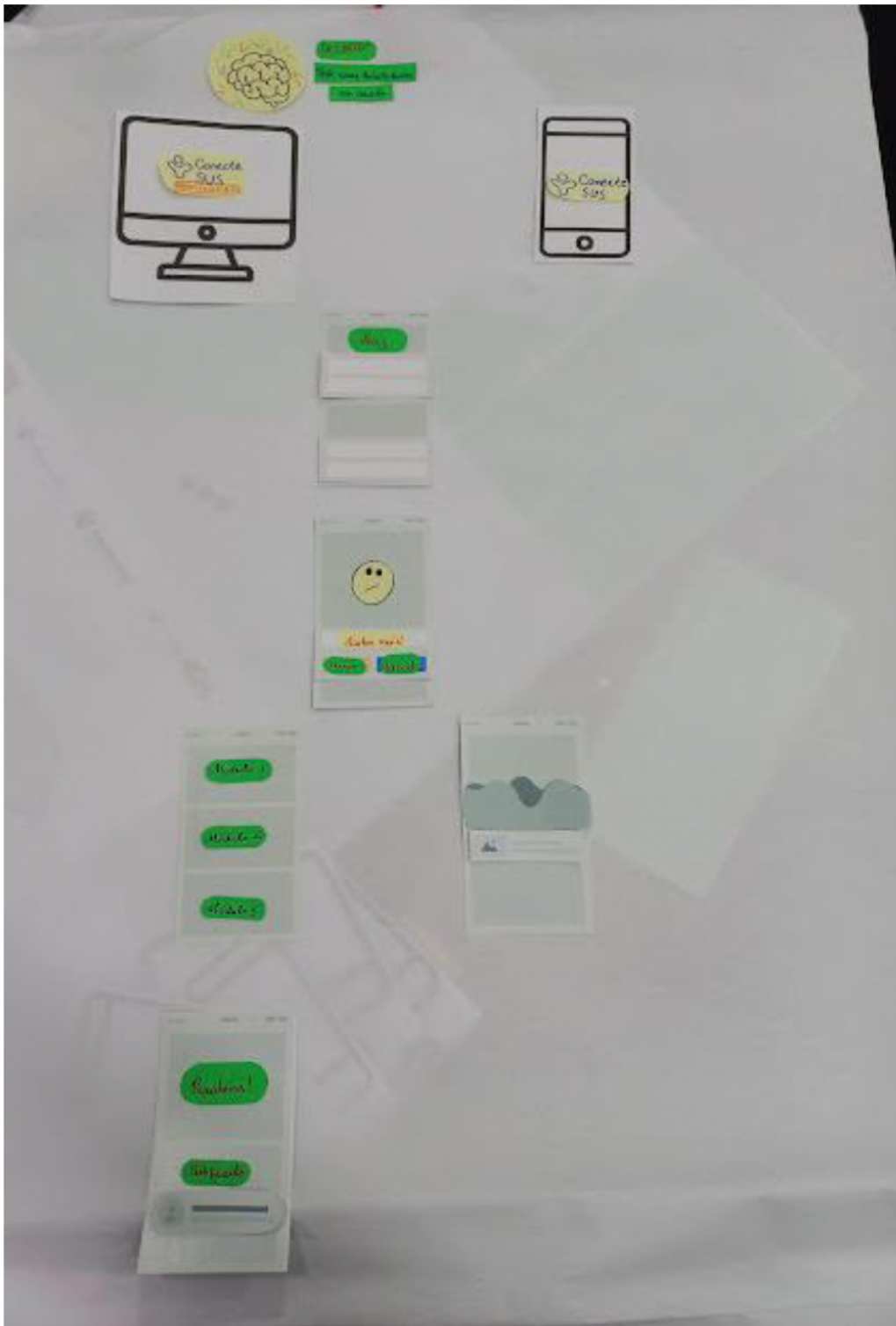
Grupo 4: Dados e informação

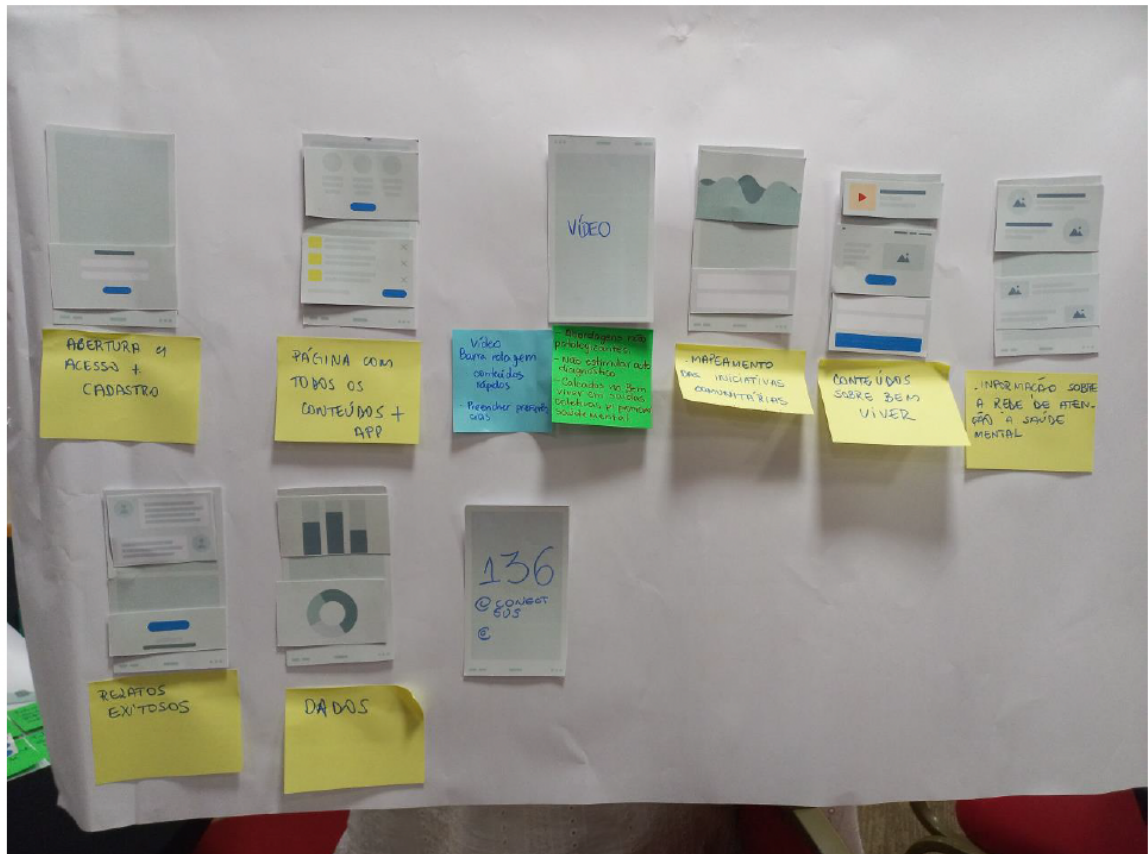
<p>Nome da etapa</p> <p>Contexto da atividade</p>	<p>Início do processo de escuta ativa por meio do agente de saúde indígena</p>	<p>Preparação do sistema para recebimento dos dados da população indígena</p>	<p>Formulário produzido a partir do processo de escuta</p>	<p>Treinamento dos agentes no Conecte SUS</p>	<p>Retorno para sensibilizar / explicar o porquê os dados precisam ser coletados</p>	<p>Coleta dos dados da população</p>	<p>Resgate dos dados para a população</p>
<p>Objetivo</p> <p>Qual é o objetivo dessa etapa?</p>	<p>Preparação do sistema para que o Conecte SUS seja acolhedor (intercultural)</p>		<p>Ter um sistema que respeita os aspectos culturais</p>				
<p>Atividades e ações</p> <p>O que a pessoa precisa fazer?</p>	<p>Reunião com as lideranças dos territórios</p>	<p>Criação de um perfil para o agente de saúde indígena no sistema (um novo perfil de acesso ao sistema)</p>					
<p>Recursos</p> <p>O que a pessoa utiliza? O que ela acessa?</p>	<p>Materiais de expediente, alimentação, veículo, combustível, rádio de comunicação</p>						
<p>Sentimento</p> <p>Como a pessoa se sente nesse momento?</p>	<p>Participando ativamente das políticas públicas para sua comunidade</p>						
<p>Observação</p> <p>Outras informações</p>	<p>Garantir financiamento específico para a Saúde Indígena</p>	<p>Reconhecimento do profissional de saúde indígena como profissional de saúde (regulamentar)</p>	<p>Cadastros no Conecte SUS de forma offline</p>				

Grupo 1: Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e das identidades

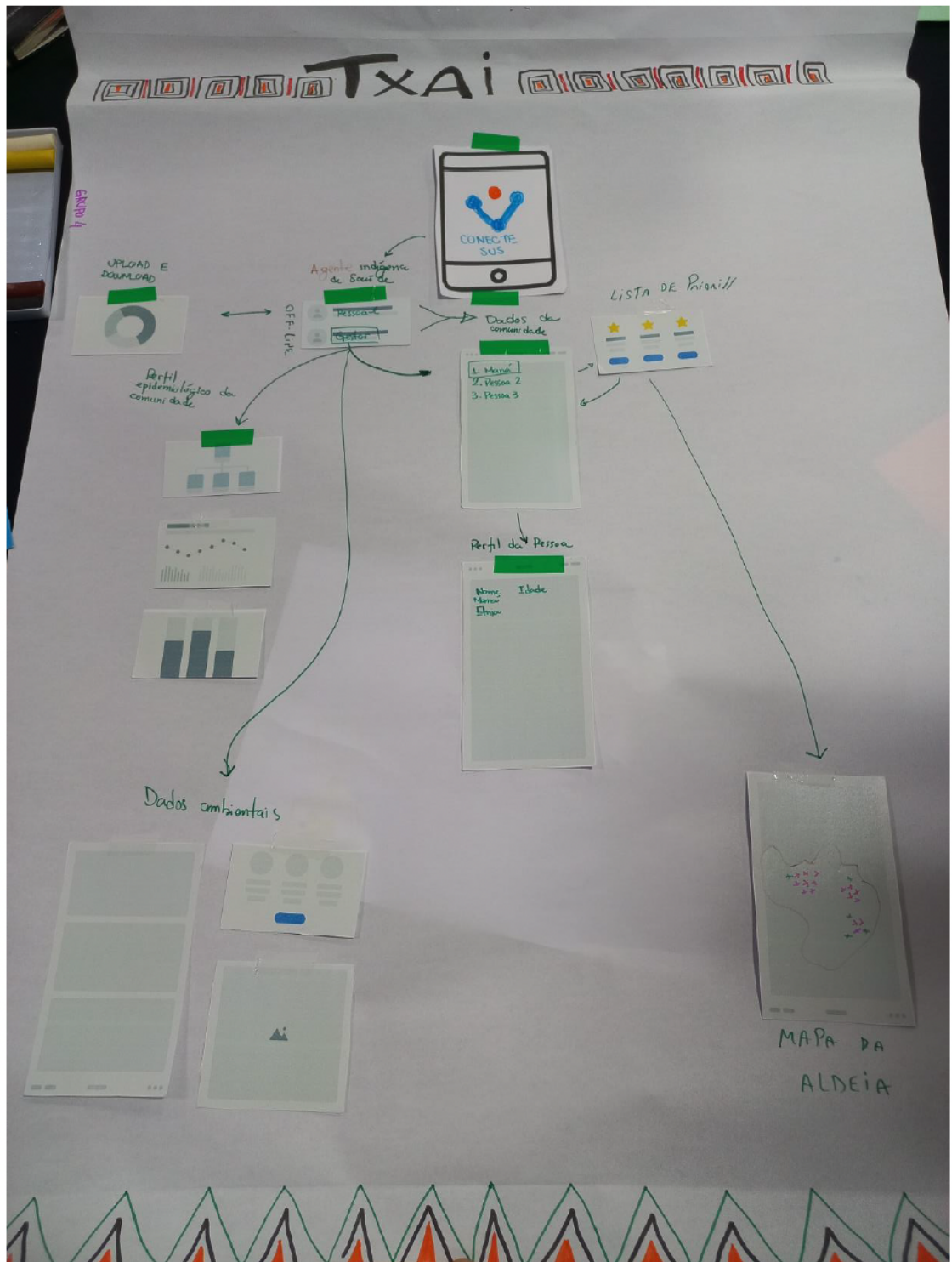


● Grupo 2: Capacitação de profissionais





Grupo 4: Dados e informação



Avaliação geral e encerramento

Atividade 29 - Dinâmica

Conseguimos construir de forma leve, potente e coletiva	As pessoas ainda não entendem o que é equidade e sua importância	Fortalecimento do SUS	"A estrutura não é para nós e nos massacra"	A estrutura nos isola e nos faz questionar o nosso propósito: formamos uma rede que nos fortalece
A oficina vai te mostrando os caminhos	Importante retomada depois de um período sem poder fazer oficinas	Que a oficina possa reverberar em quem mais precisa	O sistema não foi pensado para mim, foi pensado para me matar	Foi fortalecedor
Espero que tenhamos uma segunda oficina, uma continuidade	Políticas Públicas sempre serão uma construção coletiva	Eu vim para a oficina para ter a minha cara no produto que será construído	Sinto-me sozinha por ser a única mulher travesti aqui	Seria importante que a gente não perdesse esse contato
Saúde Digital ainda exclui algumas pessoas. Como mudar?	Investimento em espaços e momentos como esse é importante	É importante estarmos ocupando esses espaços, precisamos estar mais neles	O SUS existe porque nosso ancestrais lutaram muito	Saio muito fortalecida e levo conhecimento para as minhas pares
A discussão sobre Saúde Digital não pode esquecer das desigualdades estruturais da nossa população	Não adianta ocupar os espaços, é preciso construir, e foi isso que fizemos	O Estado tem muito o que aprender com a gente	A minha ancestralidade guia todas as minhas ações	Estou de volta para meu aconchego, mas levando de volta muita saúde
Eu nunca tinha tido a oportunidade de vir para Brasília trazer minhas lutas	Nunca vi um grupo tão diverso, acrescentou muito para mim	Esse espaço é uma exceção	Levo parte das histórias de cada participante comigo, para incomodar no meu território	Conhecer as pessoas da oficina foi muito importante para mim

Discussões em grupo, espaços de fala, grupo diverso: foi muito positivo	Só conseguimos fazer a diferença quando estamos em momentos como esse	Entendo cada vez mais a importância da construção coletiva	Os grupos imigrantes, que não tem voz, deveriam estar aqui também	O que construímos aqui foi um sonho
Espero que os demais ministérios também façam essa discussão	O momento foi muito bem estruturado, organizado e conduzido	Há muita diversidade dentro da diversidade	Me sinto muito à vontade nesse espaço que construímos	Agradeço pelo meu movimento ter sido enxergado, reconhecido, considerado
Se não estamos nesses espaços, nossas pautas não são consideradas	Não conseguimos fazer políticas públicas sem pluralidade de olhares	Nossa voz precisa reverberar, o nosso silêncio não nos protege	Somos nós que precisamos construir os mecanismos digitais	Foi muito saudável começar a oficina construindo um espaço seguro
Precisamos institucionalizar o modo de trabalhar e organizar, de forma menos mecanicista	Precisamos respeitar e dar voz no espaço seguro	Criar um espaço seguro dentro do Ministério da Saúde	Saio com perguntas inteligentes	O grupo formado tem a energia de rede e de conexão
Feliz pela oportunidade de participar e aprender nesse momento e espaço	Aqui eu aprendi muito, aprendi a construir	Fazer um espaço seguro para um grupo que sempre é massacrado é muito difícil	Aprendi a ouvir mais, a respeitar o espaço seguro do outro	A gente precisa de informação para fazer políticas públicas para as pessoas
	Eu me senti segura aqui	Saio inquieta	Não podemos separar nossas lutas	

11. Anexo 4

Facilitação Gráfica Experimento 2

Boas Vindas

Estratégia da Saúde Digital para o Brasil 2020-2028
Portaria nº 611 / MS nº 5.632 de 24 de dezembro de 2020

RNDS
Rede Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais de Saúde

- A RNDS é a rede que conectará os atores e dados em saúde de todo o país, estabelecendo o conceito de **Plataforma Nacional de Inovação, Informação e Serviços Digitais de Saúde**
- Não é um sistema de informação, mas um mecanismo para conectar qualquer sistema de informação

VISÃO GERAL DA OFICINA

PONTO DE PARTIDA
Busca de uma resposta para a pergunta:
"Como o CONECTE SUS pode apoiar a EQUIDADE ÉTNICO-RACIAL na saúde?"

METODOLOGIA

- Design Decolonial
- práticas participativas
- princípios democráticos
- dar voz à comunidade

RESULTADOS ESPERADOS

1. DEFINIÇÃO do que é Equidade Étnico-Racial na saúde
2. DIRETRIZES de equidade para Saúde Digital
3. FUNCIONALIDADE dentro do aplicativo
4. JORNADA da Equidade

ESTABELEÇER ESPAÇO SEGURO

- Sinto-me SEGURO quando...
- NÃO me sinto SEGURO quando...
- Compartilhando EXPERIÊNCIAS aqui

DESENVOLVIMENTO DA SOLUÇÃO

- A partir das narrativas: Ideias ou Valores importantes para a Saúde Digital, sob perspectiva Étnico-Racial

PROBLEMAS

- Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e identidades
- Formação e capacitação dos profissionais de saúde
- Saúde mental
- Dados & Informação

PERSONAS

- Perfis que devem ser considerados no desenvolvimento das soluções

MAQUETE

- Contribuições para solução dos problemas mapeados

19 a 22 / setembro 2023
Brasília - DF

1 Oficina de Equidade Étnico-Racial na Saúde Digital @traducaovisual

Plataformas do Conecte SUS

21 set

GERENCIADOR DE APLICATIVOS

- ✓ Uso interno
- ✓ Gestão dos fluxos de notificação personalizada
- ✓ Gestão de conteúdo
- ✓ Avaliação das métricas



CONECTE SUS PROFISSIONAL

- ✓ Âmbito da Atenção Primária à Saúde
- ✓ Reúne informações do paciente
 - Exames
 - Vacinação
 - etc
 - Internações
 - Registro de alergias



MINI APPS

- ✓ Transplantes
- ✓ Peso saudável
- ✓ Hemovida
- ✓ Saúde Brasil

CONECTE SUS GESTOR

- ✓ Apoio à tomada de decisão para gestores estaduais e municipais
- ✓ Módulo administrativo
- ✓ Dados clínicos da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), que garante a troca de informações entre diferentes unidades de saúde e diferentes sistemas



CONECTE SUS CIDADÃO

PERFIL

- ✓ Dados Pessoais (Cartão Nacional de Saúde)
- ✓ Gerenciamento de Contas
- ✓ Consentimento
- ✓ Comunicação

GESTÃO PESSOAL DA SAÚDE

- ✓ Contatos
- ✓ Diário da Saúde
- ✓ Alergias

SERVIÇOS DE SAÚDE

- ✓ Exames
- ✓ Medicamentos
- ✓ Atendimentos
- ✓ Serviços
- ✓ Geolocalização
- ✓ Detalhes

VACINAS

- ✓ Documentos
- ✓ Histórico
- ✓ Certificações

AGENDAMENTOS

- ✓ AVALIAÇÃO DOS ATENDIMENTOS
- ✓ EQUIDADE SUS



Continuação das Atividades

Complementação das Ideias

1 minuto para desenhar a solução do problema do seu grupo

Rodar a gira... rodar pelos grupos



COMPLEMENTAÇÃO DAS IDEIAS

Convergir em uma frase que defina a ideia

Pergunte Por que 5 vezes



2 Oficina de Equidade Étnico-Racial na Saúde Digital

@traducaovisual

Prototipação

PROBLEMA

- Reconhecimento, valorização e fortalecimento da ancestralidade e identidades

FRASE

- Criar uma ferramenta de saúde digital que permita a construção recíproca de produção de saúde com princípios de equidade, visando fortalecer a autonomia do usuário e a responsabilidade dos entes federativos.

- Mapa de Acolhimento Colaborativo Étnico-Racial
 - ✓ TAG
 - ✓ Quilombos
 - ✓ LGBTQIAP+
 - ✓ Terreiro
- Localização por região
- Agendamento
 - Segurança: Local é mostrado após confirmado o agendamento
 - Informações sobre eventos e práticas
 - APP
 - Compartilhamento

PROBLEMA

- Formação e capacitação dos profissionais de saúde

DESAFIO

- Teste suas habilidades em saúde!
- QUÍZ
 - Link com Podcast Cursos/ conteúdos
 - APP

FRASE

- A formação em equidade étnico-racial deve contemplar a formação inicial, ser continuada e permanente, garantindo a troca de saberes.

PORQUE...

- Porque as desigualdades raciais barram o acesso dos corpos nacionalizados aos espaços de formação
- Prezamos pensar na formação dos futuros profissionais
- Temos profissionais sem formação inicial e não são capazes de enxergar as desigualdades e impactos que geram
- Os projetos pedagógicos não contemplam as desigualdades étnico-raciais
- Os projetos pedagógicos são baseados em uma perspectiva biomédica, hospitalocêntrica, que exclui corpos nacionalizados

Porque SIM!

- Fortalecimento da autonomia do indivíduo
- Fiscalização das atividades dos entes federativos
- Para conhecer, cobrar e exercer seus direitos

PORQUE...

- Não há respeito à tradição e nem o reconhecimento das necessidades de salvaguardar os direitos e garantias fundamentais
- Para garantir a representatividade e presença efetiva

- Recebe certificado
- Para gerar engajamento
 - Participação voluntária + Bonificação
- Articulação Ministério da Saúde & Ministério da Educação
- Inserir disciplinas que contemplem a perspectiva étnico-racial nas instituições de formação em saúde

3 Oficina de Equidade Étnico-Racial na Saúde Digital

@traducaovisual

PROBLEMA

● Saúde Mental

FRASE

● Criar um portal / mini app entre os usuários com conteúdos* games que reforcem sobre saúde mental e fazer a ponte com a rede de Atenção à Saúde Mental

CONTEÚDOS:

- ✓ raça
- ✓ cultura pop
- ✓ gênero
- ✓ informações sobre saúde
- ✓ comida
- ✓ mental
- ✓ práticas integrativas
- ✓ plantas

ABORDAGENS NÃO PATOLOGIZANTES

- ✓ Não estimular o autodiagnóstico
- ✓ Calçados no Bem Viver em saídas coletivas para promover a saúde mental
- ✓ 136 Conecte SUS
- ✓ Relatos exitosos
- ✓ Informações com quadros clínicos mais comuns

APP

- ✓ Acessar outros canais Instagram Tik Tok
- ✓ Dados
- ✓ Mapeamento com iniciativas comunitárias

PROBLEMA

● Dados & Informação

FRASE

● A utilização do AGENTE DE SAÚDE INDÍGENA para que o Estado inicie o processo de escuta ativa das comunidades e a partir disso, construa um espaço acolhedor e respeitoso dentro do CONECTE SUS contribuindo para que os grupos se sintam confortáveis em fornecer seus dados, entendendo que essas informações voltarão para a comunidade de forma benéfica.

PORQUE...

- ✓ Ele é invisibilizado dentro do SUS
- ✓ O Estado precisa reconhecer os seus direitos
- ✓ O Estado precisa melhorar seus processos de escuta das necessidades
- ✓ Ele precisa se sentir acolhido, respeitado e reconhecido dentro do sistema.
- ✓ É necessário garantir o acesso integral e intercultural

APP

- ✓ O Agente de Saúde Indígena não tem acesso ao Conecte SUS Profissional
- ✓ Ter um perfil de acesso aos dados da comunidade e território
- ✓ Dados ambientais
- ✓ Perfil epidemiológico da comunidade
- ✓ Lista de prioridades
- ✓ Dados da comunidade
- ↓
- ✓ App funciona offline
- ↓
- upload & download
- ✓ Possibilidade de avaliar o app

Encerramento

PAULA XAVIER
DATASUS

● O Conecte SUS e a RNDs são políticas públicas estruturantes no campo da Saúde Digital

Este momento e a criação da SEIDIGI mostram a relevância da saúde digital

RESSIGNIFICAÇÃO DOS PROJETOS

Queremos um CONECTE SUS que as pessoas acessem, se identifiquem e tenham acesso à informação

THAIS LUCENA
DATASUS

● Promover momentos como este de cura e é muito valioso!

Queremos ter certeza de que o que estamos entregando tem valor!

Trabalhamos as políticas públicas

O controle social é essencial para o serviço que prestamos

Vocês constroem; fazem parte deste projeto!

GABRIELA NEVES
DATASUS

● Vim para admirar o trabalho e também para admirar VOCÊS!

O Conecte SUS é um bem muito delicado e precisa ser cuidado pra chegar onde deve chegar

Acreditem no potencial e benefícios do Conecte SUS

Vocês também são Ministério da Saúde!

curiosidade do Haiti

Samilly

12. Anexo 5

Resultados Grupo Organizador



Reflexão Inicial

Quais são os principais problemas de saúde enfrentados atualmente pela comunidade atendida pela Redes da Maré?

Quais são os principais problemas de saúde enfrentados atualmente pela comunidade atendida pela Redes da Maré?

Saúde e Meio Ambiente
(Saneamento, qualidade do ar, ilhas de calor, lixos)

Alta rotatividade de profissionais que atendem. Afeta a qualidade da continuidade do cuidado (Saúde da Família)

Doenças que podem ser prevenidas (ex. Cancer de colo útero) - Saúde da Mulher

Necessidade de geração de impacto direto na vida das pessoas

Olhar a saúde de forma mais ampla do que somente os serviços de saúde. (Saúde + ambiente; Saúde + território) → para além da doença

Autocuidado e dimensões que vão para além do serviço

Como a população pensa saúde?

Olhar a tecnologia por uma perspectiva mais ampla. Como a tecnologia pode ampliar essa discussão ?

Como disseminar melhor as informações?

acesso e utilização de dados

Saúde Mental e Violência (Contextos de territórios urbanos)
• CAPS -

Acessos a medicamentos (ex. Farmácia Popular)
Acessos a diagnósticos (Linhas terapêuticas)

Saúde + Escola

Telemedicina (bot + atendimentos)
1/3 - saúde mental - Experiências durante o período de pandemia [Resgatar]

Saúde Mental na Primeira Infância

Comunicação - Como as informações chegam para a população

Saúde da população em situação de rua (Consultório na Rua) - Interlocação com as equipes de saúde da comunidade

Saúde da Mulher e Gravidez na Adolescência, Planejamento familiar

Saúde do adolescente - Como o jovem se insere?

Dengue: Prevenção coletiva - Conscientização ambiental no território
+ saúde ambiental

Planejamento da Programação

Dia 1 - Terça Imersão e descoberta		Dia 2 - Quarta Criação		Dia 3 - Quinta Prototipação		Dia 5 - Sábado Ampliação Conferência	
09h00 - 09h30	Recepção e café	09h - 09h30	Recepção e café	09h - 09h30	Recepção e café	08h50 - 09h10	Recepção e café
09h30 - 10h00	Mesa de Abertura	09h30 - 10h10	Energizer coletivo	09h30 - 10h10	Energizer coletivo	9h10 - 09h40	Abertura
10h00 - 10h40	Energizer (dinâmica de apresentação)	10h10 - 11h00	Priorizar problemas - no grupo	10h10 - 11h00	Intercambio de ideias	09h40 - 10h10	Apresentação do contexto da Oficina
10h40 - 11h20	Apresentação do contexto	11h00 - 12h00	Expandir	11h00 - 12h00	Criação da jornada	10h10 - 10h40	Apresentação e coleta de percepções ideia 1
11h20 - 11h50	Apresentação da dinâmica na metodologia/ Divisão dos grupos	12h00 - 13h30	Almoço	12h00 - 13h30	Almoço	10h40 - 11h10	Apresentação e coleta de percepções ideia 2
12h00 - 13h30	Almoço	13h30 - 14h10	Energizer (por grupo)	13h30 - 14h10	Energizer (por grupo)	11h10 - 11h40	Apresentação e coleta de percepções ideia 3
13h30 - 14h30	Energizer (por grupo)	14h10 - 14h50	Criar alternativas: Brainstorming	14h10 - 15h00	Prototipação	11h40 - 12h00	Encaminhamentos
14h30 - 15h00	Construção do espaço seguro	14h50 - 15h40	Empatia: persona	15h00 - 15h30	Testar		
15h00 - 16h00	Narrar trajetória existente e compartilhar experiências	15h40 - 16h10	Geração de ideias Crazy 8s + Mapa de Calor	15h30 - 16h00	Plano de implementação		
16h00 - 16h40	Levantar problemas	16h10 - 17h50	Materializar ideias	16h00 - 16h50	Apresentação - grupos		
16h40 - 17h00	Que bom que pena e que tal	16h50 - 17h00	Que bom que pena e que tal	16h50 - 17h00	Encerramento		
Quantidade de canvas: 4 (espaço seguro) = 4		Quantidade de canvas: 4 (expandir) + 4 (personas) + 4 (materializar ideias) = 12		Quantidade de canvas: 4 (jornada) + 4 (prototipação) + 4 (implementação) = 12		Canvas extras: 8	

Me sinto seguro(a) quando:

- acolhida
- posso falar e escutar as pessoas
- as pessoas são generosas na escuta
- ouvida
- escutada
- sinto que todos estão abertos a ouvir
- quando há processo de escuta
- Estou ouvindo as pessoas com atenção
- Me sinto ouvida
- Sou ouvida
- O espaço é de escuta ativa
- Quando me deixam falar
- Quando me olham nos olhos
- Sou escutada
- Conversar sem julgamentos
- prestam atenção no que eu falo
- me olham
- quando sou ouvida
- sou ouvida sem julgamentos
- Sou acolhida
- sou respeitada
- me olham nos olhos
- ouvida
- sou ouvido
- não preciso gritar
- Estou com pessoas simpáticas e comunicativas
- Estamos em atividades coletivas
- Sou compreendida
- consigo trocar ideias
- quando o diálogo é amigável

- tenho conhecimento do assunto
- domino o assunto em pauta
- falo sobre o assunto que eu domino
- Estou falando do meu trabalho
- domino o assunto abordado
- Quando o debate é saudável sem egos
- Quando existe explicação detalhada
- Quando tempo de fala é respeitado
- tempo para pensar
- Estou em um ambiente descontraído
- Estou numa dinâmica muito divertida
- Em casa, no trabalho, sala de aula
- O espaço é aconchegante
- quando recebo ajuda
- não me faltam oportunidades
- sempre
- estou bem alimentada
- me sinto acolhida e respeitada como sou
- sou bem recebido
- sou acolhida pelas pessoas
- quando recebo a atenção necessária
- Estou ao lado de pessoas boas
- não sou avaliado mas compreendido
- Existe respeito
- há interatividade
- perto de pessoas amáveis
- próximo de pessoas comprometidas
- ganho intimidade
- Compartilhamento de ideias e informações
- espaço para todos falarem
- respeitam meu espaço (timidez)
- conheço as pessoas

- Estou com amigos
- conheço pessoas novas
- a troca de ideias flui entre o grupo
- as pessoas não repassam a informação compartilhada
- quando minha fala é acolhida
- conversa propositiva
- respeitam meu lugar de fala
- estou com pessoas com o mesmo objetivo
- _____

Não me sinto seguro quando:

- Falam gritando
- Quando usam palavras difíceis sem necessidade
- falam ao mesmo tempo
- Recebo críticas destrutivas
- estou junto com pessoas críticas
- não tenho algum conhecimento do assunto abordado
- Quando não domino o assunto citado
- há instabilidade
- não tenho voz
- não ter comida
- quando tem operação na comunidade
- não há transparência
- quando há competição
- Sou julgada
- sou diminuída pela falta de conhecimento
- Sou menosprezada
- sou pressionada
- Sou objetificada
- não prestam atenção no que eu falo
- não me sinto respeitada
- Falta respeito

- ser desrespeitada
- Ambiente de desrespeito
- sou atrapalhado na minha fala
- não se tem respeito com as ideias
- Riem de algo sério
- Não há diversidade na equipe
- só tem eu de trans
- preconceito
- falta empatia
- a narrativa não parte da realidade da população vulnerável
- sou obrigada a interagir sem conhecimento
- não conheço as pessoas
- discursar em público
- é o primeiro contato
- tenho que falar em público
- tenho que me apresentar
- não sou bem recebido
- sou mal interpretado
- não sou acolhida nos grupos/ espaços
- Não olham nos olhos, não dão importância
- não tentam me entender
- não me deixam falar
- sou interrompida
- não tenho espaço para diálogo
- não há troca só monólogo
- não sou ouvida
- não tenho espaço de fala
- ignoram o que eu falo
- As pessoas não conseguem se ouvir
- não dão atenção ao que está sendo compartilhado
- não sou ouvida
- estão conversando enquanto falo

- não conseguir ouvir
 - sou interrompido
 - as pessoas não prestam atenção no que eu falo
-

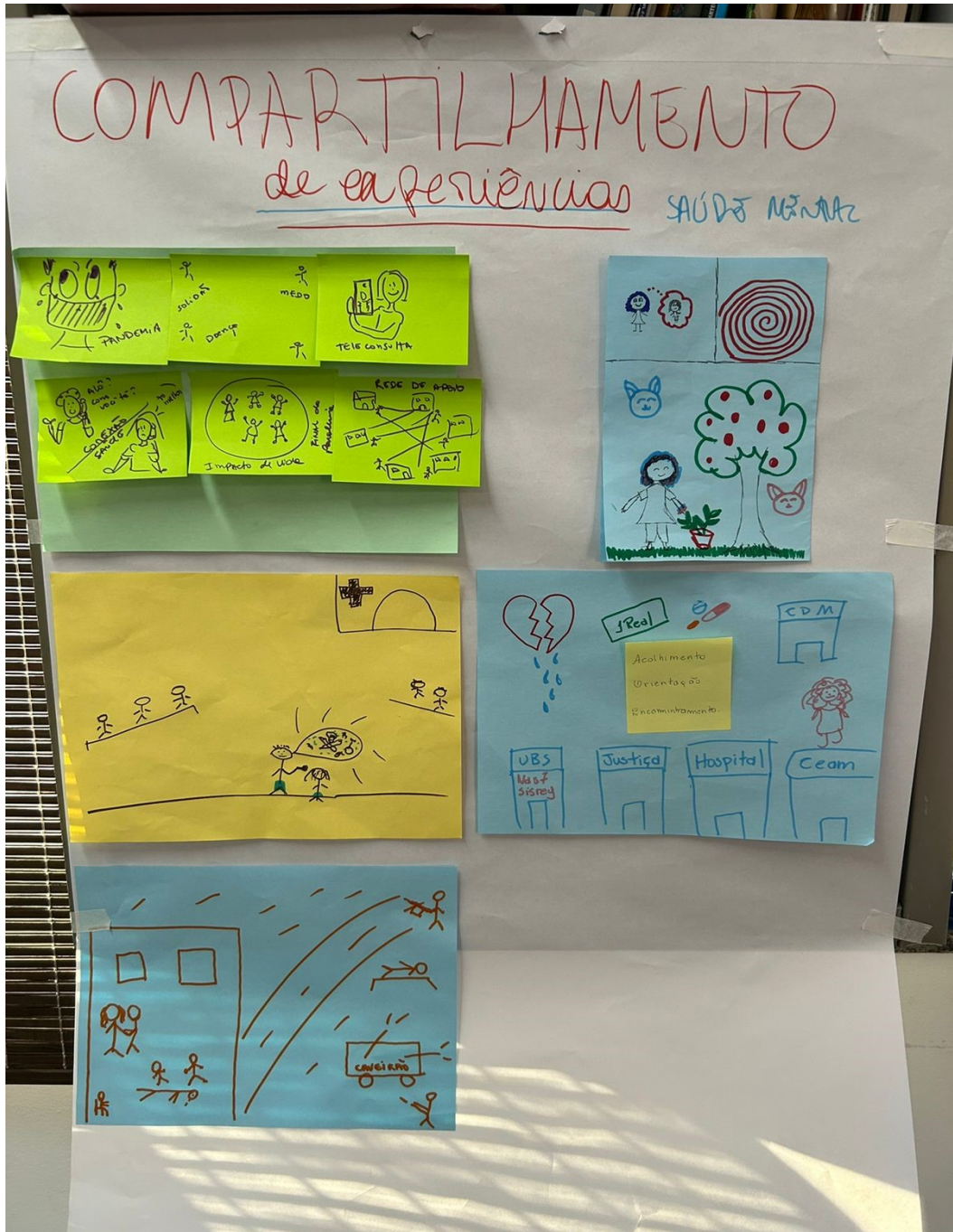
14. Anexo 7

RESULTADOS DO GRUPO DE SAÚDE MENTAL

ATIVIDADE 1: Aquário

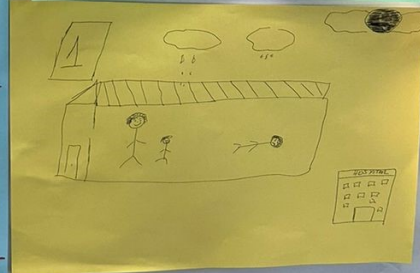
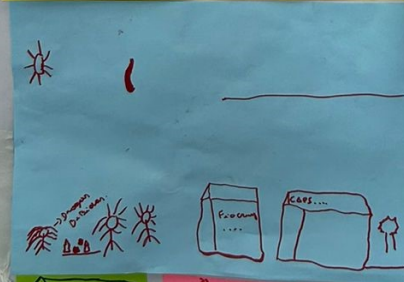
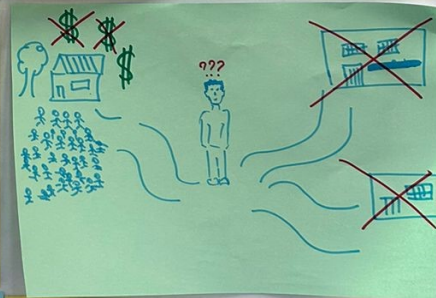
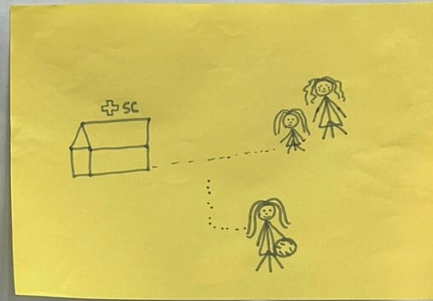
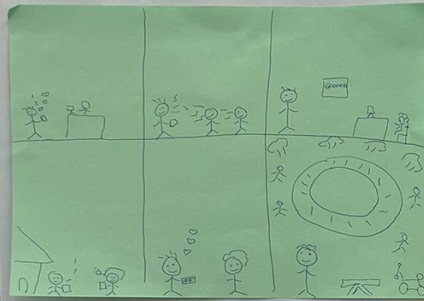


ATIVIDADE 2: Compartilhamento de experiências

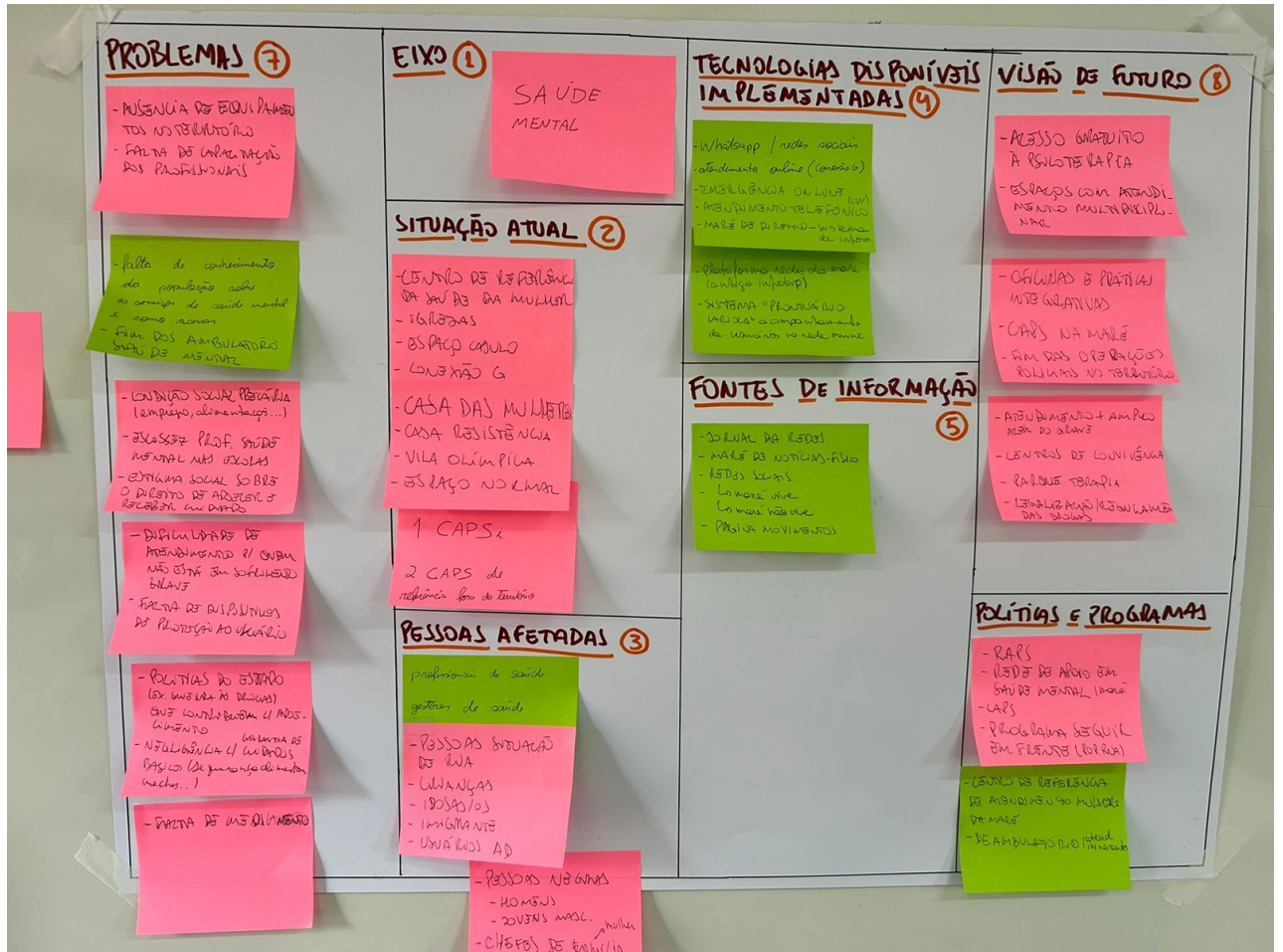


COMPARTILHAMENTO de experiências

SAÚDE
MONAR



ATIVIDADE 3: Mapeamento do cenário Atual



EIXO SAÚDE MENTAL

SITUAÇÃO ATUAL

Espaços/institutos/unidades de referência:

- Centro de Referência da Saúde da Mulher
- Igrejas
- Espaço Casulo
- Conexão G
- Casa das Mulheres
- Casa Resistência
- Vila Olímpica
- Espaço Normal
- 01 CAPSi

- 02 CAPs de referência fora do território

PESSOAS AFETADAS

- Profissionais de Saúde
- Gestores de Saúde
- Pessoas em situação de Rua
- Crianças
- Pessoas idosas
- Imigrantes
- Usuários AD (Álcool e Drogas)
- Pessoas negras
- Homens negros
- Jovens homens negros
- Chefes de Família (principalmente mulheres)

TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS IMPLEMENTADAS

- Whatsapp/redes sociais
- Atendimento online (Conexão G)
- Emergência online (CVV)
- Atendimento telefônico
- Maré de Direito (Sistema de informação)
- Plataforma Redes da Maré (antigo Infobif)
- Sistema "Prontuário Carioca" acompanhamento de usuários da rede municipal

FONTES DE INFORMAÇÃO

- Jornal da Redes
- Maré de Notícias (físico)
- Redes sociais (Maré Vive, Maré não vive)
- Página Movimentos

POLÍTICAS E PROGRAMAS

- RAPS
- Redes de Apoio em Saúde Mental Maré
- CAPS
- Programa Seguir em Frente (Pop Rua)
- Centro de Referência de Atendimento a Mulheres da Maré
- DE Ambulatório (Atendimento Itinerante)

PROBLEMAS

- Ausência de equipamentos no território
- Falta de capacitação dos profissionais
- Falta de conhecimento da população sobre os serviços de saúde mental e como acessá-los
- Fim dos ambulatórios de Saúde Mental
- Condição social precária (emprego, alimentação...)
- Escassez de profissionais de saúde mental nas escolas
- Estigma social sobre o direito de adoecer e receber cuidado
- Dificuldade de atendimento para quem não está em sofrimento psíquico grave
- Falta de dispositivos de proteção ao usuário
- Políticas do estado (Ex.: Guerra as drogas) que contribuem com o adoecimento
- Negligência com cuidados básicos (segurança alimentar, creches...)
- Falta de medicamento

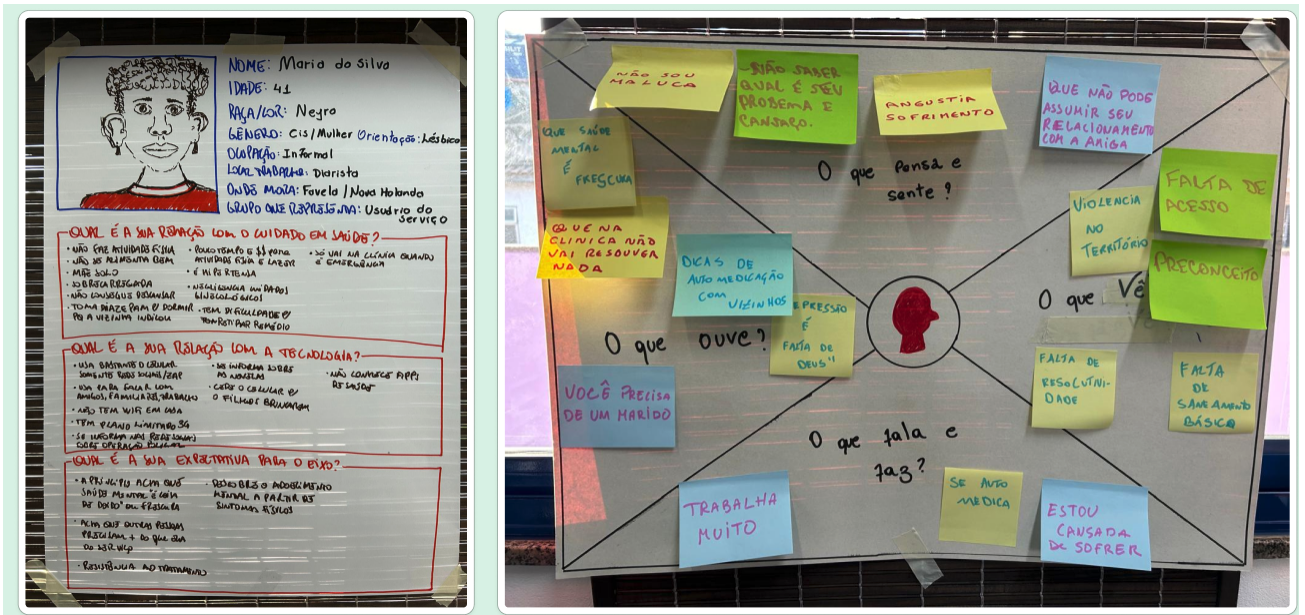
VISÃO DE FUTURO

- Acesso gratuito à psicoterapia
- Espaços com atendimento multidisciplinar
- Oficinas e práticas integrativas
- CAPS na Maré
- Fim das operações policiais no território
- Atendimento mais amplo, para públicos que não estão no nível mais grave de adoecimento

- Centros de convivência
- Parque terapia
- Legalização/regulamentação das drogas

ATIVIDADE 4: PERSONAS

USUÁRIA DO SUS



Nome: Maria da Silva
 Idade: 41 anos
 Raça/cor: Negra
 Gênero: Mulher Cis / Lésbica
 Onde mora: Nova Holanda
 Ocupação: Informal
 Local de trabalho: Diarista (casa dos clientes)
 Grupo que representa: Usuária de serviço

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Não faz atividade física

- Não se alimenta bem
- É uma mãe solo sobrecarregada
- Não consegue descansar
- Toma Diazepam para dormir, indicado por uma vizinha
- Pouco tempo e dinheiro para atividade física e lazer
- É hipertensa
- Negliencia cuidados ginecológicos
- Tem dificuldade para retirar remédio
- Só vai na Clínica quando é emergência

Qual sua relação com a tecnologia?

- Usa bastante o celular, somente para redes sociais e whatsapp
- Usa para falar com amigos, familiares, trabalho
- Não tem wi-fi em casa
- Tem plano limitado de 3g
- Se informa nas redes sociais sobre operação policial
- Se informa sobre as novelas
- Cede o celular para os filhos brincarem
- Não conhece aplicativos de saúde

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- A princípio acha que saúde mental é "coisa de doido" ou frescura
- Acha que outras pessoas precisam do serviço mais do que ela
- Tem resistência ao tratamento
- Descobre o adoecimento mental a partir de sintomas físicos

O que pensa e sente?

- "Não sou maluca"
- Não saber qual é o seu problema e cansaço
- Angústia e sofrimento
- Que não pode assumir seu relacionamento com a amiga

O que fala e faz?

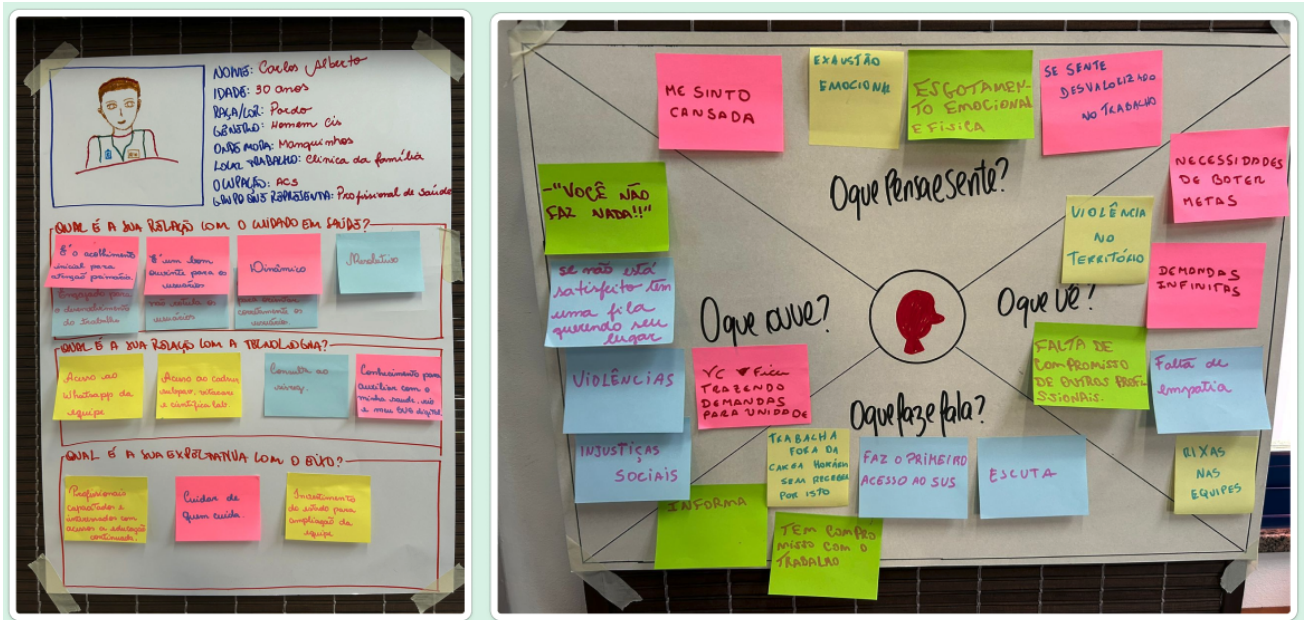
- Trabalho muito
- Se auto medica
- Está cansada de sofrer

O que ouve?

- Que saúde mental é frescura
- Que na clínica não vai resolver nada
- Dicas de auto medicação com vizinhos
- Que depressão é falta de Deus
- "Você precisa de um marido"

O que vê?

- Falta de acesso
- Violência no território
- Preconceito
- Falta de resolutividade
- Falta de saneamento básico



Nome: Carlos Alberto

Idade: 30 anos

Raça/cor: Pardo

Gênero: Homem Cis

Onde mora: Manguinhos

Ocupação: ACS

Local de trabalho: Clínica da Família

Grupo que representa: Profissionais de Saúde

Qual a relação com cuidado em saúde?

- É o acolhimento inicial para atenção primária
- É um bom ouvindo para os usuário
- Dinâmico
- Resolutivo
- Engajado para o desenvolvimento do trabalho
- É empático e não rotula os usuários
- Possui conhecimento para orientar corretamente os usuários

Qual sua relação com a tecnologia?

- Acesso ao Whatsapp da equipe
- Acesso ao CADSUS, subpav, vitacare e científica lab
- Consulta ao SISREG
- Conhecimento para auxiliar com o Minha Saúde Rio e Meu SUS Digital

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Profissionais capacitados e interessados com acesso à educação continuada
- Cuidar de quem cuida
- Investimento do estado para ampliação da equipe

O que pensa e sente?

- "Me sinto cansado"
- Exaustão emocional
- Esgotamento emocional e físico
- Se sente desvalorizado no trabalho

O que fala e faz?

- Trabalha fora da carga horário sem receber por isso
- Faz o primeiro acesso ao SUS
- Escuta
- Informa
- Tem compromisso com o trabalho

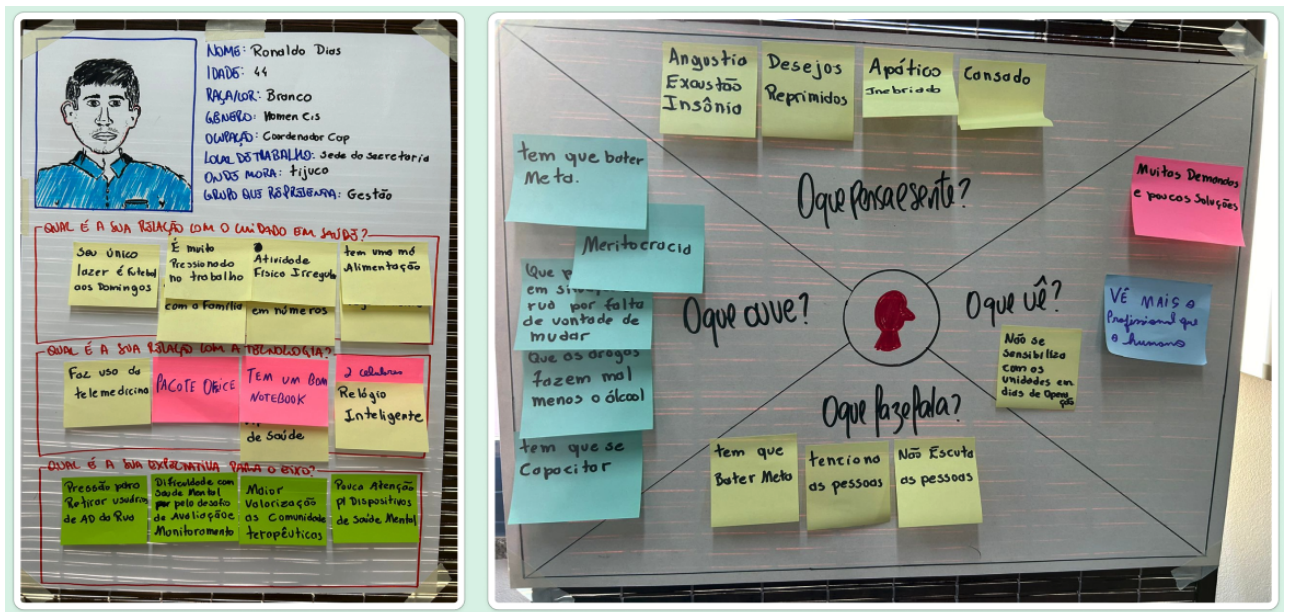
O que ouve?

- "Você não faz nada"
- "Se não está satisfeito tem uma fila de gente querendo seu lugar"
- "Você fica trazendo demandas para a unidade"
- Violências
- Injustiças sociais

O que vê?

- Necessidade de bater metas
- Violência no território
- Demandas infinitas
- Falta de compromisso de outros profissionais
- Falta de empatia
- Rixas entre as equipes

GESTOR DE SAÚDE



Nome: Ronaldo Dias

Idade: 44 anos

Raça/cor: Branco

Gênero: Homem Cis

Onde mora: Tijuca

Ocupação: Coordenador

Local de trabalho: Sede da Secretaria

Grupo que representa: Gestão

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Seu único lazer é futebol aos domingos
- É muito pressionado no trabalho
- Atividade física irregular
- Tem uma má alimentação
- Pouco tempo com a família
- Pensa Saúde em números
- Bebe álcool regularmente

Qual sua relação com a tecnologia?

- Faz uso de telemedicina
- Utiliza pacote Office
- Tem um bom notebook
- Usa relógio inteligente
- Conhece apps de saúde
- Tem 2 celulares

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Pressão para retirar usuários AD da Rua
- Dificuldades com a saúde mental, pelo desafio de avaliação e monitoramento
- Maior valorização de comunidades terapêuticas
- Pouca atenção para dispositivos de saúde Mental

O que pensa e sente?

- Angústia, exaustão, insônia
- Desejos reprimidos
- Apático e inebriado
- Cansado

O que fala e faz?

- Tem que bater meta
- Tensiona as pessoas
- Não escuta as pessoas

O que ouve?

- Tem que bater meta
- Meritocracia
- Que pessoas vivem em situação de rua por falta de vontade de mudar
- Que drogas fazem mal, menos álcool
- Tem que se capacitar

O que vê?

- Muitas demandas e poucas soluções
- Vê mais o profissional do que o humano
- Não se sensibiliza com as unidades em dias de operação policial

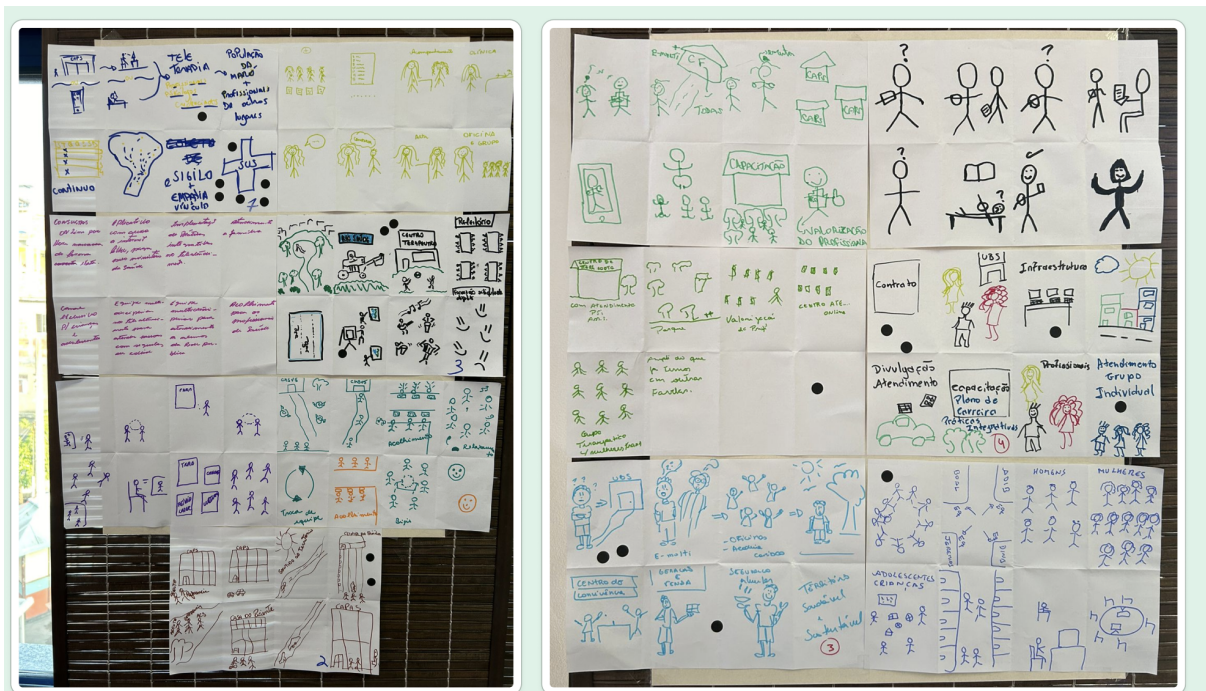


1. Formação continuada em Saúde mental para profissionais
2. Trabalhar os dados da Unidade junto aos ACS para pensar em estratégias
3. Espaço de Saúde Mental para profissionais

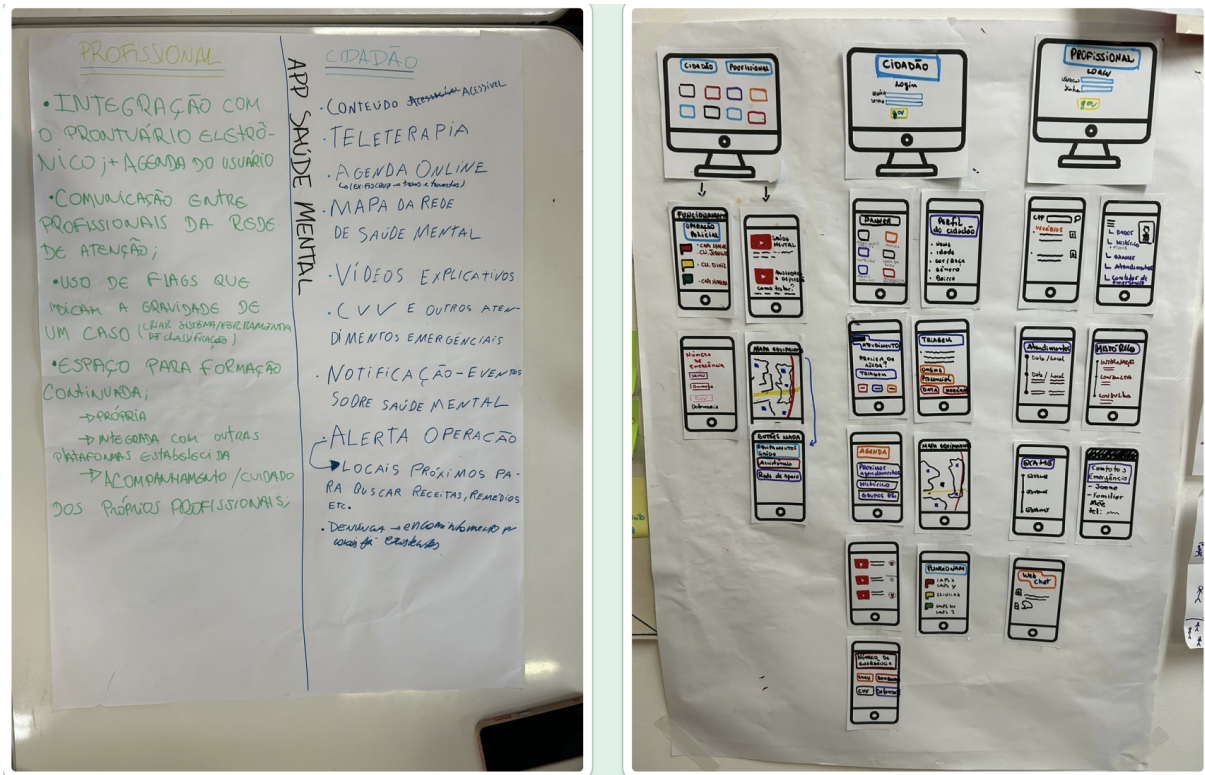
4. Disponibilizar pequenos vídeos auto explicativos para auto cuidado
5. Disponibilizar tablet com sistema integrado para facilitar VD's
6. Ampliação de Equipes de saúde mental em territórios de Favelas
7. Formação dos profissionais de Saúde. Principais temas do território e tecnologia e Saúde
8. Espaço de acolhimento para pessoas que cuidam
9. Grupo de atendimento terapêutico
10. Receita online
11. Centro de Convivência e CAPS
12. Plano de carreira para fidelizar profissionais no território
13. Grupos de atendimento com equipes multidisciplinares
14. APP de informações de saúde que seja divulgado para a massa
15. Departamento de Saúde Mental SMS
16. Mais oficinas e capacitação para os profissionais
17. Valorização Psicológica
18. Menos burocracia nos processos da atenção primária
19. Mensagens lúdicas com informações nítidas sobre saúde
20. Plataforma para saber a posição na fila do SISREG
21. Comunicação, conscientização sobre saúde mental
22. Psicoterapia online para diminuição da demanda na clínica
23. Criação de equipes multiprofissionais para acabar com o limbo
24. Um carro disponível no CAPS para ocorrências de emergência
25. APP Glue Informe sobre vagas de emprego para usuários de Saúde Mental
26. Uma plataforma digital, com mapa do território, com os pacientes com risco de suicídio
27. Uma plataforma online ligada aos CAPS que forneça atendimento online
28. 100% de cobertura de equipe nos territórios periféricos
29. Ampliação do SAIS para possibilitar o acompanhamento junto ao CAPS para casos de média complexidade
30. Teleterapia
31. Formação para profissionais de saúde
32. CAPS Digital

33. Ter um espaço dedicado ao profissional
34. Criar dispositivo online para escutar os profissionais
35. Fazer um assembleia para que os usuários sejam ouvidos
36. Credencial psicológico de todo o Brasil para atendimento à distância
37. Formação sobre Saúde Mental e seus direitos para os usuários do território
38. Encontros entre instituições de forma mais constante
39. Vagas para profissionais do meio ambiente

ATIVIDADE 5B: 8 minutos muito loucos



ATIVIDADE 6: PROTOTIPAÇÃO



Aplicativo Saúde Mental Maré

Seção inicial

Tela 1: Tela inicial com links de acesso para a duas seções do app: Cidadão e Profissional e direcionamento para as seções: Funcionamento, Conteúdo, Emergência, Mapa da Rede Nessa tela não é necessário login para acessar as funcionalidades.

Tela 2: Seção Funcionamento. Indica, diariamente, o funcionamento das Unidades de Saúde de acordo com as operações policiais que podem ocorrer no território. Para essa indicação são utilizadas as bandeiras: vermelha (fechado), laranja (aberto com restrições) e verde (aberto).

Tela 3: Seção Conteúdos. Nela constam conteúdos em vídeo e texto sobre temas relacionados à Saúde Mental.

Tela 4: Seção Emergência. Nela constam alguns contatos de emergência úteis para usuários e usuárias de saúde mental, como: SAMU, Bombeiros, CVV, Defensoria Pública.

Tela 5: Seção Mapa da Rede. Nela consta o mapa da Maré com sinalizadores de serviços ligados à saúde mental. Para facilitar a navegação é possível ativar e desativar a visualização, por meio de botões, de equipamentos especificamente de "Saúde", de "Assistência social" e "Redes de Apoio"

Seção Cidadão

Tela 6: Página voltado ao cidadão e cidadã, com campos de login (via GOV.BR). Após logar a pessoa usuária acessa as telas a seguir:

Tela 7: Página inicial, com o campo que indica que o usuário está logado, Banner com os destaques e ícones para acessar as seções: Atendimento online, Agenda, Conteúdos, Mapa da Rede, Funcionamento e Emergência.

Tela 8: Ao clicar na área que indica que o usuário está logado é possível acessar o "Perfil do Cidadão", em que constam dados como Nome, idade, raça/cor, gênero, endereço...

Tela 9: Atendimento online. Nessa área consta o texto inicial "Precisa de ajuda?" E a partir dele é possível acessar a área de Triagem.

Tela 10: Triagem: Ao acessar a área de Triagem você preenche informações pessoais, se deseja que a triagem seja presencial ou online e escolhe dia e horário.

Tela 11: Agenda: Ao realizar a triagem os Agentes e Profissionais de Saúde marcarão o horário das consultas do cidadão, a partir da Unidade de Saúde, e o agendamento poderá ser consultada nessa sessão. Nela será possível consultar: Próximos agendamentos, Histórico de agendamentos e Grupos Terapêuticos (com agenda para que o usuário possa ir até o grupo e participar nos dias e horário pré-determinados).

Tela 12: Mapa da Rede: Nela consta o mapa da Maré com sinalizadores de serviços ligados à saúde mental. Para facilitar a navegação é possível ativar e desativar a visualização, por meio de botões, de equipamentos especificamente de "Saúde", de "Assistência social" e "Redes de Apoio"

Tela 13: Conteúdos: Nela constam conteúdos em vídeo e texto sobre temas relacionados à Saúde Mental, com o diferencial de que é possível favoritar os conteúdos preferidos.

Tela 14: Funcionamento: Indica, diariamente, o funcionamento das Unidades de Saúde de acordo com as operações policiais que podem ocorrer no território. Para essa indicação são utilizadas as bandeiras: vermelha (fechado), laranja (aberto com restrições) e verde (aberto).

Tela 15: Emergência: Nela constam alguns contatos de emergência úteis para usuários e usuárias de saúde mental, como: SAMU, Bombeiros, CVV, Defensoria Pública.

Seção Profissional

Tela 16: Página voltada aos profissionais de saúde, com campos de login (via GOV.BR). Após logar a pessoa usuária acessa as telas a seguir:

Tela 17: Página com campo de busca de pacientes, por CPF. Campo para resultado das buscas e opção de entrar no perfil do paciente.

Tela 18: Página com o perfil e histórico do paciente selecionado, com os campos:

- Dados pessoais
- Histórico de consultas (com opção de filtro de data e categoria)
- Histórico de exames (com opção de filtro de data e categoria)
- Histórico de atendimentos e internações (aqui podem ser adicionadas comentários acerca de cada atendimento ou internação)
 - Contatos de emergência (de familiares ou pessoas próximas ao usuário, úteis no caso de crises e situações similares)
 - Webchat

Tela 19: Consultas: Formatado em linha do tempo as consultas são apresentadas de forma decrescente, com data, local e demais detalhes sobre a consulta. É possível filtrar por data ou outras variáveis possíveis.

Tela 20: Atendimentos e internações: Formatado em linha do tempo as consultas são apresentadas de forma decrescente, com data, local, comentários e demais detalhes sobre o atendimento ou internação. É possível filtrar por data ou outras variáveis possíveis.

Tela 21: Exames: Formatado em linha do tempo as consultas são apresentadas de forma decrescente, com data, local e demais detalhes sobre o exame. É possível filtrar por data ou outras variáveis possíveis.

Tela 22: Contatos de emergência: Uma lista dos contatos de emergência cadastrados, com nome, contato e vínculo, além dos campos para editar, excluir ou adicionar novos contatos.

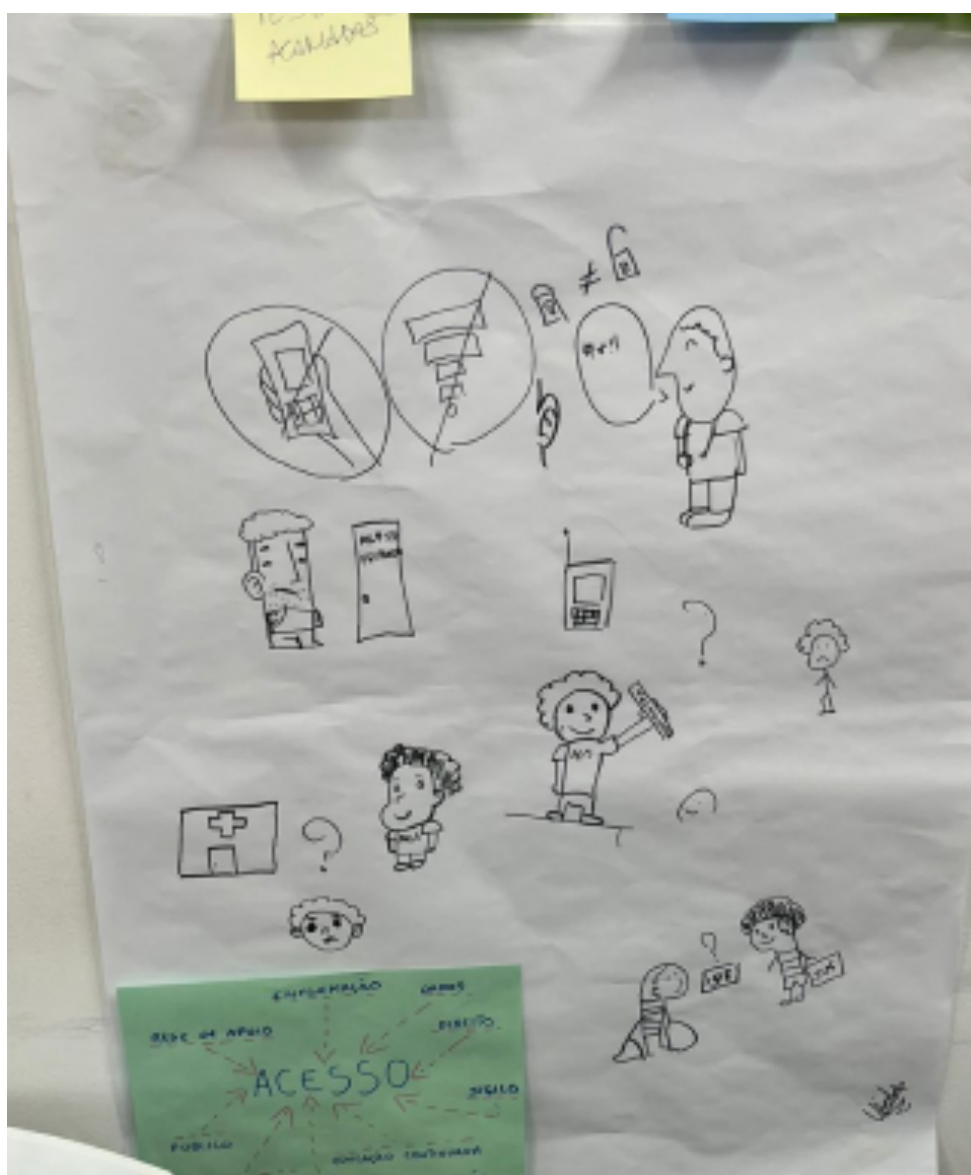
Tela 23: WebChat: Nessa área é possível que diferentes profissionais de saúde se comuniquem sobre os estados do paciente em questão e desse modo possam acolher e acompanhar melhor o tratamento.

15. Anexo 8

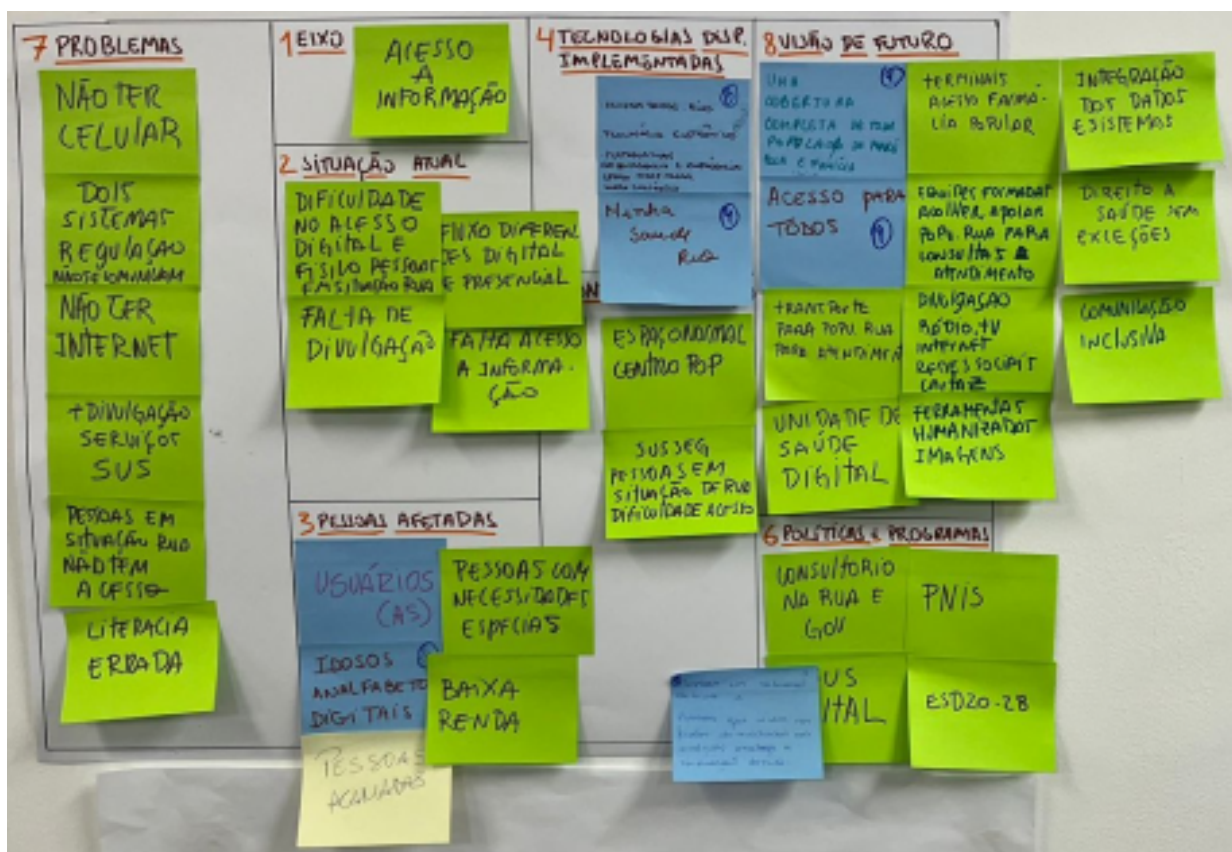
RESULTADOS ACESSO A SERVIÇOS E INFORMAÇÕES DE SAÚDE



ATIVIDADE 2: Compartilhamento de experiências



ATIVIDADE 3: MAPEAMENTO DO CENÁRIO ATUAL



EIXO ACESSO À INFORMAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE

SITUAÇÃO ATUAL

- Dificuldade no acesso digital e físico, principalmente para pessoas em situação de rua;
- Falta de divulgação;
- Fluxos diferentes entre o digital e o presencial;
- Falta de acesso a informação.

PESSOAS AFETADAS

- Usuários e usuárias do SUS;
- Idosos e analfabetos digitais;
- Pessoas acamadas;

- Pessoas de baixa renda e pessoas com necessidades especiais;
- Pessoas que vivem nas favelas domiciliadas nas condições análogas à situação de rua.

TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS

- Minha Saúde.Rio;
- Prontuário Eletrônico;
- Plataformas (conso?) urgência e emergências;
- Censo hospitalar e mapa cirúrgico.

FONTES DE INFORMAÇÃO

- Espaço Normal Centro POP e SUS SEG pessoas em situação de rua com dificuldade no acesso.

POLÍTICAS E PROGRAMAS

- ESD 20-28;
- SUS Digital;
- PNIIS;
- Consultório na Rua;
- Gov.br

PROBLEMAS

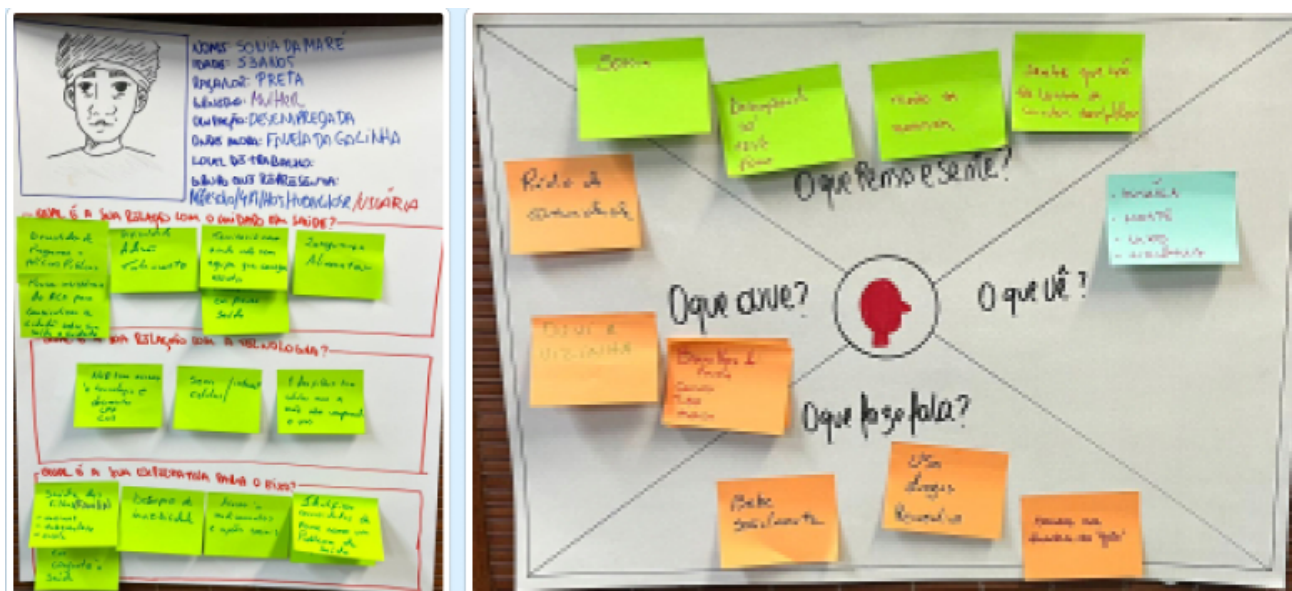
- Direito à saúde sem exceções;
- Literacia Errada;
- Divulgação serviços do SUS;
- Pessoas em situação de rua não tem acesso;
- Dois sistemas de regulação não se comunicam;
- Não ter internet;
- Não ter celular

VISÃO DE FUTURO

- Terminais para acesso ao farmácia popular;

- Uma cobertura completa de toda população da maré pela clínica da Família;
- Acesso para todos; Unidade de Saúde Digital;
- Transporte para população de rua ter atendimento;
- Comunicação inclusiva;
- Ferramentas Humanizadas;
- Imagens;
- Equipes formadas para acolher, apoiar população de rua para consultas e atendimentos;
- Divulgação: Rádio, Tv, internet, Redes sociais cartaz

ATIVIDADE 4: PERSONAS



USUÁRIO DO SUS

Nome: Sônia da Maré

Idade: 53 Anos

Raça/cor: Preta

Gênero: Mulher

Onde mora: Favela da Galinha

Ocupação: Desempregada

Local de trabalho: -

Grupo que representa: Usuários do SUS

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Desassistida de programas e políticas públicas;
- Dificuldade de adesão ao tratamento;
- Território novo ainda não tem equipe que consiga assistir;
- Pouca insistência do ACS para conscientizar a cidadã sobre sua saúde e cuidado;
- Insegurança Alimentar;
- Preocupação em prover saúde

Qual sua relação com a tecnologia?

- Não tem acesso a tecnologia e documentos CPF/CNS;
- Sem celular e sem Internet;
- Um dos filhos tem celular mas ela não compreende como usar;

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Desafio da invisibilidade;
- Saúde dos filhos (família) vacinas, tuberculose, escola;
- Acesso a medicamentos e ações sociais; ações sociais em conjunto com a saúde;
- Acesso à escola para os filhos;
- Identificar necessidades da fome com um problema de saúde.

O que pensa e sente?

- Desamparada;
- Só;
- Triste;
- Fome;
- Medo de Morrer;
- Sente que não dá conta de cuidar dos filhos

O que fala e faz?

- Bebe socialmente;
- Usa drogas recreativo;
- Samba na quadra do “gato”

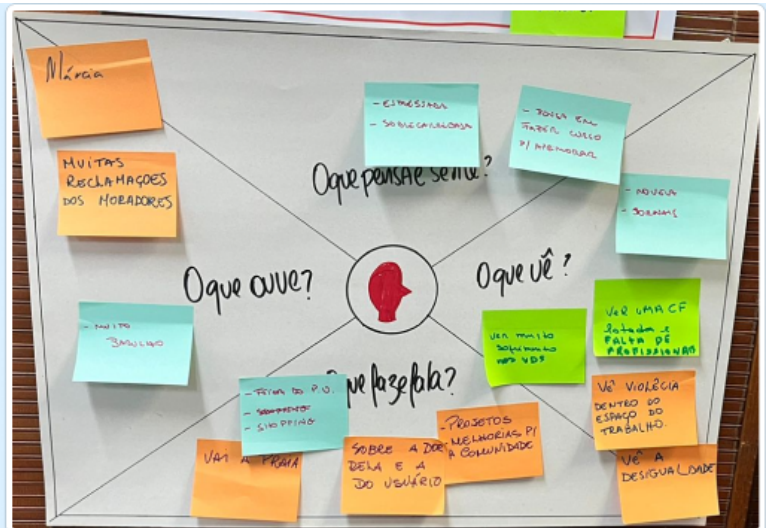
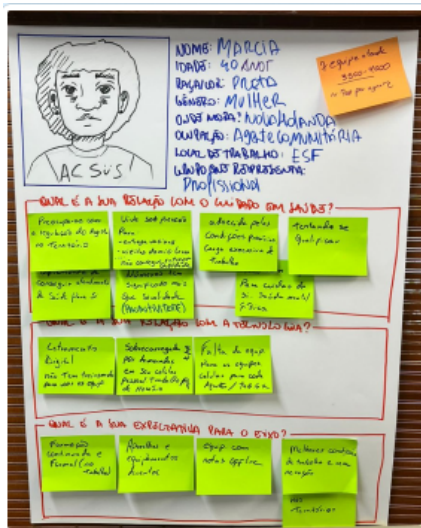
O que ouve?

- A vizinha;
- Rádio da comunidade;
- Barulho da favela;
- Tiros;
- Carros;
- Música

O que vê?

- Miséria;
- Morte;
- Lixo;
- Violência

PROFISSIONAL DE SAÚDE



Nome: Marcia

Idade: 40 Anos

Raça/cor: Preta

Gênero: Mulher

Onde mora: Nova Holanda

Ocupação: Agente comunitária

Local de trabalho: ESF (Estratégia de Saúde da Família)

Grupo que representa:

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Preocupa-se com a regulação do registo no território;
- Vive sob pressão para: entrega vacinas, visitas domiciliares, não consegue entregar qualidade;
- Adoecida pelas condições precárias como a carga excessiva de trabalho;
- Tentando se qualificar; dificuldade de conseguir atendimento de saúde para si;
- Números têm mais significado que qualidade (produtividade);
- Não tem tempo para cuidar de si (saúde mental e física)

Qual sua relação com a tecnologia?

- Falta letramento digital, não tem treinamento para usar os equipamentos;
- Sobrecarga por demandas em seu celular pessoal, trabalho fora de horário;
- Falta de equipamento para equipes celular/tablet para agentes

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Melhores condições de trabalho e remuneração;
- Internet nos territórios; Formação continuada e formal (no trabalho);
- Aparelhos e equipamentos e decentes;
- Equipamentos com notas offline.

O que pensa e sente?

- Estressada;

- Sobrecarregada;
- Pensa em fazer curso para aprimorar

O que fala e faz?

- Feira do parque união;
- Shopping;
- Sobre a dor dela e a do usuário;
- Vai à praia;
- Projetos e melhoria para comunidade

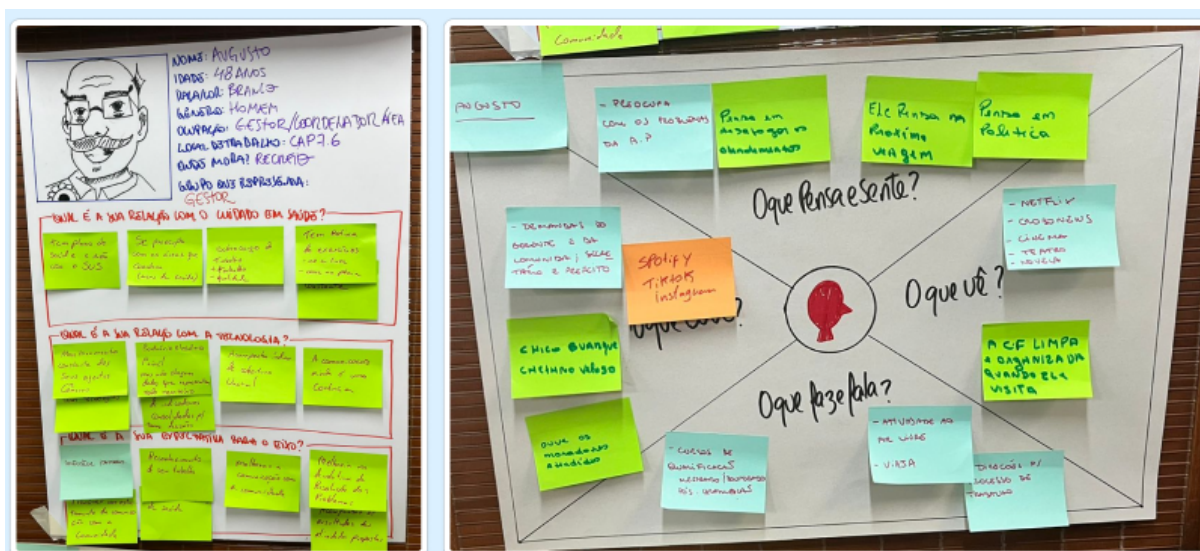
O que ouve?

- Muito barulho;
- Reclamação dos moradores

O que vê?

- Novela;
- Jornais;
- Vê muito sofrimento;
- Vê a clínica da família lotada e falta profissionais;
- Vê a desigualdade;
- Vê violência dentro do espaço de trabalho.

GESTOR DE SAÚDE DO SUS



Nome: Augusto

Idade: 48 Anos

Raça/cor: Branco

Gênero: Homem

Onde mora: Recreio

Ocupação: Gestor/ Coordenador de Área

Local de trabalho: CAP 7.6

Grupo que representa: Gestores de Saúde

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Tem plano de saúde e não usa o SUS, Se preocupa com as áreas que coordena, sobrecarga de trabalho + trabalho e - qualidade;
- Busca qualificação constante;
- Tem rotina de exercícios ao ar livre e corre na praia

Qual sua relação com a tecnologia?

- Monitoramento constante dos agentes câmeras;
- Prontuário eletrônico;
- Painel (mas não chegam dados que representam o território);

- Acompanha índice de cobertura vacinal; tem afinidade com tecnologias;
- Acessa painel de indicadores; consolidação de dados para tomar decisões.

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Contratar pessoas;
- Reconhecimento de seu trabalho;
- Acompanhar os resultados de atividades propostas;
- Melhorar a comunicação com a comunidade; melhorar indicadores de saúde, acompanhar os resultados de atividades propostas;
- Melhorar a devolutiva da resolução dos problemas;
- Promover um estreitamento da comunicação com a comunidade.

O que pensa e sente?

- Preocupa com os profissionais da APS;
- Pensa

O que fala e faz?

- Atividade ao ar livre;
- Viaja;
- Cursos de qualificação mestrado/ doutorado pós-graduação;
- Direções p/ processo de trabalho

O que ouve?

- Demandas do governo, comunidade, secretário e prefeito;
- Spotify;
- Tiktok;
- Instagram;
- Ouve os moradores atendidos;
- Chico buarque;
- Caetano veloso

O que vê?

- Netflix;
- Cinema;
- Teatro;
- Novela;
- Globonews;
- A CF limpa e organizada quando ele visita

ATIVIDADE 5: GERAÇÃO DE IDEIAS

1. Atendimento multidisciplinar entre os equipamentos do território
2. Integração dos sistemas - uma fonte única de consulta para os usuários
3. Aparelhos para os profissionais
4. Ofertar espaços seguros e com internet para teleconsulta
5. Provocar o poder público para ampliar políticas públicas para a infraestrutura
6. Transparência de informações e aplicação dos recursos de cada unidade de saúde
7. Ofertar informações acessibilidade para todos os públicos
8. Interoperabilidade/ Integração de sistemas
9. Painéis de monitoramento para gestor e comunidade
10. Internet Satélite
11. Internet Gratuita e aumento da conectividade
12. Disponibilizar nas Clínicas da Família salas com acesso a internet / pc / celular para as consultas online dos usuários
13. Formação para o trabalhador(a) do SUS
14. App Offline
15. Celular com custo 0 para pessoas de baixa renda
16. Capacitação para analfabetos digitais
17. Divulgação dos serviços ofertados através do SUS Digital (Jornal, Radio, TV, Internet..)

18. Soluções para as classes mais vulneráveis
19. Políticas de acesso tecnológico a todos
20. Letramento Digital
21. Garantir não só a medicação mas também a alimentação para os casos mais emblemáticos
22. Mobilização de todo o território contando com a juventude como semeadores das informações tecnológicas
23. Equipes de implementação no território
24. Utilizar os equipamentos disponíveis na comunidade para comunicar saúde
25. Flexibilização de dados e acessos às unidades para população
26. SUS Digital igualitário para todos
27. Internet para profissionais
28. Materiais acessíveis
29. Profissionais mais preparados para resolver os problemas mais apresentados pela comunidade
30. Formação para as lideranças comunitários
31. Maior orçamento
32. Capacitação
33. Mais pessoal para mão de obra
34. Suporte Tecnológico
35. Plano de carreira para profissionais de saúde
36. Unidade de Saúde Digital
37. Digitalização das informações
38. Visualização das informações
39. Ações sociais para inclusão digital
40. Divulgar os apps de saúde para os pacientes (Meu SUS Digital + Minha Saúde Roi)
41. + concursos públicos, contratação de mais profissionais
42. Criar cursos de formação tecnológica para terceira idade
43. Mobilização de influencers locais para divulgação de informações e programas
44. Painel informativo em todas as tabelas falando sobre a tecnologia no sus. Painel tecnológico

45. A participação do gestor da CAP no colegiado gestor para ouvir os moradores
46. Treinamento dos profissionais
47. Fornecer Equipamentos
48. Divulgação de informações (comunicação ativa)
49. Comunicação acessível
50. Ações de promoção à saúde
51. Busca ativa da população
52. AI (inteligência artificial) Assistível para ACS
53. Que o ACS chegue a residência do morador com um tablet para atender a demanda do analfabeto digital
54. Capacitação das Equipes de Saúde dentro da carga horária
55. Que seja disponibilizado equipamento eletrônico com o aplicativo nas unidades de saúde
56. Equipamento para uso da equipe (ACS) celular/ tablet/ internet
57. Anuncicleta
58. Solução, ser criado um projeto pelo poder público de internet para todos gratuitamente
59. Usar unidade de saúde para formação dos profissionais com bolsa incentivo
60. Integração dos sistemas, dados para ação
61. Sistema unificado de dados. O paciente mudará de estado e o próximo profissional de saúde que o assistir terá acesso ao seu histórico de saúde
62. Cartazes
63. Rádio
64. TV
65. Cabine Telessaúde atendimento
66. fazer rodas de conversas com moradores, usuários, com bolsa incentivo para promover as informações
67. Ter profissionais além dos ACS para promover a saúde e as informações nos domicílios
68. Aplicar o princípio da eficiência para aplicação dos recursos

69. Dar mais acesso a pessoas em situação de rua, na saúde com ajuda nos documentos, com profissionais qualificados para irem até essas pessoas para ajudar.

A Saúde Digital pode trazer várias facilidades, porém antes de levar a saúde digital, teremos que pensar em estratégias para levar o acesso à informação e esse acesso, pelo o que a comunidade disse, repetidamente, é treinamento, divulgação, literacia digital e etc.

Trabalhar em várias frentes, exemplo:

- Treinar as equipes de saúde (demonstrando como os aplicativos e a saúde digital pode facilitar a vida e o trabalho desses profissionais);
- Informar de forma simples e clara a comunidade (usar os meios de comunicação existentes na comunidade como rádio, carro de som, faixas e principalmente chamar a comunidade para explicar o que é a saúde digital e como ela pode trazer benefícios e facilidades, principalmente quando houver operação);
- Convidar os formadores de opinião da comunidade para nos apoiar na divulgação (internet, boca a boca);

Isso para que haja a mobilização da comunidade para que aceite usar os serviços da saúde digital, de nada vai valer a saúde digital se a população que fará uso não entender como funcionará e que ela não é obrigada a fazer o uso, que para isso ela terá que dar consentimento e também que será visto que ela terá o perfil para o atendimento virtual, pois se estamos falando em diminuir as barreiras não podemos simplesmente colocar pessoas, como a idosos ou moradores em situação de rua, que não tem acesso ou o acesso é limitado a internet para fazer o mesmo uso de saúde digital que os outros.

Foram mapeados os principais meios de comunicação:

- Maré de notícias (jornal);
- Mobilização corpo a corpo;

- influencer;
- carro de som;
- panfletagem;
- Cartaz; rádio;
- TV sala de espera (vídeos curtos informativos).

Além disso, os espaços da comunidade:

- Academia carioca (idosos);
- Prelestiblas (jovens);
- Cenasdf uso (usuários);
- Escolas (Crianças, adolescentes, jovens, EJA);
- Templo;
- ONG;
- Espaços Maré;
- Associações
- Espaços profissionais: CAPSAD; CRAS;
- Centro pop; CREAS; CAPSI; ONG's;
- Clínica da família;
- Consultório na rua.

ATIVIDADE 6: PROTOTIPAÇÃO

Tela 1: Splash Screen ACSUS App, o aplicativo precisa funcionar de forma offline para visitas e utilização no território

Tela 2: Página inicial, agenda de visitas onde o agente poderia planejar a rota e as visitas do dia; Relatórios para extrair as metas e os alcances do agente; opção de acesso às linhas de cuidado; possibilidade de registrar uma visita espontânea que não esteja previamente agendada.

Tela 3: Minha agenda:

- Calendário mensal, e agenda do dia:
- Bolsa Família;
- Kit Saúde bucal;

- SISREG;
- PSE;
- Grupos PV
- (A agenda seria pessoal para acompanhamento.)

Tela 4: Linhas de cuidado: Acesso às linhas de cuidado (acompanhamento de crianças, gestante, hipertensos, diabéticos etc), aqui também seria possível realizar a busca dos pacientes com autocomplete (ao escrever as primeiras letras já seria carregado as opções) apareceriam apenas os pacientes acompanhados por aquele profissional. Também deve ser possível a busca por:

- Data de nascimento;
- Linha de cuidado;
- CPF
- Endereço

Tela 5: Meus pacientes, os profissionais podem fazer as visitas e ao selecionar o endereço viria as informações de todos os moradores.

Tela 6: Área de dados do paciente, Informações do cartão do SUS:

- Nome;
- Nome social;
- CPF;
- Data de nascimento;
- Raça/cor;
- Nome da mãe;
- Nome do pai;
- CEP e
- Gênero
- (importante ter a possibilidade de alteração do endereço)

Tela 7: Área de anotações, possibilidade de incluir alertas como: casa que não pode entrar; insegurança alimentar; piora no quadro. Importante também ter um formulário especial no caso de ser a primeira visita.

Tela 8: Histórico clínico do paciente:

- Vacinas,
- Visitas,

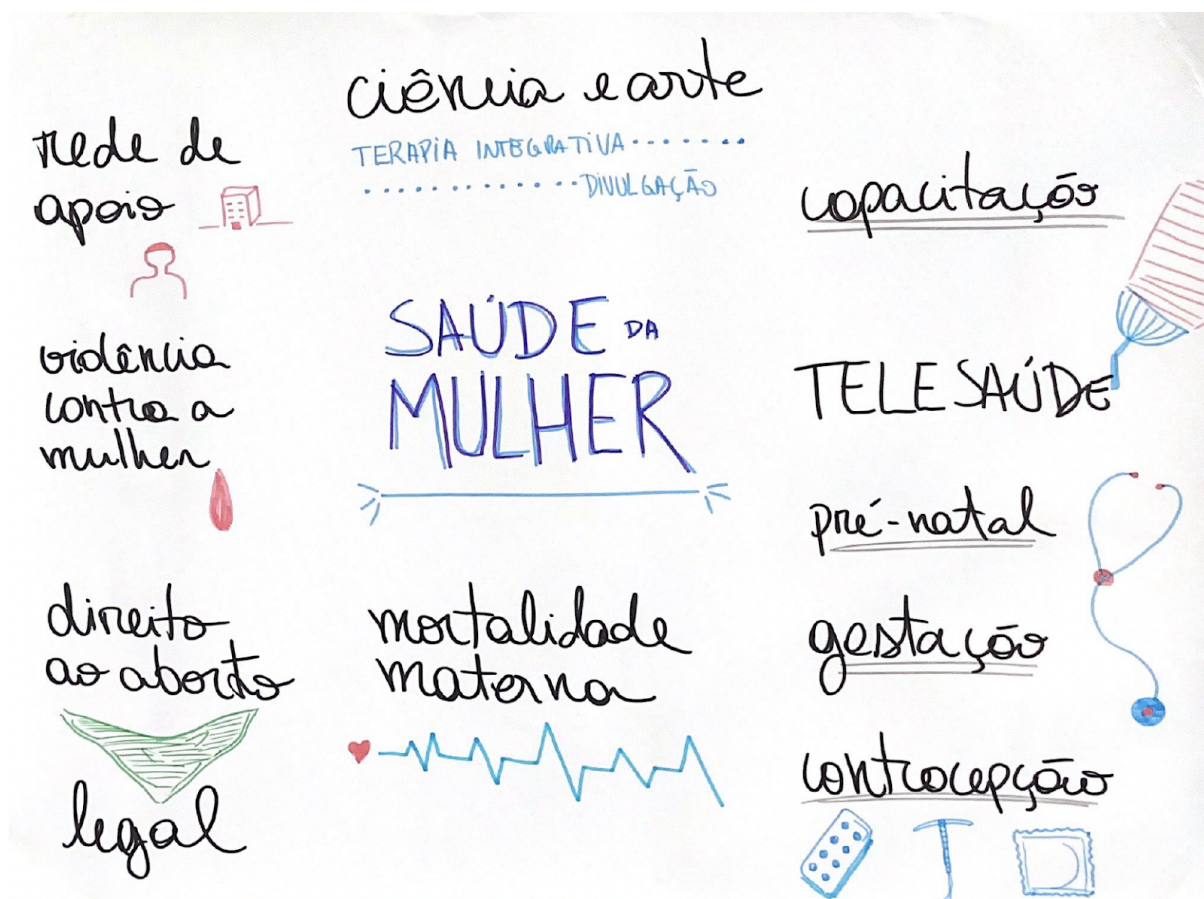
- Consultas,
- Exames,
- Medicamentos,
- Atestados, prescrições
- Alertas para falta de vacina e outras coisas importantes para a continuidade do cuidado.

Tela 9: Possibilidade de fazer agendamento de consulta para o cidadão durante a consulta, ter disponível a agenda da Clínica da Família.

16. Anexo 9

RESULTADOS SAÚDE DA MULHER

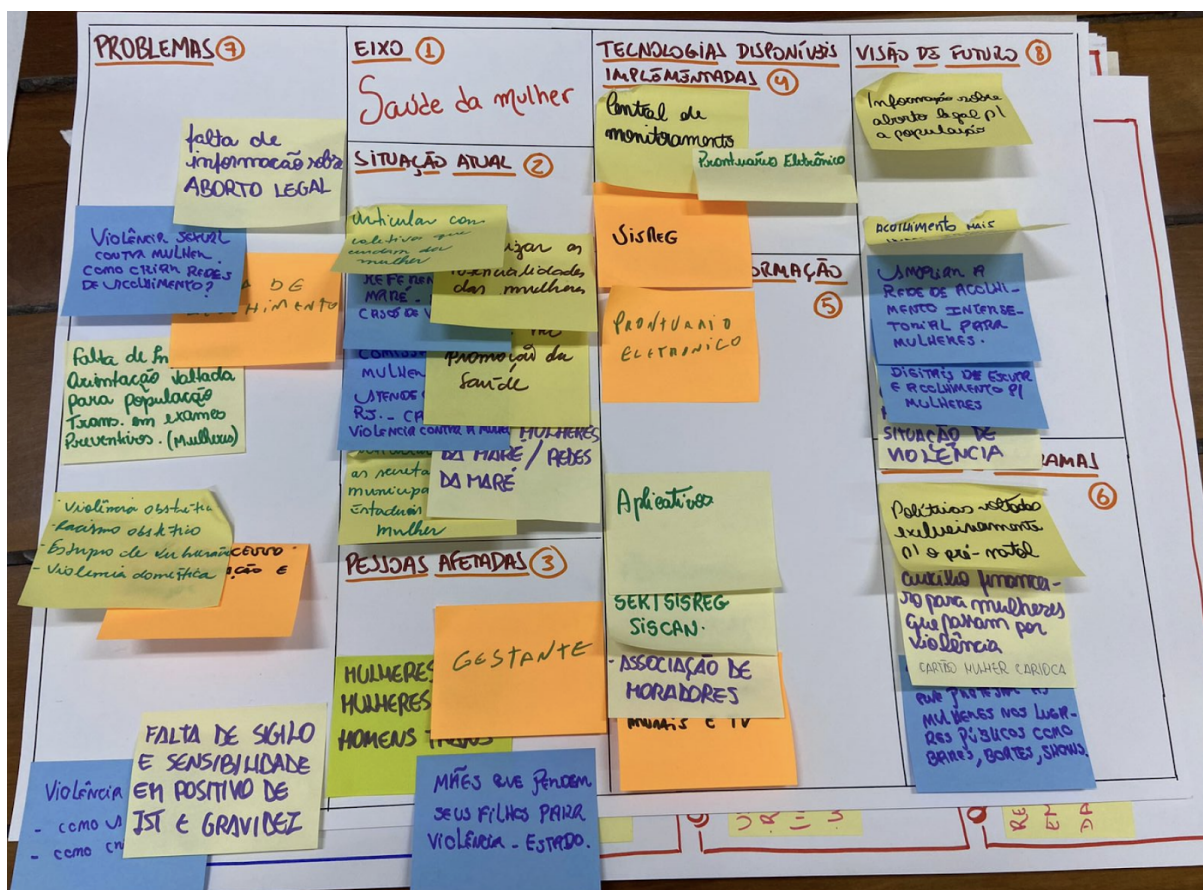
ATIVIDADE 1: AQUÁRIO



ATIVIDADE 2: COMPARTILHAMENTO DE EXPERIÊNCIAS



ATIVIDADE 3: MAPEAMENTO DO CENÁRIO ATUAL



EIXO SAÚDE DA MULHER

SITUAÇÃO ATUAL

- Centro de referência Dr Maré atende casos de violência;
- Comissão da mulher alerj - atende o estado do Rio em casos de violência contra mulher;
- Casa das mulheres da Maré/ Redes da maré;
- Articular com as secretarias municipais e estaduais da mulher;
- Pensar na promoção da saúde; valorizar as potencialidades das mulheres

PESSOAS AFETADAS

- Mulheres CIS,
- Mulheres trans,
- Homens trans,

- Gestantes,
- Mães que perdem seus filhos para violência (estado)

TECNOLOGIAS DISPONÍVEIS

- Central de monitoramento;
- Prontuário eletrônico;
- SISREG

FONTES DE INFORMAÇÃO

- Prontuário eletrônico;
- Aplicativos;
- Plataforma Ser/Ssreg siscan;
- Lideranças comunitárias;
- Associação de moradores;
- Divulgação em murais e TV.

POLÍTICAS E PROGRAMAS

- Políticas voltadas exclusivamente para o pré-natal;
- Auxílio financeiro para mulheres que passam por violência (cartão mulher Carioca), projetos de lei que protegem as mulheres nos lugares públicos como bares, boates e shows

PROBLEMAS

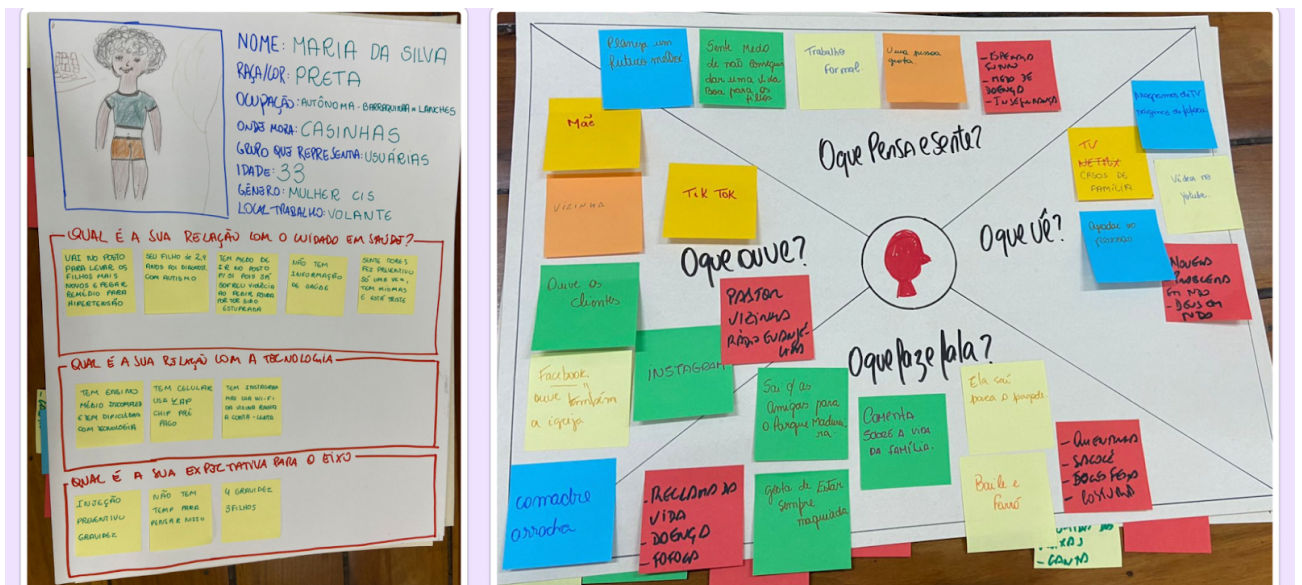
- Falta informação sobre o aborto legal;
- Violência sexual contra a mulher como criar redes de acolhimento?;
- Falta de acolhimento; falta de informação/ orientação voltada para população trans e para mulheres cis em exames preventivos;
- Violência obstétrica; racismo obstétrico;
- Estupro de vulnerável;
- Violência doméstica;
- Falta acesso a informações e serviços;
- Falta de sigilo e sensibilidade em positivo de IST e gravidez;

- Violência doméstica como abordar e criar vínculo?

VISÃO DE FUTURO

- Informações sobre aborto legal para a população;
- Articular com coletivos que cuidam da mulher;
- Acolhimento mais humanizado, sem tabu e mais informação sobre aborto;
- Ampliar a rede de acolhimento intersetorial para mulheres;
- Criar canais presenciais e digitais de escuta e acolhimento para mulheres;
- Acolhimento contínuo de mulheres em situação de violência

ATIVIDADE 4: PERSONAS



USUÁRIO DO SUS

Nome: Maria da Silva

Idade: 33

Raça/cor: Preta

Gênero: Mulher cis

Onde mora: Casinhas

Ocupação: Autônoma Barraquinha de lanches

Local de trabalho: Volante

Grupo que representa: usuários

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Vai no posto para levar os filhos mais novos e pegar remédio para hipertensão;
- Seu filho de 2.4 anos foi diagnosticado com Autismo;
- Tem medo de ir no posto para cuidar da sua saúde pois já sofreu violência ao pedir ajuda após ter sido estuprada;
- Não tem informações sobre saúde;
- Sente dores já fez preventivo mas só uma vez;
- Tem miomas e está se sentindo triste

Qual sua relação com a tecnologia?

- Tem ensino médio incompleto e tem dificuldade com tecnologia;
- Tem celular usa o whatsapp com chip pré-pago;
- Tem instagram mais usa wi-fi rachado com a vizinha e a conexão é muito lenta.

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Injeção;
- Preventivo;
- Gravidez;
- Não tem tempo para pensar nisso;
- 4 gravidez e 3 filhos

O que pensa e sente?

- Planeja um futuro melhor;
- Sente medo de não conseguir dar uma boa vida para os filhos;
- Uma pessoa grata;
- Trabalho formal;
- Medo de doença; insegurança;

O que fala e faz?

- Quentinha;

- Sacolé;
- Doces;
- Costura;
- Ela sai para o pagode;
- Baile e forró;
- Comenta sobre a vida da família;
- Sai com as amigas para o parque madureira;
- Gosta de estar sempre maquiada;
- Reclama da vida;
- Doença;
- Fofoca

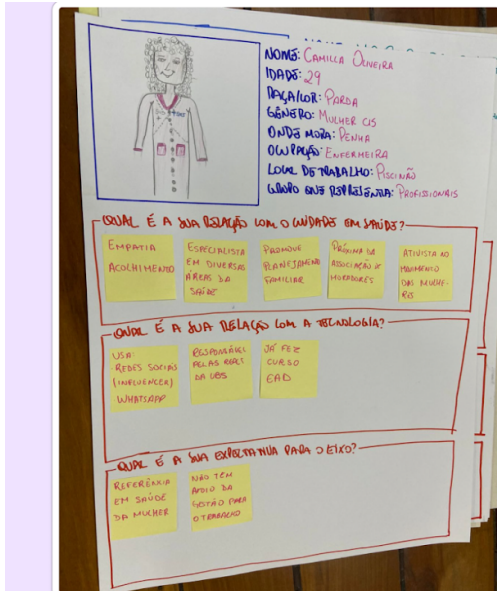
O que ouve?

- Mãe;
- Vizinha;
- TikTok;
- Ouve as clientes;
- Pastor;
- Vizinha;
- Rádios evangélica;
- Facebook;
- Ouve a igreja;
- Instagram;
- Comadre;
- Arrocha

O que vê?

- Vídeos no youtube;
- Novela;
- Problemas em casa;
- Deus em tudo;
- Agradar as pessoas;

- Tv;
- Casos de família;
- Programas de tv;
- Páginas de fofoca



PROFISSIONAL DE SAÚDE DO SUS

Nome: Camilla Oliveira

Idade: 29

Raça/cor: Parda

Gênero: Mulher CIS

Onde mora: Penha

Ocupação: Enfermeira

Local de trabalho : piscinão

Grupo que representa: Profissionais

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Empatia e acolhimento;
- Especialista em diversas áreas da saúde;

- promove o planejamento familiar;
- próxima da associação de moradores; ativista no movimento das mulheres

Qual sua relação com a tecnologia?

- Usa redes sociais (inflencer) whatsapp;
- Responsável pelas redes da UBS;
- Já fez curso EAD

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- Referência em saúde da mulher;
- Não tem apoio da gestão para o trabalho

O que pensa e sente?

- Amor no coração;
- Vontade de cuidar do outro no mundo;
- Pessoas deveriam trabalhar menos;
- Gratidão;
- Revolta;
- Inconformidade;
- Raiva por não poder fazer mais pela comunidade;
- Esperança;
- O mundo vai se melhorar;
- Sensível a desigualdade do mundo

O que fala e faz?

- Especialização em saúde da mulher;
- Cuida de plantas;
- Cuida da avó e do afilhado;
- Cuidado com gatos; cozinhar;
- Gosta de um barzinho;
- Yoga e esporte ao ar livre;

- Toma cerveja e revê amigos;
- Acende vela;
- Atende pessoas;
- Cuida dos animais;
- Comida de orixás e canta;
- Acolhe;
- Especialização

O que ouve?

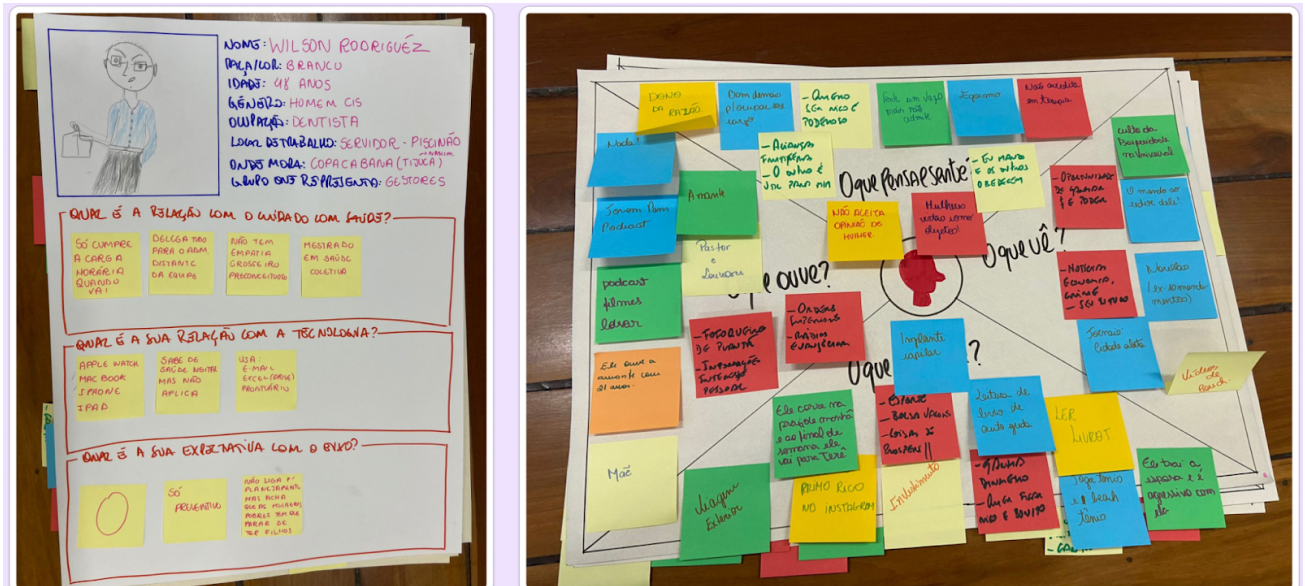
- Sertanejo;
- MPB
- FM o DIA;
- Família;
- Youtube;
- Cantos dos orixás;
- Notícias;
- Superiores;
- Lideranças locais;
- Centro (entidades);
- Usuários;
- Avó;
- Amigos;
- O outro;
- A comunidade;
- Música;
- Passe de santo;
- Samba

O que vê?

- Futuro melhor;
- Curso unasus;
- Séries;

- Almeja a demissão do Wilson;
- Séries e filmes;
- Justiça;
- Futuro melhor para todos e solidariedade entre as pessoas

GESTOR DE SAÚDE DO SUS



Nome: Wilson Rodríguez

Idade: 48 Anos

Raça/cor: Branco

Gênero: Homem CIS

Onde mora: Copacabana, mas nasceu na tijuca

Ocupação: Dentista

Local de trabalho: Servidor do piscinão

Grupo que representa: Gestores

Qual a relação com cuidado em saúde?

- Só cumpre a carga horária, quando vai;
- Delega tudo para o administrativo e é distante da equipe;
- Não tem empatia é grosseiro e preconceituoso;
- Mestrado em saúde coletiva

Qual sua relação com a tecnologia?

- Usa apple Watch, Macbook, Iphone e Ipad;
- Sabe de saúde digital mas não aplica;
- Usa e-mail, Drive e prontuário

Qual a sua expectativa em relação ao eixo?

- 0;
- Só preventivo e as metas do previne;
- Não liga para planejamento mas acha que as mulheres pobres precisam parar de ter filhos

O que pensa e sente?

- Não acredita em terapia;
- Não aceita opinião de mulher;
- Eu mando e os outros obedecem;
- Mulheres vistas como objetos;
- Egoísmo;
- Sente vazio mas não admite;
- Dono da razão;
- Bom demais para ocupar o cargo que tem;
- Quero ser rico e poderoso;
- Alianças frutíferas

O que fala e faz?

- Ele trai a esposa e é agressivo com ela;
- Ler livros;
- Joga tênis e beach tennis;
- Implante capilar;

- Leitura de livro de autoajuda;
- Ganha dinheiro;
- Quer ficar rico e bonito;
- Investimento;
- Esporte;
- Bolsa de valores;
- Coisas de prosperidade;
- Corre na praia de manhã e ao final de semana vai para terê (teresópolis);
- Viagem ao exterior;

O que ouve?

- Fofoqueiro de Puarutê;
- A amante de 21 anos;
- Pastor e louvores;
- Segue o primo rico no instagram;
- Ordens superiores;
- Rádios evangélicas;
- Mãe;
- Amante;
- Podcast;
- Filmes e louvor;
- Jovem pam;
- Nada

O que vê?

- Jornais como cidade alerta;
- Novelas ex os 10 mandamentos;
- Notícias de economia e crime;
- Seu futuro;
- Vídeos de coach;
- O mundo ao redor dele;
- Culto da prosperidade na universal;

- Oportunidade de ganhar poder

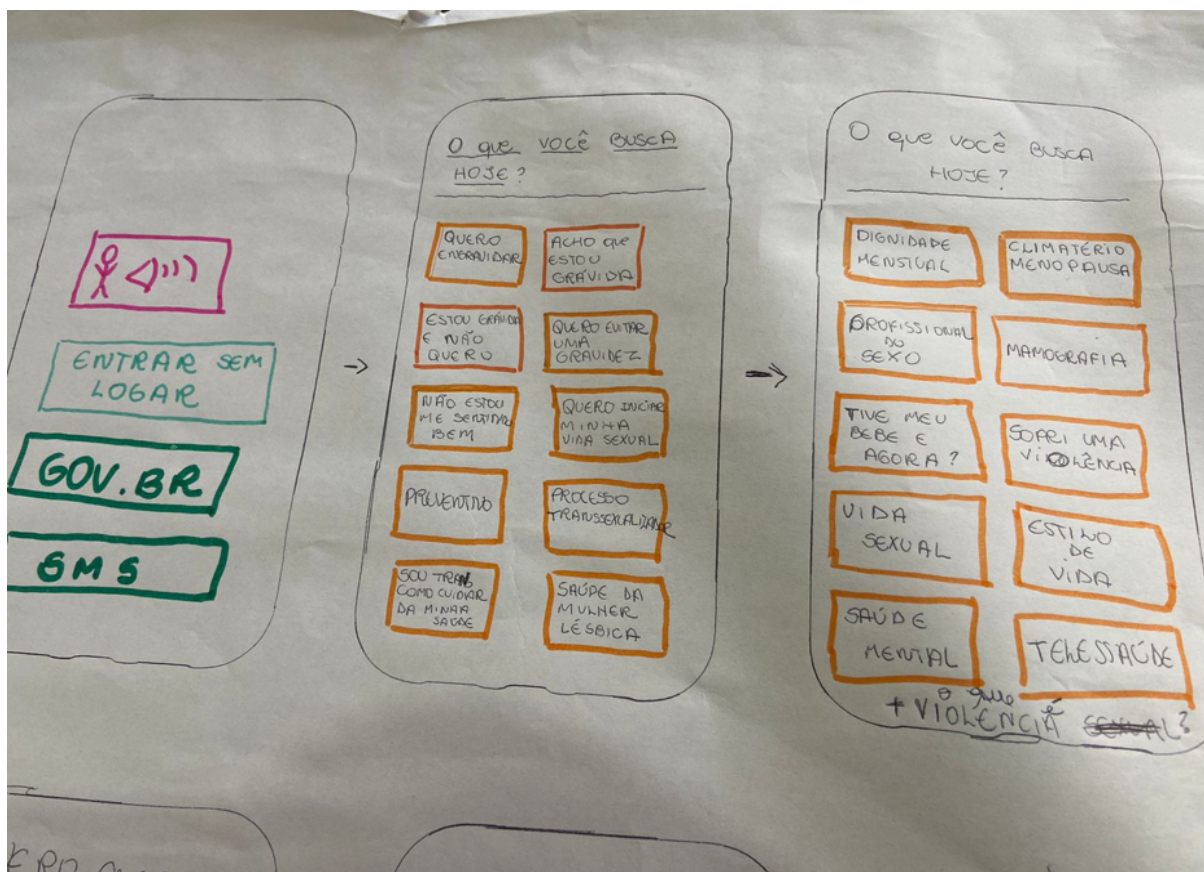
ATIVIDADE 5: GERAÇÃO DE IDEIAS

1. Grupo terapêutico para mulheres
2. Mais profissionais para equipe multi
3. Aproveitar espaços já existentes nas unidades para trabalhar a temática
4. visitas as casas falando sobre aborto legal
5. Rodas de conversas nas escolas
6. Sensibilização dos profissionais da UBS
7. Informativo sobre aborto legal na UBS e no app além de hospitais que realizam o procedimento
8. atendimento terapeutico para familia, casais em caso de violência (digital/presencial
9. Conexão entre o SUS e o judiciário para violências (mulheres e adolescentes)
10. Saúde da mulher na adolescência: informações digitais ou questionários para melhorar a comunicação e ações digitais para 12 a 18 anos
11. melhoria no sigilo entre os profissionais
12. sensibilização dos profissionais
13. Educação permanente
14. Informativos
15. Criação de grupos
16. Estratégias de divulgação e utilização das redes sociais
17. integração nas reuniões com a população
18. Educação de saúde no território de forma geral
19. Canal sigiloso e digital para denúncias
20. todas as unidades deveriam ter NASF
21. Divulgação digital e propagandas na TV sobre contraceptivos, buscar colocar mais informações para população jovem =
22. Formação dos profissionais
23. Protocolo profissionalização de mulheres em situação de violência

24. Mais unidades básicas de saúde para diminuir a alta demanda das que já existem
25. rede de apoio digital e grupos terapeuticos digitais
26. Cursos EAD para atividades profissionais e para comunidade/multiplicadores
27. Ouvidoria no SUS para mulheres violentadas
28. Aplicação das salas de cidadania para facilitar o acesso a internet
29. Cabines de teleatendimento espalhadas em prédios da maré(ex: ubs; redes; escola)
30. banco de dados com as informações de mulheres em situação de violência
31. Colocar gineco em todas as unidades
32. Atendimento em horários alternativos

ATIVIDADE 6: PROTOTIPAÇÃO

Aplicativo SUS mulher



Tela 1: App SUS mulher

Tela 2:

- Possibilidade de entrar sem logar;
- Possibilidade de utilizar o app só com audios sem precisar de leitura para pessoas com necessidades (Pcd/analfabetos);
- Possibilidade de logar com gov.br ou autenticar por SMS

Tela 3/4: demonstra a importância de utilizar linguagem simples, ao entrar as mulheres se depararam com a seguinte pergunta "o que você busca hoje?"

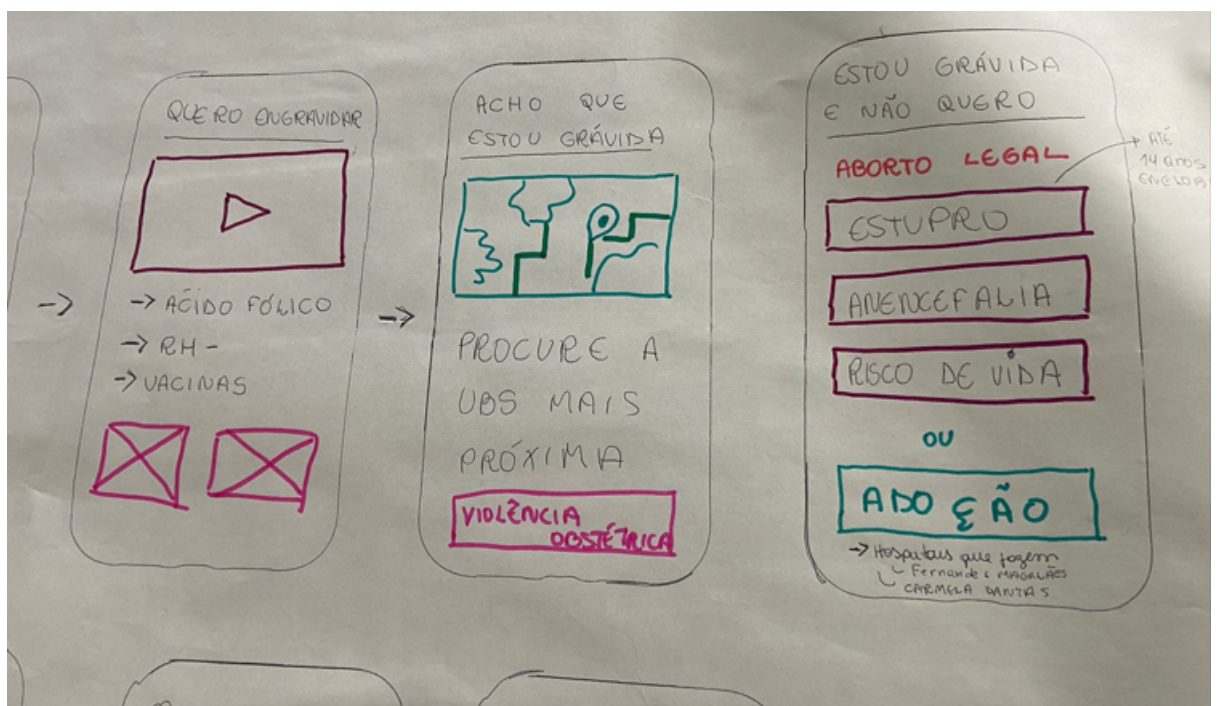
- Quero engravidar
- Acho que estou grávida
- Estou grávida e não quero
- Quero evitar uma gravidez
- Não estou me sentindo bem
- Quero iniciar minha vida sexual
- Preventivo
- Processo transsexualizador
- Sou trans como cuidar da minha saúde
- Saúde da mulher que se relaciona com mulheres
- Dignidade menstrual
- Climatério/menopausa
- Profissionais do sexo
- Mamografia
- Tive meu bebê e agora?
- Sofri uma violência
- Vida sexual
- Estilo de vida
- Saúde mental

- Tele-saúde
- O que é violência

Tela 5: Violentômetro, termômetro de violência que a partir das experiências que a mulher está passando indica ações:

- Fique atenta,
- Reaja ou
- Alerta de perigo de forma simples.

Tela 6: Sintomas: quando clicar em não estou me sentindo bem a pessoa poderia clicar nas partes do corpo para facilitar como explicar o que está sentindo seus sintomas



Tela 7: quero engravidar, vídeos, informações sobre ácido fólico, RH -, vacinas e mais conteúdos interativos

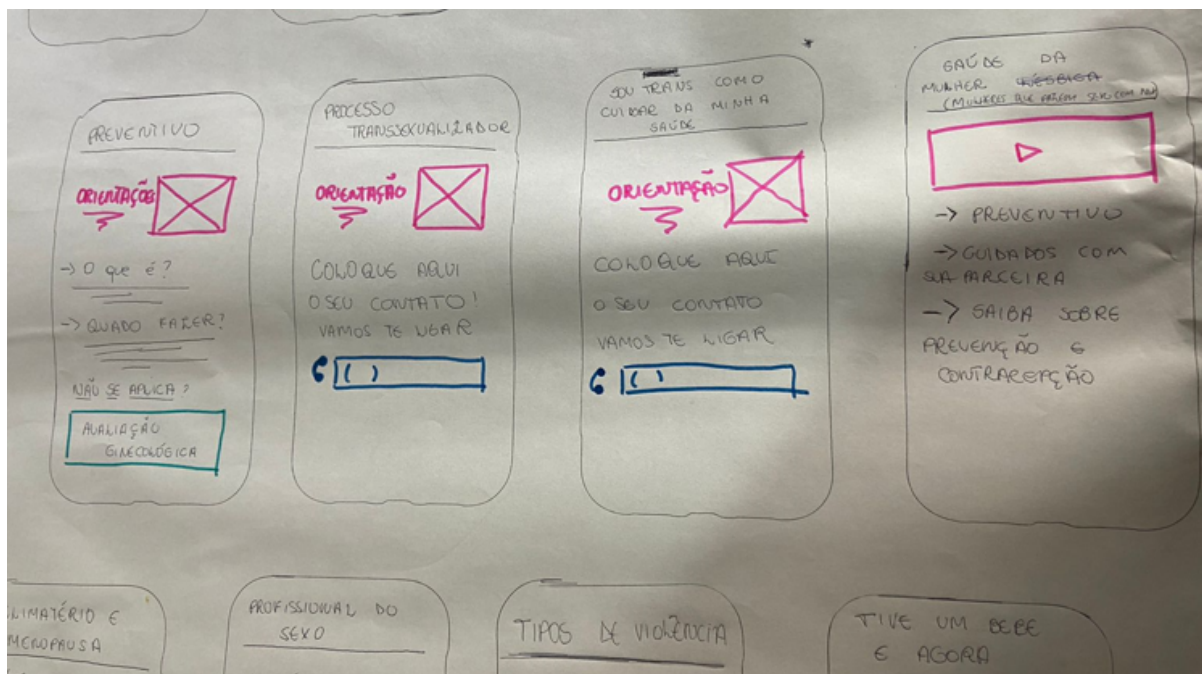
Tela 8: Acho que estou grávida, informações e geolocalização para indicar a UBS mais próxima para realização da testagem e acompanhamento do pré-natal, ali já indicar informações sobre os direitos e violência obstétrica

Tela 9: Estou grávida e não quero, informações sobre aborto legal nos três casos previstos em lei: estupro (até 14 anos todos os casos de gravidez se enquadram como estupro de vulnerável); anencefalia e risco de vida gestante, além de informações sobre adoção. Indicar hospitais que façam o processo de abortamento legal.

Tela 10: Quero evitar uma gravidez, informações sobre contraceptivos:

- Camisinha (fem/masc),
- DIU (cobre/hormonal),
- Pílula do dia seguinte,
- Injeção,
- Pílula comum,
- Implante e laqueadura

Tela 11: quero iniciar minha vida sexual: informações sobre a vacina de HVP e indicação de buscar a UBS mais próxima para orientação, usar linguagem convidativa e afetiva, possibilidade de teleatendimento para tirar dúvidas



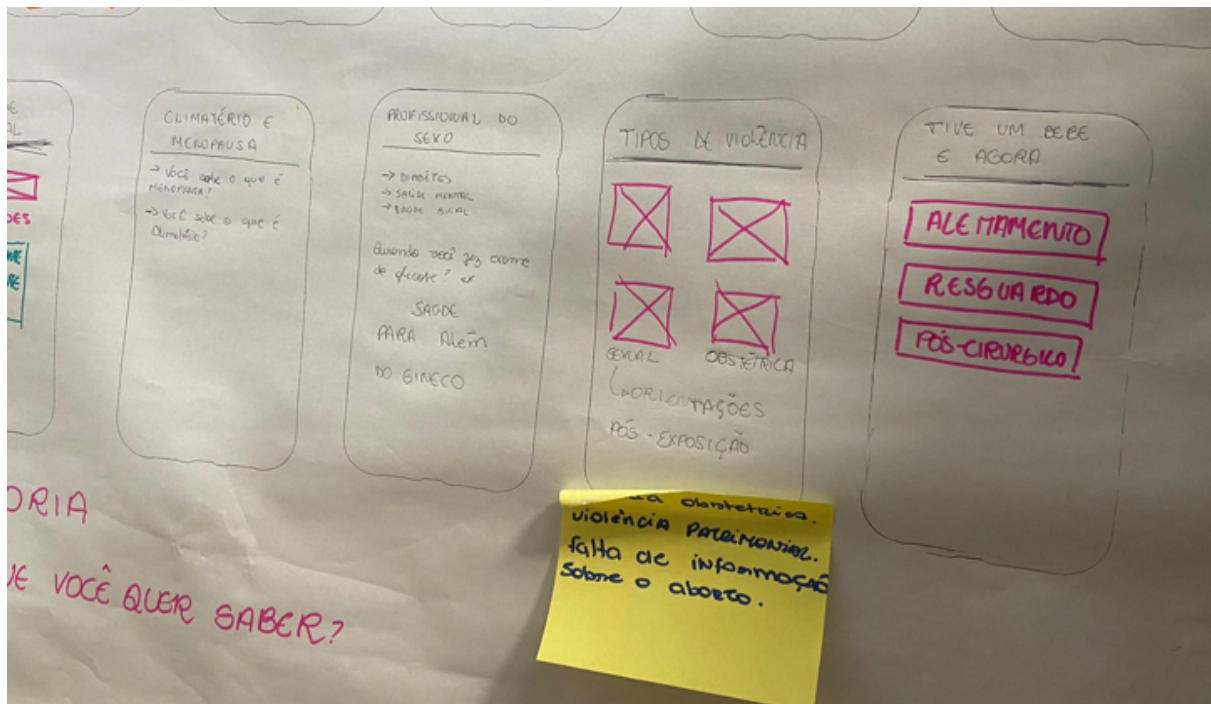
Tela 12: Preventivo: informar orientações para o preventivo "o que é" "quando fazer" indicar que em outros casos o que se deve fazer a avaliação ginecológica

Tela 13: processo transsexualizador: colocar informações e orientações assim como deixar um espaço para que a pessoa possa colocar seu contato e a UBS indique alguém qualificado para apoiar a pessoa

Tela 14: Sou trans como cuidar da minha saúde: colocar informações e orientações assim como deixar um espaço para que a pessoa possa colocar seu contato e a UBS indique alguém qualificado para apoiar a pessoa

Tela 15: Saúde da mulher que se relaciona com mulheres: vídeo explicativo, informações sobre o preventivo (muitas vezes é dito que mulheres que não se relacionam com homens não precisam fazer mas não é verdade), cuidados com sua parceira, saiba meios de contracepção.

Tela 16: Dignidade Material: informações e possibilidade de pegar a autorização para retirada absorventes



Tela 17: Climatério e menopausa: informações em diferentes formatos multimídia "você sabe o que é menopausa" "você sabe o que é climatério?"

Tela 18: Profissionais do sexo: ter um espaço que acolha as profissionais do sexo para além da prevenção e combate a ISTs, informações sobre diabétes, saúde mental, saúde bucal, fazer perguntas como "você já mediu sua glicose?"

Tela 19: Tipos de violência Sexual/ psicológica/ obstétrica/ patrimonial e indicação no caso de violência sexual orientações pós-exposição

Tela 20: Tive um bebê e agora: aleitamento, resguardo pós cirúrgico e resguardo

- Ouvidoria
- O que você quer saber? espaço aberto para dúvidas que futuramente o App possa sanar