

## CAPÍTULO III

# **PEDREIRA, por uma vida saudável: um exemplo prático de intersetorialidade**

Dr. Eduardo Mestre Rodrigues <sup>8</sup>

Dr. Adriano Peres Lora <sup>9</sup>

### **... um novo modo de olhar o município...**

A saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças”, um conceito que acaba englobando diversos outros aspectos da vida, como o trabalho, o meio ambiente, a educação, a alimentação etc. A Constituição Brasileira, por sua vez, coloca a promoção à saúde como um das atribuições básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Se a saúde, portanto, depende da ação de diversos setores sociais e econômicos, a promoção à saúde, como prática, depende diretamente da real articulação entre esses setores. Compreender a Intersectorialidade das Ações de Saúde, que extrapolam a própria área, e pensar estratégias que a efetivem de fato são os grandes desafios para gestores dos três níveis de governo obrigados a lidar, dentre outras coisas, com graves problemas de desemprego, falta de saneamento básico, déficit escolar e de habitação, degradação ambiental e violência. O conceito de “Cidade Saudável”, seja de modo explícito ou

---

<sup>8</sup> Coordenador da Saúde da Família de Pedreira - SP

<sup>9</sup> Médico da Família de Pedreira - SP

implícito, deve pautar as discussões sobre o tema (Noronha, 2003).

Municípios, cidades e ou comunidades saudáveis é uma filosofia e também uma estratégia que permite fortalecer a execução das atividades de promoção da saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local. Uma cidade saudável, na definição da OMS, "é aquela que coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade". Portanto considera-se uma cidade, ou município, saudável aquela em que os seus dirigentes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma ótica ampliada de qualidade de vida. (OPAS/OMS, 2003)

“O Movimento Cidades Saudáveis é hoje um dos referenciais mais importantes para um processo moderno de pensar estratégias para a saúde coletiva e a melhoria da qualidade de vida em ambientes urbanos. Em diversos exemplos de todos os continentes, as iniciativas pro Cidades Saudáveis têm se mostrado vigorosas em sua capacidade de motivar as populações e governos locais a assumirem iniciativas de impacto na melhoria das condições de vida e trabalho nas cidades. Esses exemplos também nos mostram que os esforços envidados foram melhor sucedidos quando essas cidades estão articuladas em redes nacionais, as quais criam condições de intercâmbio de experiências e racionalização de recursos favoráveis ao avanço consistente dos programas envolvendo o nível local de mobilização”. (OPAS/OMS, 2003)

“Significa um novo modo de olhar o município e suas relações, recompondo os papéis e a articulação entre atores e setores, para a produção social da saúde e melhoria das condições de vida. O município que se propõe a este desafio busca envolver

todas as secretarias municipais, diretorias, indústria, comércio e sociedade civil, redistribuindo responsabilidades a partir de um projeto comum: intersetorialidade. Um município saudável garante participação social efetiva a seus moradores, integrando os segmentos da população e buscando atingir equidade social, um dos grandes pilares de sustentabilidade da proposta” (OPAS, 2002)

Apoiar projetos interdisciplinares, integrados e temáticos, que atendam aos princípios do Programa Comunidade Saudável da Organização Mundial da Saúde é o objetivo principal do projeto de convênio de colaboração efetivado entre o Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), visando:

- a promoção da saúde, considerada nos seus aspectos bio-psíquico-sociais, com ênfase na prevenção, através da implantação de programas de medicina familiar;
- a promoção da melhoria na educação, considerada como fator importante para o desenvolvimento da auto-estima, da qualidade profissional e da evolução social, através de atividades culturais e educacionais formais e informais;
- a promoção do exercício da cidadania, através de ações que fomentem o senso de responsabilidade, solidariedade e engajamento cívico nos programas de interesse público, sobretudo os que dizem respeito à saúde e educação. (Correa, 2000)

A Saúde da Família baseia sua estratégia na modificação positiva do modo e estilo de vida da população a partir do controle dos fatores meio-ambientais, da eliminação dos riscos

e da orientação de formas de vida mais saudáveis.

O trabalho em Saúde da Família vem sendo desenvolvido em várias partes do mundo, principalmente a partir do pós-guerra, na Inglaterra, onde se iniciou uma maneira particular de atuação em saúde. Posteriormente, alguns países da Europa, Canadá, Cuba e outros seguiram caminhos semelhantes em suas políticas de saúde, que foram denominadas de várias maneiras diferentes, mas que tinham algo em comum: atuar diretamente na família inserido na comunidade, de forma integral, com enfoque generalista (LORA, 2003).

No Brasil, surge apenas a partir da década de 1990, quando alguns Estados do Nordeste passaram a acreditar na possibilidade de melhoria da qualidade de vida da população a partir da fomentação de ações simples desenvolvidas e assimiladas pelas comunidades.

O Ministério da Saúde concebeu o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, embora se tenha notícia de experiências semelhantes implantadas em alguns municípios, como: Niterói - RJ em 1991 e Itacarambi - MG em 1993, entre outros. Em documento, de 1996, avalia que a assistência à saúde praticada na época era “marcada pelo serviço de natureza hospitalar, focalizada nos atendimentos médicos, com uma visão biologicista do processo saúde/doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

Contribui para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades de saúde com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população; descentraliza os atendimentos de saúde nas Unidades de Saúde

da Família dos bairros com a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento, oferecendo atenção integral, oportuna e contínua no nível ambulatorial e domiciliar; busca melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado ao indivíduo e à família na comunidade.

Constitui uma porta de entrada ao Sistema Local de Saúde, como uma estratégia de implantação e implementação efetiva do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo seus princípios básicos: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, onde não se considera caráter substitutivo, não significa a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas desprovidas, e sim a substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na Vigilância à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Não é mais um programa a ser acrescentado ao conjunto das ações já desenvolvidas pelo município. Ao contrário, é encarado como uma forma nova de prestar atenção integral à saúde da população. Nesse sentido, ele não é um elemento programático a ser somado, mas sim um substitutivo das ações fragmentadas à saúde, por uma prática mais integradora.

Não é meramente uma medida de incremento de cobertura assistencial, ele significa um novo enfoque na aproximação do binômio saúde-doença, na medida em que tem como eixo condutor de sua implantação a promoção à saúde, tendo as práticas da equipe de trabalho voltadas não só para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo e da família, mas também para o reconhecimento das situações de risco e agravos à saúde específicos de seu território de abrangência.

### **...não é um processo isolado...**

A Saúde da Família não é um processo isolado dentro do município, é parte integrante do Plano Municipal de Saúde, desenvolve atividades de promoção à saúde e educação em saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação do indivíduo e da família na comunidade, incluindo assistência médica às pessoas impossibilitadas de buscar atendimento nas unidades convencionais de saúde, e está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família.

A Unidade está inserida no primeiro nível de ações e serviços do Sistema Local de Saúde, denominado Atenção Básica, levando em conta o princípio de Integralidade e Hierarquização. Devendo estar vinculada à rede de serviços de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e família e sejam asseguradas a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, sempre que for requerido maior complexidade tecnológica para a resolução de situações ou problemas identificados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003)

A Equipe de Saúde da Família é multiprofissional, composta minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde que varia de acordo com o número de pessoas sob sua responsabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

É capacitada para conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que ela atende está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano

local para enfrentar os determinantes do processo saúde/ doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, organizada ou espontânea, na Unidade de Saúde da Família, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar e desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados.

Assim, devem tomar esses dados de conhecimento das condições de vida das comunidades como base para uma atuação no planejamento e na organização do Sistema Local de Saúde, fazendo da atuação um elemento estruturante desse Sistema. Ainda mais se considerarmos que a organização da Atenção Primária em Saúde é mola propulsora da estruturação dos demais níveis de assistência.

Todos os casos que necessitem de internação são encaminhados aos hospitais de referência da rede do SUS, previamente determinados. Para humanizar e garantir qualidade e conforto no atendimento ao paciente, sempre que houver condições, as pessoas que apresentarem doenças de baixo risco ou que estão em fase de recuperação, são internadas na sua própria casa, sendo visitada diariamente pela equipe, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

O Controle Social do atendimento na saúde está regulamentado pela Lei 8080 de 1990 (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE), estimulando a organização da comunidade para seu efetivo exercício, na fundação de associações de bairros que as represente.

### **...apropriação do espaço local...**

Como ferramenta de trabalho, a Saúde da Família utiliza o processo de Territorialização em Saúde na apropriação do espaço local, sendo este um de seus princípios básicos de atuação. A experiência tem mostrado que o conhecimento do território é fundamental para planejar as ações de saúde em conjunto com a comunidade assistida. Devendo conferir aos profissionais um sentimento de responsabilização sobre as famílias e população desta área adscrita.

Trabalha-se com território definido (área de abrangência) e é responsável pelo estado de saúde e o acompanhamento da população adscrita a esta área, gerando vínculo entre os profissionais e a população, melhorando a qualidade do atendimento e determinando uma maior confiabilidade ao processo.

A responsabilização leva à criação de um compromisso com o trabalho, uma conexão com o produto final do trabalho (CAMPOS, 2001).

No Brasil, uma importante contribuição para o estudo da abordagem da Geografia em Saúde Pública se deu em trabalhos desenvolvidos no Município de São Paulo, onde se ultrapassa a contribuição da geografia no campo físico para iniciar um estudo social e histórico/geográfico da área de atuação de equipes de saúde, levando em consideração inúmeras condições. (UNGLERT, 1995)

Desta forma, propõe-se esta metodologia, que auxilia na análise das necessidades da população em confronto com os recursos existentes localizados, não somente segundo as divisões administrativas formais, mas também de forma mais particular, em territórios estabelecidos pela própria população em sua



dinâmica cotidiana. (UNGLERT, 1995)

O conceito de área de abrangência de um serviço de saúde é a área geográfica construída por meio da apropriação do território por parte da equipe local de saúde, pela aplicação de instrumentos que garantam a participação da população no processo. (UNGLERT, 1995)

O território não é uma simples demarcação topográfica-burocrática, deve representar a apropriação do espaço local pelos profissionais de saúde da área e pela população e refletir o estabelecimento de uma relação de responsabilidade entre os recursos de saúde e a população.

### **...cada experiência é única e autônoma...**

Cidade, banhada pelo Rio Jaguari e estando 584 m acima do nível do mar, possui clima seco e topografia montanhosa. Localizada a 138 km da capital do estado de São Paulo em uma região de grande desenvolvimento industrial cuja sede é Campinas, distante 33 km, tem uma área total de 114 Km<sup>2</sup>, conta com uma população de 35219 habitantes (IBGE 2000). Os municípios limítrofes com os quais tem divisa são: Campinas, Jaguariúna, Amparo e Morungaba.

A principal atividade está ligada à cerâmica, basicamente à produção de louças de porcelana e de isoladores elétricos; outros estabelecimentos diversificam as atividades no setor comercial e vários produtos da agropecuária abastecem o mercado interno.

O ensino e instrução escolar são feitos no âmbito municipal, estadual e particular. A população tem a oportunidade de praticar esportes nas quadras esportivas e campos de futebol construídos nos bairros. Existem diversos espaços culturais onde

podem ser desenvolvidas atividades do setor.

As condições sócio-econômicas da população são variadas em dependência do poder aquisitivo; a cidade tem uma cobertura de abastecimento de água e coleta da rede de esgoto maior de 90%. A coleta do lixo residencial é realizada em 100 % do perímetro urbano, cuja disposição final se realiza no sistema de aterro controlado.

Cada experiência é única e autônoma como é cada município; o que facilitou a implantação da Saúde da Família na cidade foi a vontade política como determinante, por ser uma das prioridades do Governo Municipal; o compromisso profissional por parte dos técnicos dos vários níveis de atuação da Secretaria Municipal de Saúde e a mobilização e aceitação por parte da população dos bairros (OPAS/OMS, 2002).

Constituindo-se nos três pilares de sustentação do nosso projeto: a vontade política, o compromisso profissional e a participação comunitária.

As atividades exercidas na Unidade de Saúde da Família são, de um modo geral, as mesmas de uma Unidade Básica de Saúde, como vacinação, consulta de enfermagem, consulta médica, curativos, atendimento de casos de urgência/emergência, desenvolvimento de programas, ações de vigilância etc., com algumas características próprias de nosso município.

O atendimento é composto pela demanda espontânea e os casos programados, com base nas normas dos programas de saúde existentes, incluindo os atendimentos domiciliares; participando de ações de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica conhecendo também as necessidades da população e a compreensão ampliada dos determinantes do processo saúde-doença, aperfeiçoando assim a Vigilância à Saúde.

O “acolhimento 100%” é uma destas especificidades, sendo realizado por profissional de enfermagem, não por recepcionista, na denominada “consulta de classificação”, na qual este profissional capacitado, tem uma visão, além de técnica, ética e humanista, com enfoque na prioridade dos agravos; determinando se os usuários deverão: ser encaminhados para consulta médica ou de enfermagem; retornar no período correspondente ao seu caso (por exemplo, hipertensos e diabéticos, gestantes, crianças menores de um ano etc.); ser encaminhadas para outras unidades do Sistema Local de Saúde; ser incluídas em grupos ou programas; receber visita domiciliar, auxílio social, orientação alimentar e de cuidados básicos, ou simplesmente “uma conversa”.

Outra característica do funcionamento local é que existe um espaço formal de reunião diária, que acontece sempre no final do período da tarde com duração de cerca de 20 a 30 minutos, onde são colocados os principais acontecimentos do dia, possibilitando discussão de casos específicos e gerais, definindo a agenda de trabalho.

Uma vez por semana há uma reunião técnico administrativa na qual são garantidos programas de educação continuada no processo de formação, reciclagem, atualização e informação permanente para obter aperfeiçoamento profissional, desenvolvendo cursos específicos baseados na identificação das necessidades de aprendizagem.

Consideram-se aspectos da personalidade, qualidades ético-morais favoráveis ao desempenho da função, que demonstrem motivação para trabalho em equipe, auto-estima, cordialidade, boa comunicação, ser capaz de tomar decisões corretas, convertendo-se em orientador e educador da família, desenvolvendo habilidades e conhecimentos que definam sua

competência profissional e criatividade na pesquisa e enfrentamento dos problemas de saúde da população.

No dia-a-dia, as relações estabelecidas pelos membros da nossa equipe permitem o entrosamento e a coesão entre todos, o que dá força e empoderamento para enfrentar as dificuldades que se apresentam.

As atividades fora de unidade são realizadas através das visitas domiciliares ou do trabalho de campo no território, com um enfoque integral, ampliando a visão sobre as condições de vida da população. Todos os integrantes da equipe realizam visitas, especialmente os agentes comunitários que, diariamente, têm como tarefa principal fazer a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde. Os outros membros da equipe realizam visitas em horários escalonados no decorrer da semana, sendo um médico e cada profissional da área de enfermagem. No entanto, outras visitas estão sujeitas à demanda espontânea da população.

O cadastramento das famílias realiza-se através das visitas aos domicílios, na área de abrangência, com ficha desenvolvida pela equipe, identificando os membros da família, levantando as condições de saúde, moradia, saneamento do meio ambiente, tornando possível a organização e o planejamento das ações de assistência à saúde, gestão, definição de prioridades, tomada de decisões, acompanhamento, avaliação e controle.

### **...valorizando o orgulho profissional...**

A equipe trabalha inserida no Sistema Local de Saúde solicitando, quando necessário, apoio diagnóstico e terapêutico às consultas especializadas, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência para estes casos. Em alguns casos

determinados, tendo em vista a necessidade do paciente, este é acompanhado pelo Agente Comunitário de Saúde que estabelece uma troca de informações na interconsulta com o determinado especialista.

No cotidiano, sua atuação é em equipe na qual cada membro desempenha sua função de modo integrado aos demais, respeitando a hierarquia institucional e delimitando seu papel nas ações de educação em saúde, promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação individual e familiar na comunidade. Nossa equipe é composta por um médico generalista, uma enfermeira (que é responsável pelo gerenciamento da unidade), duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, além de uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais, inseridas, estas últimas, como política de inclusão.

Todos identificados com a própria comunidade que não só assistem, mas reorganizam a dinâmica familiar através de visitas domiciliares e orientação, visando também a integração, a harmonização e a reversão das doenças. O enfoque de risco nas ações preventivas dá ênfase à atenção à pessoa, à sua família, às variáveis do seu domicílio e aos fatores ambientais e sociais que o cercam.

Assim, o que observamos é que o manejo das ações cotidianas da equipe apresenta-se de forma dinâmica, negociado entre seus integrantes, no qual estes têm a possibilidade de priorizar as condutas e determinar projetos de intervenção em diversos níveis, inclusive, mas não somente, médico/medicamentoso. O intento é imprimir uma nova dinâmica de atuação, na qual todos estejam comprometidos com o resultado final de seu trabalho, valorizando o orgulho profissional pelo esforço singular realizado em cada momento.

Os integrantes da equipe têm capacidade técnica específica e se identificam com a proposta de trabalho, visando uma abordagem interdisciplinar, integralidade da atenção, atendimento das clínicas básicas, enfatizando a prevenção sem descuidar do curativo. (Ministério da Saúde, 2003)

Trabalhamos, desta maneira, com certo grau de autonomia sobre seus atos e determinações. E, sendo responsáveis por determinado número de casos e estes casos sendo conhecidos de todos, torna-se mais fácil o controle dos atos dentro do próprio grupo, ou autocontrole de grupo. Note-se também que a proximidade alcançada entre o profissional e a pessoa transforma o “caso” em indivíduo. Indivíduo este inserido em uma família ímpar, dentro de uma comunidade determinada, na qual é previamente conhecido e conhecedor do trabalho desenvolvido. Esta aproximação (trabalhador/população) define, indica o surgimento natural do processo de vinculação entre estes atores. Possibilita também que a comunidade exerça certo grau de controle sobre as ações daquela equipe.

Sendo assim, podemos vivenciar uma maneira de intervenção diretamente inserida na comunidade, na qual a lógica de atuação é deslocada da produtividade, com ênfase na criatividade, resolubilidade dos problemas de várias ordens, o que gera confiança.

O coeficiente de vínculo entre o profissional e a comunidade assistida se eleva a medida em que ambos passam a conviver diariamente em sua rotina dentro da unidade e no território abrangido, através das visitas domiciliares. O profissional passa a contar com a possibilidade de conhecer o indivíduo integrado ao seu meio, sua moradia e as condições de vida destas famílias. Por outro lado, a população passa a conhecer o profissional fora de seu local tradicional de atuação.

O compromisso assumido pela equipe de responsabilizar-se por determinado número de pessoas ou território faz com que cada membro desenvolva mecanismos e soluções criativas em busca da resolução da maior quantidade de problemas possíveis, problemas que podem ser de ordem biológica, psicológica, sócio-econômica e ambiental. Por outro lado, à medida que a comunidade observa as soluções ou facilitações de suas questões, passa a confiar no trabalho desenvolvido.

É importante que se considere o papel de promotores de saúde e educadores que todos passam a exercer no dia-a-dia com as famílias, estabelecendo vínculo ético, relação de confiança, humanização e melhoria na relação equipe de saúde/população, criando assim um ambiente propício à assimilação de uma cultura preventiva.

A participação ativa na dinâmica da comunidade e o conhecimento de suas necessidades, dentro das perspectivas do profissional e da população, leva a uma terceira perspectiva, a social, que compreenderia as duas anteriores, portanto, é possível determinar um processo de planejamento ascendente que possa satisfazer estas necessidades.

Desenvolvem-se ações de Educação em Saúde, tanto de forma individual como coletiva, levando em conta as características dos indivíduos, da família. Incluindo em suas atividades a participação em grupos comunitários, no processo de transformação cultural das práticas sanitárias. Contribuindo na formação, modificação positiva e reorientação de comportamentos, hábitos, costumes e condutas adequadas do indivíduo, da família e da comunidade, desenvolvendo habilidades pessoais e mudanças nos modos e estilos de vida, considerando que as ações educativas devem estar de acordo com as peculiaridades locais, sendo realizadas de forma dinâmica

e participativa.

Foram criados grupos específicos, nos quais foram envolvidos casos de gestantes, escolares, adolescentes, mulheres em idade fértil, idosos, diabéticos e hipertensos. São realizadas palestras e outras atividades, algumas abertas à comunidade e outras restritas aos respectivos grupos, ora feita na unidade, ora nas residências dos bairros assistidos. Também ainda são recebidos, em inserções verticais, profissionais de áreas afins, como professores de artes e educação física, que exercem atividades e trabalho com os grupos referidos.

**...nos espaços onde as pessoas estudam trabalham, se divertem, amam...**

A Promoção de Saúde “é o processo de empoderamento das populações para obter um melhor controle sobre sua saúde e para melhorar os determinantes da saúde” e define a saúde como “um recurso para a vida diária, um conceito positivo que enfatiza recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas”, cujos pré-requisitos são: paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (OPAS/OMS, 1986)

Consiste em “capacitar a população para melhorar as suas condições de saúde e aumentar o seu controle sobre as mesmas” e “para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, de satisfazer suas necessidades e de mudar ou adaptar-se ao meio ambiente” (OPAS/OMS, 1986).

A Saúde passa a ser concebida de forma abrangente, sendo determinada e condicionada por múltiplos fatores, como



o meio físico, o contexto sócio-econômicos-cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso às ações e aos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996)

A Promoção da Saúde fortalece os processos sociais e políticos, estabelecendo um trabalho conjunto entre profissionais da saúde, todos os setores da administração do município e os diversos segmentos da sociedade, objetiva a identificação dos principais pilares da iniciativa de Municípios/Cidades Saudáveis, aprovados pela OPAS/OMS, que são a ação intersetorial e a participação social. O que permite o conhecimento dos problemas e a adoção de medidas concretas para a transformação das condições que expõem a população aos riscos de adoecer e morrer.

Se sustenta na Intersetorialidade e na Participação Comunitária, sendo necessário a intervenção articulada de vários setores que promovem políticas setoriais de habitação, meio ambiente, planejamento urbano, organização comunitária condições de moradia, saneamento básico, economia, cultura, hábitos de higiene, emprego, alimentação-nutrição, educação, lazer e segurança; como trabalho integrado a outros setores de atuação do Município – Ação Intersetorial (OPAS/OMS, 2002).

Os melhores resultados se conseguem com projetos integrais que combinem as diferentes estratégias de acordo com os objetivos desejados, dentro de um marco global de intervenção comunitária, tendo o setor saúde na posição de liderança; construindo alianças intersetoriais que fortalecem a participação social, nos lugares onde as pessoas vivem, como grande desafio, resolvendo os problemas que vão além da capacidade de resolução de Setor Saúde, na sustentabilidade do projeto. (PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDREIRA, 1995)

Independente das mudanças das autoridades locais, assegura-se, a sustentabilidade de um projeto nas comunidades onde a participação social e a organização comunitária são fortes, permitindo maiores possibilidades de negociação entre as organizações sociais e as novas autoridades. Remover as barreiras estruturais ou institucionais para o empoderamento das comunidades, e aumentar a participação dos cidadãos na colaboração intersetorial requer em uma forte liderança respeitando a proteção de direitos civis, políticos, econômicos, sociais, e culturais e as liberdades fundamentais. (OPAS/OMS, 2002)

A disposição da Administração Municipal em adotar o novo modelo de assistência à saúde como projeto estruturante da reorganização das ações e serviços de saúde permitiu a utilização efetiva dos recursos humanos financeiros e materiais junto aos recursos e equipamentos sociais, existentes na comunidade: condições de infra-estrutura da área; creches, escolas, centros de trabalho, comércios, indústrias, entidades religiosas, farmácias, áreas de lazer, posto policial, etc.; transportes e meios de comunicação; lideranças formais e informais concretizando uma das abordagens locais mais efetivas da promoção de saúde.

Em nossa experiência, foram realizados trabalhos de conscientização e coordenação das ações intersetoriais das comunidades assistidas, do setor público (Saúde, Educação, Meio Ambiente, Obras, Serviço de Assistência Social etc.) e do setor privado; procurando dar resolução aos problemas identificados. Buscando ainda apoio necessário para o complemento efetivo do trabalho, através de interligações pertinentes com instituições e organizações políticas, sociais, religiosas, organizações não governamentais e Universidades.

Alcançando uma real cooperação intersetorial na execução dos projetos, estabelecendo e fortalecendo as parcerias.

Na Participação Comunitária, estimulada na solução de seus próprios problemas, a população exerce o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das Políticas Públicas Saudáveis, efetivadas no trabalho conjunto com as associação de moradores dos bairros, propiciando atividades relacionadas a saúde, educação, cultura, alimentação, nutrição, condições de moradia, emprego e lazer; promovendo intercâmbio com instituições municipais, estaduais e federais, pessoas físicas e jurídicas que possam contribuir nos espaços onde as pessoas estudam trabalham, se divertem e amam; promovendo diálogos, compartilhando conhecimentos e experiências, estabelecendo um compromisso formal para implementar um plano de ação para desenvolvimento sustentável e melhoria das condições sociais a longo prazo na criação de alianças estratégicas efetivas (OPAS/OMS, 2002).

A Constituição de 1988 garantiu a participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação das políticas de saúde e no controle da execução, desde o nível federal até local. As associações são um exemplo de participação popular no controle social, na identificação e solução das questões referentes ao território abrangido, um incentivo à cidadania. Participa apoiando a equipe na educação e promoção de saúde, realizando atividades de cultura e lazer. Que tem como resultante o interesse nas ações, não somente confiando, mas também controlando, fiscalizando, contribuindo e compartilhando a responsabilidade. (OPAS/OMS, 2002)

Outra forma de exercer a cidadania se dá através dos Conselhos de Saúde, com composição paritária entre usuários, de um lado, governo, profissionais de saúde e prestadores de

serviços, de outro; além das Conferências de Saúde que têm como objetivo definir as prioridades e linhas de ação governamental no campo da saúde, fortalecendo a democracia, os direitos humanos e o desenvolvimento sustentável.

### **...quais foram os ganhos, as maiores dificuldades, as falhas cometidas...**

A avaliação tem um papel primordial no processo de promoção e proteção da saúde, porque permite aos indivíduos e às comunidades tomarem decisões, contribuindo para o empoderamento, um dos conceitos básicos da estratégia da promoção da saúde, o que implica no fortalecimento da justiça social. Servindo como um importante mecanismo de retroalimentação para todos os participantes do processo, ajudando e legitimando as atividades da promoção de saúde. (OPAS/OMS, 2002)

A avaliação do trabalho pode considerar-se adequada devido ao bom nível de satisfação da população em relação ao serviço prestado; ao desempenho da equipe de saúde que mostra qualidade no atendimento e satisfação do profissional e as mudanças nas condições de saúde da população e na qualidade de vida verificadas após o início de trabalho.

As ações de educação em saúde, começam a dar resultados: elevou-se a cobertura vacinal, os atendimentos de enfermagem foram mais efetivos e levados até os domicílios, valorizou-se as atividades da enfermagem sendo feita uma consulta de classificação e triagem. A qualidade da consulta médica permitiu uma melhor relação médico-paciente, o médico valendo-se fundamentalmente de sua experiência clínica, acompanhamento do histórico de cada paciente e um exame

clínico minucioso, pode fazer um diagnóstico precoce e ser mais resolutivo nesse nível de atenção. As gestantes realizam o pré-natal, são realizadas as consultas de Puericultura periodicamente, é maior o número de mães que amamentam; a aderência de hipertensos, diabéticos, tuberculosos e outras doenças proporcionou o controle dos tratamentos prescritos; na atenção à mulher realiza-se a citologia oncológica além da orientação sobre planejamento familiar; a mortalidade infantil diminuiu e reduziram-se as internações hospitalares.

Por outro lado, no decorrer deste período, temos observado e colhido, junto à população envolvida, dados sobre os benefícios que estas ações vem trazendo à população, uma vez que a mesma vem se mostrando receptiva às orientações, comparecendo às consultas e reuniões de grupos sempre que convocada, participando ativamente na identificação dos problemas, na priorização dos mesmos e na busca conjunta das soluções.

Utilizamos o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) já existente e estamos na preparação e organização de um sistema de informação próprio, surgido a partir de uma necessidade identificada que serviria como complemento daquele e como instrumento de planejamento local, que, segundo a realidade, nos proporciona reorganização das práticas de trabalho.

Desta forma, é importante que o projeto em andamento passe por um processo de estudo, análise e avaliação que explicitem quais foram os ganhos, as maiores dificuldades, as falhas cometidas e as alternativas propostas para a solução dos problemas, obtendo-se subsídios que dêem base para a continuidade da proposta.

## Referencias Bibliográficas

CAMPOS G.W.S. (2000) – “Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valos de uso e a democracia em instituições: o método da roda”. São Paulo: Hucitec.

CORREA, C. R. S., et al (2000) - |Programa Cidades Saudáveis. Projeto 00/020-3 – FAPESP.

LORA, A. P. (2002) - Acessibilidade aos Serviços de Saúde. Documento em fase de qualificação de Mestrado em Saúde Coletiva na FCM/UNICAMP (Doc. Interno).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1996)– Saúde da Família: Uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Mimeo, Brasília.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) – Programas e Projetos de Saúde. Página do Ministério da Saúde disponibilizada no site: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br).

NORONHA, A. B. (2003)– Compreendendo o Temário da Conferência. Revista RADIS. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUS).

OPAS/OMS (1986) - Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. OPAS/OMS.

OPAS/OMS (2002) - Municípios e Comunidades Saudáveis: Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida. Publicação

Científica da Divisão de Promoção e Proteção da OPAS/OMS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDREIRA (1995) – Projeto para Inserção de Pedreira na Condição de Município Saudável. Documento Interno.

UNGLERT C.V.S. (1995) – O Processo de Territorialização em Saúde no Município de São Paulo. In: Teixeira C.F., ed. Construindo Distritos Sanitários: a experiência da Cooperação Italiana no Município de São Paulo. HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde.

UNGLERT C.V.S. (1995) – Territorialização em Saúde: A Conquista do Espaço Local Enquanto Prática do Planejamento Ascendente. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Tese para Concurso de Livre-Docência.