

**O processo de  
construção da rede  
de municípios  
potencialmente  
saudáveis**



**UNICAMP**

Universidade Estadual de Campinas

Reitor

Carlos Henrique de Brito Cruz

Coordenador Geral da Universidade

José Tadeu Jorge

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

Rubens Maciel Filho

---

Projeto Gráfico Capa e Diagramação  
Alex Calixto de Matos - Preac - Unicamp

Foto Capa  
Neldo Cantanti - Ascom - Unicamp

## **ORGANIZADORA**

**Profa. Dra. Ana Maria Girotti Sperandio**

Coordenadora no Brasil da iniciativa Regional da Construção  
da Rede de Comunicação de Municípios Potencialmente

Saudáveis - OPAS

Pós-doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva da  
UNICAMP

## **COLABORADORES**

**Prof. Dr. Rubens Maciel Filho**

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

**Prof. Dr. Roberto Vilarta**

Assessor Especial da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos

**Prof. Dr. Carlos Silveira Correa**

Prof. Dr. do Departamento de Medicina Preventiva da  
UNICAMP

**Prof. Dr. Humberto de Araújo Rangel**

Presidente do IPES

**Dr. Miguel Malo Serrano**

Coordenador no Brasil da Organização Pan-Americana de  
Saúde para a Promoção da Saúde

**Profa. Lenira Zancan**

Profa. Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ

**Dr. Eduardo Francisco Mestre Rodriguez**

Coordenador da Saúde da Família de Pedreira - SP

**Dr. Adriano Peres Lora**

Médico da Família de Pedreira - SP



# SUMÁRIO

Prefácio.....	07
Apresentação.....	11
Os Parceiros.....	21
A Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis: a universidade deve fazer parte.....	29
A promoção da saúde e suas perspectivas.....	33
Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão.....	45
Pedreira, por uma vida saudável.....	61



# PREFÁCIO

## **O papel do IPES, uma ONG, na construção de uma Comunidade Saudável**

Prof. Dr. Humberto A. Rangel  
Presidente do IPES

Amina Lawal, negra nigeriana, 31 anos, analfabeta, condenada ao apedrejamento por ter tido um filho após o divórcio, foi finalmente absolvida em 25 de setembro 2003. Não conhecia pessoalmente a Amina e dificilmente terei oportunidade de encontrá-la algum dia. Também não conheço os bilhões de seres humanos que tem “fome e sede de justiça” e são sacrificados diariamente por uma ordem social iníqua, à minha revelia. No entanto no caso de Amina, contribui para a sua absolvição.

As razões alegadas para essa absolvição que contraria a legislação penal da Sharia foram técnicas: nem a prisão, nem a confissão foram consideradas legalmente válidas. Argüiu-se também a possibilidade de uma longa incubação do sêmem do marido. Mas, atrás dessa alegação processual, técnica, está a enorme pressão sobre os dirigentes do país e sobre o tribunal, exercida por uma coalizão de vários grupos de mulheres nigerianas e de organizações pelos direitos humanos intimamente relacionados com a Anistia Internacional que reuniu, em todo o mundo, mais de 10 milhões de assinaturas, além da minha, em favor de Amina.

Foram essas ONGs que me fizeram sentir co-responsável pela sorte de Amina e chorar, exultante, com o desfecho como

se eu, eu sozinho, a minha assinatura isolada tivesse tido o condão de mudar um destino que parecia inexorável. Acredito que os demais 10 milhões tiveram a mesma sensação de pertencimento a uma nova ordem, um novo rumo para uma Comunidade Saudável. Nós contamos, nós somos importantes, Amina vive. Amina é importante. Amina negra e analfabeta foi ouvida e respeitada...

O exemplo acima expressa bem o que considero ser o principal papel de uma ONG na construção de uma Comunidade Saudável: a mobilização de parceiros para a construção de novos paradigmas, uma construção coletiva, onde cada um de nós se sente o responsável pela força da ação de milhões de seres porque pertencemos a esse novo mundo, porque temos fortes vínculos com os outros seres, cujos nomes desconhecemos e cujos rostos nunca vimos.

As ONGs podem ter um papel assistencialista e não as condenamos por isso. “Dai de comer a quem tem fome, daí de beber a quem tem sede”. É necessário sobreviver, mesmo nesta “Vida Severina”, para manter o fluxo da vida enquanto se espera a chegada de novo dia.

Mas a sua principal força e missão está no preparo para esse novo dia, através do despertar dos traços distintivos do humano - o potencial criativo e afetivo que existe em cada ser – da sua capacidade de interagir positivamente com os outros seres humanos e os demais seres do planeta; da sua capacidade estabelecer uma rede de interações, onde a diversidade não é apenas aceita mas é bem-vinda, porque propicia uma enorme variedade de oportunidades.

O Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES – caminha na direção desse horizonte que parece se afastar na medida em que buscamos nos aproximar. Começamos com



um breve contato com outras ONGs, numa pequena região de um bairro, com 2 voluntárias, aprendendo a conhecer a comunidade para estabelecer um pequeno núcleo de Saúde da Família, uma expressão que na época era considerada o equivalente de um palavrão. As tentativas de conseguir apoio dos órgãos públicos foram frustradas durante dois anos. Mas prosseguimos na tentativa de estabelecer parcerias e hoje desenvolvemos projetos contando com a participação e apoio da UNICAMP, da OPAS-OMS, do Serviços de Saúde Cândido Ferreira, da Prefeitura de Campinas e da Prefeitura de Pedreira. Participam desses projetos, docentes, alunos e funcionários de diferentes órgãos e unidades da Universidade (como a PREAC, Extecamp, a Funcamp, CEMIB, NIED, FCM, IA, IB, FEF, NIDIC) profissionais de várias Secretarias dos Municípios de Campinas e de Pedreira, e membros da comunidade.

Este núcleo de parcerias está sendo expandido para estabelecer, inicialmente, uma rede de Prefeituras do Estado de S.Paulo. Está sendo implantado um novo servidor para ampliar a capacidade da rede destinada a acolher, no site em construção do IPES, esses novos parceiros que estão desenvolvendo experiências inovadoras. Atualmente eles já podem se cadastrar no site [www.comunidadesaudavel.unicamp.br](http://www.comunidadesaudavel.unicamp.br) para receber notícias via e-mail sobre a Programa Comunidade Saudável.

Esperamos que, no futuro, Prefeituras de outros Estados Brasileiros venham a participar também desta rede e, obviamente, a tendência ao crescimento apontará para a direção de outros países da América Latina.

O IPES espera ter um papel aglutinador de parcerias à semelhança do papel desempenhado pela Anistia Internacional no caso de Amina. No final ele será apenas uma assinatura no meio de 10 milhões de outras que buscam contribuir para

implantar um novo paradigma de relações humanas para construção de uma Comunidade Saudável. Diremos então, com orgulho, que pertencemos à raça dos humanos.

# APRESENTAÇÃO

## **O processo de construção de uma Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis: você faz parte**

Ana Maria Girotti Sperandio <sup>1</sup>

O objetivo desta publicação é ser um instrumento de divulgação das palestras ministradas para os líderes políticos e da comunidade dos Municípios da Região de Campinas e outras áreas do Estado de São Paulo que participam do processo de trabalho que tem como meta construir uma Rede de Comunicação e Informação para o desenvolvimento de projetos articulados na perspectiva de uma comunidade saudável.

A intenção da Rede é desencadear um processo de construção de teias de saberes e práticas propiciando subsídios para renovação de ações intersetoriais na direção da qualidade de vida, onde os atores sociais estejam no mesmo nível, o horizontal; fazendo parte da Rede e interagindo entre si, mas, mantendo as suas individualidades.

Outro propósito deste trabalho é buscar fortalecer os diferentes atores, coletivamente, no sentido da participação

---

<sup>1</sup> Coordenadora no Brasil da iniciativa Regional da Construção da Rede de Comunicação de Municípios Potencialmente Saudáveis-OPAS. Pós-Doutoranda do Dep. de Medicina Preventiva da UNICAMP. Membro do Centro de Pesquisas e Documentação para Municípios Saudáveis - CEPEDOC/FSP/USP.

transformadora, aquela que você transforma e é transformado, ou seja empoderamento compartilhado.

Tem como objetivos também colaborar na construção de estratégias que resgatem valores e desejos dos atores sociais em relação ao seu espaço – na teoria e prática e provocar processos de sensibilização, mobilização e participação em diferentes atores que desejem espaços saudáveis. Assim sendo, promover uma interação entre pessoas de forma a desencadear um movimento para que repensem e reconstruam projetos no interior dos seus espaços abrindo a possibilidade de construção de uma Rede de Comunicação para dentro e fora do Município.

Os processos metodológicos estão ainda em construção e em movimento o que significa que não se tem um método ou um modelo pronto, inacabado. O que existem são maneiras e experiências de trabalhar diferentes. Estamos aprendendo juntos como fazer e dar a sustentabilidade necessária a proposta.

O que tem permeado os processos metodológicos é a perspectiva da Promoção da Saúde em que se deve desenvolver a autonomia das pessoas, empoderamento, a inter e a intrasetorialidade, mobilização social e participação.

Estas estratégias, citadas no parágrafo anterior, são os principais eixos do processo de trabalho.

A participação na construção desta Rede de diferentes atores sociais que vivem e vivenciam diferentes espaços e com experiências e desejos diversos é fundamental para nortear o processo metodológico de trabalho. O processo compreende o estabelecimento de uma rede de saberes contínuos onde se aprende a compartilhar e a refletir sobre novas formas de pensar e reconstruir planejamentos que busquem um espaço saudável, a qualidade de vida.

É relevante ter a percepção do assunto de Município/Cidade Saudável,mas, enquanto participante e morador de uma área, município ou bairro, não apenas como gestor e produtor de projetos. Deve-se aprender a conhecer, a gostar e a respeitar as pessoas e os espaços onde se circula. Respeitar no sentido de querer bem e almejar algo melhor que ultrapasse o estágio atual.

O conceito de cidade saudável nasceu no movimento sanitário do final do século XIX, por meio das cidades-jardim da Inglaterra pós-revolução industrial. Mas, apenas em 1984 no Beyond Health Care Conference no Canadá, a idéia de Cidade Saudável foi mencionada pela primeira vez; na América Latina, o movimento só teve início da década de 90.

Município/Comunidade /Espaço Saudável segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, é uma estratégia para promover a saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde elas estudam, trabalham, se divertem, amam e vivem (OPAS 2002).

A coordenação desta Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, entende promoção da saúde, como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um instrumento de resgate da cidadania – transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito (SPERANDIO, 2001).

Desta forma, devemos reconstruir saberes não apenas na direção da saúde, mas, seus próprios atores sociais devem ampliar e chamar os seus parceiros para colaborarem na reconstrução de uma nova proposta que permita mais articulações e movimentos. Além disto, o setor saúde deve se reorganizar na direção das premissas do Sistema Único de Saúde

porque é a partir dele ou junto com ele que estamos reaprendendo a pensar saúde com as diferentes áreas: educação, transporte, ambiente...

Segundo Pivetta, a promoção da saúde deve se dar na implementação de processos de construção, (re)qualificação e reconstrução de espaços urbanos mais saudáveis de forma, a capacitar o cidadão a reconhecer a importância do seu território a as relações geradas pela dinâmica social de quem viva nele; para a autora, o território deve desenvolver e propiciar meios do homem (re)elaborar a consciência dos seus direito como: ao ambiente, ao pertencimento, à comunidade e à cultura (PIVETTA In: ZANCAN, BODSTEIN & MARCONDES, 2002).

Essas autoras e outros autores, recriam novas possibilidades de pensar a saúde, favorecendo um sentido mais amplo para a definição da OPAS, que refere que promoção da saúde é o processo de capacitar a população para melhorar as suas condições de saúde e aumentar o seu controle sobre as mesmas (OPAS, 2002; MS, 2002).

Um eixo de trabalho considerado importante é a participação. Este processo de trabalho, está disponível a todos que considerarem importante participar no sentido mais amplo, ou seja, participação para transformar algo (SPERANDIO, 2001; BODERNAVE, 2001), e assim, se rever as ações, não apenas na lógica da saúde, mas, junto com os diferentes setores da sociedade no sentido de buscar para todos o empowerment (fortalecimento do capital social) para colaborarmos na reconstrução coletiva das políticas públicas que vão à direção da melhoria da qualidade de vida.

Deve-se lembrar, que investir no ser humano, na sua formação e informação, em diferentes áreas é algo valioso. É fundamental ter claro que não vamos construir projetos para

outras pessoas mas sim, com outras e para todos nós, não devemos nos excluir do processo como se fossemos os detentores do saber.

Vale neste momento citar Paulo Freire: “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1999); deve-se aprender a respeitar e a escutar o conteúdo das pessoas e demonstrar que existem limites e que se deve aprender a transportá-los, possibilitando outros.

O outro eixo importante na construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis é a intersetorialidade que é considerada por alguns autores como a articulação de saberes e experiências no planejamento. Junqueira descreve que a rede é complementar à dimensão intersetorial das políticas sociais, pois ela só se viabiliza através da interação de pessoas, instituições, famílias, municípios, estados, mobilizados a partir de uma idéia coletiva. A eficácia da gestão das políticas sociais depende não apenas da intersetorialidade, mas também da formação de redes para otimizar os recursos na construção de uma cidade saudável (JUNQUEIRA, 1998).

Para Zancan, a intersetorialidade é colocar em prática em conjunto com a participação social, uma nova forma de gestão pública em que ocorre a co-responsabilização dos diversos segmentos que compõe a sociedade - governamental, do mercado e da sociedade civil (ZANCAN, 2002).

Talvez nesta Rede vamos (re) aprender, o caminho de como na prática podemos planejar, construir, avaliar com e não para os diferentes atores e grupos sociais.

Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, foi assim chamada porque devemos considerar que estamos coletivamente criando um processo em que há um movimento constante de

trocas de sucessos e dificuldades e constante compartilhar, com o objetivo de ser o saudável, mas, não como um estágio final pois, desta forma, não teríamos que almejar o novo ou o melhor.

A proposta da elaboração de um projeto de construção da Rede Regional nasceu em outubro de 2002 no “Foro de Promoción de la Salud en Iãs Américas”, em Santiago do Chile. Neste evento, ocorreu a apresentação do Guia para os Prefeitos Promoverem a Qualidade de Vida, da Organização Pan-Americana de Saúde, pela Dra Marilyn Rice, Coordenadora Regional em Comunicação em Saúde e Ponto Focal de Municípios/ Comunidade Saudáveis da Divisão de Promoção e Proteção da Saúde em Washington. A Dra Ana Maria Girotti Sperandio discutiu com a Coordenadora da OPAS e o Dr Miguel Malo, Coordenador da Divisão da Promoção da Saúde no Brasil, a idéia de avaliar e acompanhar mais detalhadamente a utilização deste Guia com a perspectiva de elaborar um instrumento qualitativo e paralelamente construir uma rede de comunicação entre algumas as cidades. A idéia foi aceita, e o trabalho se iniciou em fevereiro de 2003.

A proposta inicial era de avaliar a utilização pelos municípios do Guia e desencadear um processo de construção da Rede de Comunicação de Municípios Saudáveis em uma lógica diferente, em que por meio de reuniões com diferentes representantes dos municípios, - gestores, líderes da comunidade – são levantadas as principais dificuldades e discute-se o assunto mostrando exemplos que deram certo em outros locais. Cada reunião acontece em um Município, que voluntariamente, cede o espaço para o desenvolvimento das atividades que seriam: a palestra, segundo as necessidades dos participantes, as discussões sobre o assunto abordado e o esboço de projetos.



Oito meses depois do início, a Rede está composta por 16 municípios e uma Região de Campinas, a saber: Jundiaí, Louveira, Vinhedo, Valinhos, Itatiba, Morungaba, Pedreira, Itupeva, Salto, Indaiatuba, Hortolândia, Holambra, Atibaia, Leme, Guaratinguetá, Região dos Amarais em Campinas. Cada espaço destes tem uma especificidade, sucessos e dificuldades que merecem ser conhecidos em uma outra lógica, a da coletividade no qual você desempenha um papel importante na construção da transformação da vida nestes espaços. Foi realizada a primeira avaliação, referente à forma de trabalho entre os representantes dos Municípios e Comunidades. Dos 10 Municípios participantes da avaliação, 100% aprovaram a forma de trabalho.

Apesar de pouco tempo de atividade, alguns municípios da Rede, por meio dos seus representantes, reformularam ou desenvolveram algumas novas propostas de projetos após as atividades da Rede e outros já estão colocando em prática.

E, uma das metas para alcançar, em paralelo ao desenvolvimento da Rede, é as formas de sustentabilidade, junto com os diferentes atores sociais envolvidos, para trazer novos espaços e levar a experiência até então acumulada, em que primordialmente se consiga a negociação e resolução dos diversos conflitos buscando novos caminhos.

Merece destaque a parceria, estabelecida entre a Universidade - Universidade Estadual de Campinas, - UNICAMP, o Instituto de Pesquisas Especiais para Sociedade - IPES (Organização não Governamental), e a Organização Pan-Americana de Saúde que estão se reunindo para, junto com os Municípios, aprenderem a criar espaços onde podemos coletivamente transformar a informação em sabedoria de forma a utilizá-la para melhoria da qualidade de vida.

Os palestrantes, que abordam os diferentes assuntos levantados nas reuniões mensais pelos participantes das Cidades, são indicados conjuntamente com o Dr. Miguel Malo Serrano da OPAS, que muito tem apoiado, não apenas com recursos mas principalmente com a sua experiência e demonstrado confiança no avanço do trabalho.

Nesta publicação, que se dará em volumes, serão apresentados 3 das 8 palestras ministradas para os Municípios que participam da Rede.

A primeira palestra foi em fevereiro de 2003, em que o Dr Miguel Malo, que abordou sobre a promoção da saúde de uma forma ampla, enquanto instrumento importante para reconstruir a responsabilidade social, fazendo parte do primeiro capítulo deste livro.

O capítulo II, é sobre a intersectorialidade, pois os participantes da Rede queriam discutir o assunto. Foi convidada a Profa. Lenira Zancan da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) que transcorreu sobre o tema com propriedade, apontando a intersectorialidade como construção coletiva dos problemas e das alternativas de solução.

No capítulo III, deste volume, está a fala do Dr Eduardo Mestre Rodriguez, Coordenador de Saúde e do Programa de Saúde da Família de Pedreira, que apresentou sua experiência e técnica de como construir a intersectorialidade. Com seu acúmulo e vivencia no assunto, ele falou de maneira dinâmica do trabalho que tem sido desenvolvido em sua Cidade, sensibilizando assim, os participantes.

A função da coordenação é o de colaborar no desenvolvimento da Rede no sentido de formar uma teia de experiências e informações, independente de partidos políticos. Para tal, preciso de você, ator social, não apenas do coadjuvante

mas daqueles que protagonizam e dão movimento às ações.

#### Referências Bibliográficas

Bordenave JD, (1994) - O que é participação. 8a. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense; Coleção Primeiros Passos.

Freire P, (1999) - Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 13a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Junqueira, LAP, (2002) - Políticas Sociais na Cidade: gestão e sustentabilidade. Documento interno.. Aula em Power-Point para a Rede do Cepedoc, SP, FSP/USP.

Ministério da Saúde, (2002) - Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. (documento para discussão). Brasília: Ed. MS.

Organización Panamericana de la Salud, (2002) - Municipios y comunidades saludables. Guia de los Alcades para promover calidad de vida. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC, OMS.

Sperandio A.M.G, (2001) - Construção de um projeto de saúde ocular para crianças – Análise da participação, Morungaba, SP-2000. Tese de Doutorado, São Paulo – Faculdade de Saúde Pública – USP.

Zancan L e col., (2002) - Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manguinhos. Abrasco/Fiocruz, 5: 20-35.



# **Os Parceiros...**

## **A Rede Regional de Municípios e as Perspectivas de Inovação em Tecnologias Sociais**

**Prof. Dr. Rubens Maciel Filho  
Prof. Dr. Roberto Vilarta**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários  
UNICAMP  
PREAC**

A Universidade Estadual de Campinas, através da sua Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, apóia a iniciativa de formação da rede de municípios potencialmente saudáveis, coordenada no Brasil pela Profa. Dra. Ana Maria Girotti Sperandio, Pós-Doutoranda da Faculdade de Ciências Médicas, e ligada à estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis da Organização Pan-americana da Saúde - OPAS.

A universidade entende que esta é mais uma etapa da continuidade de interação interinstitucional envolvendo os pesquisadores da UNICAMP e os municípios através de suas prefeituras, hospitais e as instituições de fomento à melhoria das condições de saúde e qualidade de vida de populações carentes. Nossa experiência nessa área, em especial da Pró-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, advém da materialização de projetos iniciados em 1997 em parceria com o IPES - Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade - dirigida à construção de novos horizontes sobre as questões e desafios relacionados à educação, saúde e economia solidária de pessoas que vivem nos 5 bairros que compõem a Região dos Amarais em Campinas.

Nesse período de parceria com o IPES, compreendido entre 1997-2003, realizou-se a estruturação de ações acadêmicas integradas ao desenvolvimento daquela comunidade, consolidadas com a realização de três encontros científicos sobre temas da comunidade saudável, economia solidária e educação continuada. Outras ações vêm sendo materializadas pelas participações e relatos de experiências nos dois Fóruns Sociais Mundiais realizados no Brasil, oferecimento de cursos de formação e capacitação para agentes comunitários, desenvolvimento de projetos de políticas públicas financiados pela Fapesp, palestras sobre temas atinentes à importância da

ciência e da sociedade, implantação de banco de dados sobre as famílias dos bairros envolvidos, implantação do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa-Ação – LIPA, produção de vídeos por agentes comunitários, desenvolvimento de Jogos do Saber sobre dengue, elaboração de projeto visando implantação de Núcleos de Ensino à Distância, formação de convênio de colaboração entre UNICAMP, Prefeitura Municipal de Campinas e de Pedreira, IPES e Fundação Cândido Ferreira para desenvolvimento de Cursos de Extensão para Agentes Comunitários de Saúde e, recentemente, a edição de livro com relato dos aspectos históricos, conceituais e metodológicos que orientam essas parcerias.

A experiência consolidada por essa parceria interinstitucional nos permite afirmar que estamos aprofundando nosso conhecimento sobre o desenvolvimento de metodologias e tecnologias sociais dirigidas à promoção da saúde, qualidade de vida, educação e desenvolvimento sustentável em comunidades carentes. As primeiras reflexões e resultados do trabalho desenvolvido nessas comunidades mostram o favorecimento das condições para o auto-reconhecimento da cidadania das pessoas que ali vivem, possibilidades de progressão e ampliação das habilidades e capacidades para manejo da realidade.

A UNICAMP é reconhecida, tanto no cenário nacional quanto internacional, como universidade inovadora na aplicação de metodologias científicas, notadamente nas áreas de alta tecnologia das indústrias químicas e desenvolvimento de patentes e produtos hoje disseminados por todo o mundo, como as fibras ópticas, além de inúmeras outras iniciativas nas mais variadas áreas do conhecimento.

Recentemente vê-se que o conceito de inovação ultrapassa o campo da aplicação tecnológica das engenharias, ciências exatas e biológicas, envolvendo também outras áreas como as aplicações da educação continuada e das políticas públicas voltadas à **disseminação do conhecimento** e suas aplicações para melhoria da qualidade de vida das populações.

O mundo vive um momento histórico do desenvolvimento humano caracterizado pelo conceito de economia ou sociedade do conhecimento que ultrapassa a simples capacidade de produção e reprodução industrial (VOGT, 2003). Nessa sociedade inovadora, são valorizados aspectos que não se reduzem apenas à quantidade de bens produzidos e comercializados a preços acessíveis, mas, principalmente, outras condições como a diferenciação do produto segundo demanda específica, avaliação de interesses e necessidades, multiplicação dos produtos e serviços com sua disponibilização facilitada aos consumidores, além do acompanhamento dos níveis de satisfação ou problemas decorrentes do consumo.

Sempre vale lembrar que o desenvolvimento atual, observado nas relações entre os diversos componentes que estruturam **essa sociedade** do conhecimento, e a relativa democratização do acesso ao conhecimento, percebida hoje com a disseminação das tecnologias da informação, não acontecem por acaso ou por geração espontânea. São, na realidade, sempre acompanhados por crescimento das bases do conhecimento científico, aplicação dos resultados das pesquisas em situações reais de produção e, também, da capacidade de assimilação das inovações pelos atores sociais, gestores, professores, comunidades e instituições capacitadas para perceber, entender e adaptarem-se às exigências provocadas pelas mudanças.



A **sociedade do conhecimento** vem influenciando também a área das políticas públicas. Esse tema tem dominado o interesse dos pesquisadores com resultados expressivos em termos de publicações e realizações de projetos financiados pelas agências de fomento. Esses projetos, em nosso país, voltam-se para a análise das realidades brasileiras e buscam atingir as populações por meio da conversão do conhecimento atual em benefícios sociais reais.

Entendemos ser possível, neste caso, a inovação tecnológica voltada aos interesses da sociedade, no campo das políticas públicas, aproveitando os potenciais estabelecidos na comunidade acadêmica, contando com essas experiências e rotina de produção do conhecimento que inclui a estruturação dos projetos, implementação, acompanhamento e avaliação dos resultados.

Define-se, assim, uma nova lógica institucional para a qual concorrem a fundamentação pedagógica e científica, essenciais na formação de pessoas e no desenvolvimento de tecnologias.

Desenvolver inovação em tecnologias sociais significa, também, favorecer a estruturação de respostas adequadas às demandas das pessoas e a ampliação do acervo cultural das comunidades, além de ampliar as formas para compartilhar seus problemas, estejam eles relacionados à nutrição das crianças, controle de doenças crônicas, educação continuada e práticas de recreação ou lazer.

Considerando esses princípios, a UNICAMP estimula o estabelecimento de alianças estratégicas efetivas voltadas para a realização de diagnósticos sobre condições de saúde, participação comunitária, desenvolvimento de planejamentos estratégicos em ações específicas, cooperação técnica, apoio à

formulação de políticas públicas, acompanhamento e avaliação de resultados em municípios e comunidades saudáveis.

Tais alianças, caracterizadas pela formação pactuada de grupos de instituições interessadas no desenvolvimento sustentável e socialmente responsável, podem proporcionar influência potencializada, principalmente sobre as condições de saúde das populações que envolve aspectos da educação, alimentação, direitos humanos, ambiente, qualidade de vida e relações sociais.

Incorpora-se aqui o conceito de “política pública saudável” da OPAS como aquela que favorece a criação de ambientes apropriados para a realização da vida com saúde e a opção individualizada por condições e hábitos saudáveis. Além disso, disponibiliza, de modo transparente, informações sobre a aplicação dos recursos relativos à prática administrativa, bem como os resultados sobre a infra-estrutura municipal de apoio à constituição dessa política ( OPAS/OMS, 2003).

A Universidade tem realizado ações ligadas ao desenvolvimento de metodologias e tecnologias sociais dirigidas à promoção da saúde, qualidade de vida, educação e desenvolvimento sustentável em populações carentes. Esta experiência a qualifica como parceiro estratégico na constituição de programas de políticas públicas saudáveis.

Sabemos também que os benefícios não atingem apenas as pessoas das comunidades participantes dos programas e projetos de integração. Docentes e alunos, envolvidos em projetos comunitários, são incitados à criação de novas metodologias voltadas para a resolução de problemas nem sempre presentes na rotina laboratorial ou relacionados aos paradigmas instituídos pelos marcos teóricos que fundamentam uma linha de pesquisa.

Também o processo ensino-aprendizagem adapta-se a configurações inovadoras, nas quais nem sempre é o docente a ensinar e o aluno a aprender. Por vezes, ambos tornam-se parceiros na resolução de problemas da comunidade. Outras vezes, as próprias pessoas participantes dos programas gerenciam as adversidades, modificam os processos e introduzem soluções não esperadas pelos pesquisadores e alunos, exercitando assim o processo criativo inovador.

Constroem-se assim, relações acadêmicas diferenciadas das tradicionais formalizadas em aulas expositivas, estudos em bibliotecas e apresentação de trabalhos. Professores e alunos passam a perceber diferenciais acadêmicos em uma prática estruturada pela vivência comunitária : criam-se novas demandas por projetos de pesquisa, interagem com os conteúdos das disciplinas e estágios profissionalizantes e envolvem-se com a comunidade que passa a conhecer e relacionar-se com o universo do conhecimento, formas de acessibilidade e empoderamento individual e comunitário sobre os aspectos de suas vidas, seu ambiente e as políticas que vivenciam.

A UNICAMP acredita na institucionalização da **Iniciativa Regional de Municípios Saudáveis** e espera contribuir para o debate das estratégias de sua aplicação, ampliando o impacto sobre o ensino e da pesquisa, através da extensão comunitária e da elaboração de projetos de políticas públicas, disponibilizando a infra-estrutura, orientação e envolvimento de pessoas no estabelecimento das parcerias e convênios.

## **Referências Bibliográficas**

OPAS/OMS, (2003) - Municípios e Comunidades Saudáveis : Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Brasília.

VOGT, C. A, (2003) - Utopia da solidariedade social e os desafios ecológico e tecnológico. Boletim semanal eletrônico dedicado à inovação tecnológica. Acesso em 30 de julho (<http://www.inovação.unicamp.br/colunistas>).

## **Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis: a universidade deve fazer parte**

Prof. Dr. Carlos Silvera Correa <sup>2</sup>

O conhecimento biomédico já é capaz de explicar inúmeros aspectos das doenças e, por esse motivo, vem conseguindo controlar um grande número delas. Apesar dessa ação sobre as doenças, constata-se que as pessoas continuam doentes. Cada vez mais. E isso significa sofrimento para elas e custos para o Estado e para a Sociedade.

As pessoas adoecem por sua interação com o meio-ambiente e a sociedade. São hábitos relacionados com o consumo de drogas, como o álcool e o tabaco, com o consumo de alimentos ricos em gorduras e com a vida sedentária, é a falta de lazer e é a violência, que se mostra de forma evidente e acachapante nos diferentes indicadores epidemiológicos.

As ações de Promoção da Saúde vêm se firmando, em todo o mundo, como uma forma de enfrentamento dessa situação.

Sem negar os avanços biomédicos, muito pelo contrário, uma vez que busca torná-los acessíveis à sociedade, a Promoção da Saúde visa elevar a qualidade de vida das pessoas, melhorando seu estilo de vida, a sua interação com o meio-ambiente, por meio de ações que tenham sustentabilidade e que, ao mesmo tempo, levem ao empoderamento das pessoas envolvidas.

---

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP

Para tanto é necessário entrar na esfera das ações das políticas públicas envolvendo o Estado e as diferentes comunidades e organizações que atuam nas áreas onde essas ações vão ser desenvolvidas. A Universidade, principalmente a pública, não pode deixar de participar, uma vez que o conhecimento humano estará avançando como, por exemplo, no estudo das ações que as redes de apoio da sociedade exercem, e no questionamento dos próprios valores da sociedade, que poderão ser questionados.

# **Compartilhando Saberes...**





## CAPÍTULO I

# A Promoção da Saúde e suas Perspectivas

Dr. Miguel Malo Serrano <sup>3</sup>

### Antecedentes

Apesar de na história do pensamento ocidental haver sempre uma vinculação entre condições de vida e saúde, com a hegemonia da perspectiva biomédica se reduziu o conceito de saúde à ausência de doença (RESTREPO; MÁLAGA, 2001) Tanto que se poderia afirmar que no imaginário coletivo, em nossa sociedade, quando se fala de atenção à saúde, na verdade, significa atenção à doença. Quando se fala de reforma da saúde, na verdade é reforma dos serviços de atenção à doença.

Há evidências de que o peso social das doenças, seqüelas e mortes prematuras atuais está cada vez menos vinculado a mudanças e expansões do fluxo de recursos para os serviços de saúde e que há uma crescente necessidade de recursos para satisfazer a voraz incorporação e expansão de tecnologias que independem dos apontamentos epidemiológicos e avaliativos. (EVANS, 1996)

Em resumo, poder-se-ia afirmar que esta perspectiva hegemônica gera serviços e políticas de saúde que não conseguem enfrentar a complexidade dos problemas de saúde apesar dos enormes avanços tecnológicos do século 20. Esta

---

<sup>3</sup> Coordenador da área da Promoção da Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde no Brasil.

realidade exigiu, por parte dos organismos nacionais e internacionais vinculados à saúde pública, procurar respostas que dessem conta desta dificuldade.

Já no ano de 1974, o relatório Lalonde, ao evidenciar que o tradicional padrão assistencial era o componente de campo da saúde que menos efeito parecia ter para promover uma melhor saúde, foi um suporte importante para a Declaração de Alma Ata em 1978, a mesma que ampliou a visão do cuidado da saúde da sua dimensão setorial ao de envolvimento

da própria população, superando o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde, ao valorizar a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social. Com isto, a Conferência de Alma Ata estabelece as bases para o que se chamaria, posteriormente, promoção da saúde. (MS, 2001)

Em seguida, no Canadá, no ano de 1986, o Relatório EPP, ao estabelecer a necessidade de políticas externas ao setor saúde, e do empoderamento e participação da população como condições necessárias para melhorar a saúde, é a base para a elaboração da Carta de Ottawa, produto da primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde e que se constitui, até hoje, no marco conceitual básico para o desenvolvimento da promoção da saúde no mundo.

A Carta de Ottawa estabelece as seguintes estratégias para a promoção da saúde:

- Construção de políticas públicas saudáveis.
- Criação de ambientes favoráveis à saúde

(física, social, econômica, política e cultura).

- Reforço da ação comunitária.
- Desenvolvimento de habilidades pessoais.
- Reorientação dos serviços de saúde.

## **A Promoção da Saúde: um Campo em Construção**

A partir da Ottawa, em 1986, o discurso da promoção de saúde gera uma série de dinâmicas, principalmente nos países chamados desenvolvidos, no âmbito das políticas de saúde e políticas sociais em geral. Surgem movimentos como o de cidades saudáveis e são estabelecidas estruturas responsáveis por promoção da saúde em algumas instancias da gestão do estado.

Em termos gerais, a tendência hegemônica no desenvolvimento de atividades sob o marco de promoção da saúde foi a mudança de estilos de vida, que derivou, nos casos extremos e sob o marco biomédico hegemônico, em novas condutas prescritivas. (EVANS, 1996)

Em 1992, a OPAS faz uma tentativa de adaptar o discurso da promoção de saúde às condições de países “subdesenvolvidos”, com o Encontro de Bogotá, que tem como resultado a Declaração de Santa Fé de Bogotá, a mesma que resgata o potencial da promoção de saúde na América Latina, para dar resposta a problemas profundos, como as desigualdades sociais, a exclusão e suas conseqüências específicas e, entre as mais urgentes, a violência. Por outro lado, a Declaração de Bogotá toca outro ponto também mais característico de nossos países: a responsabilidade do setor saúde no desenvolvimento da promoção. Ou seja, o peso do setor de saúde na discussão e desenvolvimento da promoção da saúde é maior que nos outros

países em que muito pouco se trabalhou a última estratégia de reorientação dos serviços de saúde com enfoque de promoção. Isto é particularmente importante para o Brasil pela significação de sua reforma sanitária na estruturação das políticas públicas e na reestruturação do Estado.

O espectro diverso de manifestações da promoção de saúde mostra que é um campo em construção e que essa construção vai depender dos próprios processos e dinâmicas sociais de cada um dos países e regiões do mundo e de nosso continente.

Nesse sentido, trata-se de aproveitar este potencial de construção da promoção de saúde para dar-lhe um novo significado em coerência com as condições concretas de nossos países.

### **A Promoção da Saúde: um novo paradigma?**

A promoção da saúde pretende ser então uma resposta à complexidade do objeto saúde e constitui-se em um campo de prática que assinala as brechas do paradigma hegemônico biomédico e coloca rupturas que permitem trabalhar o discurso de um novo paradigma na saúde pública e de construí-lo. Pretende-se colocar um caminho para essa construção, dando um novo significado à promoção de saúde a partir das nossas realidades.

São várias as brechas e os espaços potenciais de construção; assinalaremos os três aspectos principais:

- **Tirar o foco de atenção à doença para a saúde**

Como já foi destacado desde Alma Ata e, em seguida,

confirmado em cada uma das declarações internacionais sobre promoção de saúde, a saúde não pode ser considerada como ausência de enfermidade. É um conceito complexo muito mais amplo, que inclui outras esferas da vida e que tem como pré-requisitos a paz, a renda, o ecossistema saudável, a alimentação, a educação, os recursos sustentáveis, a justiça social, a equidade. Quer dizer, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas na procura da qualidade de vida. (MS, 2001<sup>4</sup>)

Este enfoque de promoção permite então abordar a saúde de maneira abrangente e trabalhar inclusive outros conceitos de saúde. Como exemplo, poderíamos citar o conceito de saúde dos índios andinos do Equador: saúde é a relação harmônica do indivíduo consigo mesmo, com a natureza (PACCHA MAMA<sup>5</sup>) e com os demais, na procura de uma tranqüilidade espiritual.

Em definitivo, a promoção da saúde estabelece um marco conceitual que permite superar o pressuposto filosófico–teórico da enfermidade e a morte como ponto de partida para a explicação da saúde, atrelando o conceito de saúde à qualidade de vida. (GRANDA, 2001)

- **Reconhecer a possibilidade de construção coletiva do conhecimento, validandoas hermenêutica diversas da técnica e do modo da vida**

---

<sup>4</sup> Apesar desta definição, como outras, (até mesmo a da OMS) ter sido criticada por não poder ser facilmente operacionalizada e medida, entretanto, coloca o assunto de saúde em sua complexidade ampla e deixa aberto o desafio de sua operacionalização.

<sup>5</sup> Paccha mama, em língua nativa quéchua quer disser mãe terra.

A promoção de saúde, ao estabelecer a necessidade de considerar o conhecimento e a apropriação do próprio indivíduo e da comunidade sobre seu processo de saúde–enfermidade, abre a possibilidade de valorizar outro tipo de conhecimento e práticas que não são científicas, mas que reconhecem os sujeitos sociais. Como diz Luz (1988): “...a cosmologia implícita da medicina atual tende a reduzir o ser humano a um conjunto de órgãos, fluidos, tecidos, moléculas, e, mais recentemente, de genes, conjunto objetivável pela investigação científica mas intangível enquanto totalidade que sofre, deseja, sente e age como unidade individual, isto é enquanto sujeito..”

A promoção estabelece a possibilidade de que essas outras formas de conhecimento, que foram silenciadas com o desenvolvimento moderno, possam ser levadas em conta. “A destruição desses conhecimentos produziu silêncios que tornaram impronunciáveis as necessidades e aspirações dos povos e grupos sociais cujas formas de saber foram objeto de destruição. Ou seja, a possibilidade de gerar uma forma de “conhecimento em que conhecer é reconhecer é progredir no sentido de elevar o outro da condição de objeto à condição de sujeito” (SANTOS DE SOUSA, 2000).

Cabe salientar que a busca da construção de um conhecimento não é a ruptura, nem o abandono do conhecimento moderno e sim a procura de sua superação para conseguir dar conta da complexidade do problema saúde-doença. Como diz o professor Naomar: “Em pauta, encontra-se a necessidade de construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde, atualizando-o diante das evidências de esgotamento do paradigma científico que sustenta as suas práticas”

Definitivamente, o enfoque da promoção permite uma abordagem com Métodos que integram diversas metáforas e propõem variadas hermenêuticas (incluída a científica positivista) capazes de dar conta da ação social e das estruturas. (GRANDA, 2001).

- **O reconhecimento de Práticas sociais em saúde que integram diversos atores e poderes além do poder do Estado e do setor saúde.**

Neste sentido, cabem duas reflexões sobre o aporte da promoção da saúde.

Por um lado, o assunto de que a participação da população faz sentido e é válida.

A Carta de Ottawa reconhece como fundamental para a promoção da saúde “ um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida a saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. O que significa que os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. (MS, 2001)

O que implica o reconhecimento da própria capacidade da comunidade e a necessidade de ampliação dos espaços democráticos que permitam a expressão dos “sentires” e “saberes” da comunidade junto ao olhar técnico do estado, na definição de políticas públicas e seus desdobramentos. Em definitivo, o reconhecimento da participação comunitária como legítima e efetiva e, portanto, a possibilidade, também a partir da saúde, da construção da cidadania no processo participativo de decisão individual e coletiva sobre os problemas de saúde-enfermidade.

Por outro lado, coloca o assunto da gestão intersetorial. O enfoque de promoção coloca a necessidade de uma gestão intersetorial, já que a saúde tem a ver com a complexidade de determinantes associados com aspectos sócio-políticos, econômicos e culturais. Há possibilidade então de construir um problema de intervenção que não seja a soma dos olhares de diferentes setores, mas sim uma construção conjunta. Uma das estratégias da promoção da saúde é a geração de políticas públicas saudáveis, o que significa colocar a saúde como um dos eixos norteadores da política pública. Significa uma postura de gestão que supere a setorialidade das ações e permita a participação na solução de problemas. Outra das estratégias de promoção é a de ambientes saudáveis, que, em definitivo, é um resgate do conceito de território vivo de M. Santos, a partir no qual se trabalha relações solidárias e responsabilidades com a construção do futuro. (SANTOS, 2001)

- Em suma, a promoção da saúde ratifica e enfatiza a necessidade para que o acionar do indivíduo, dos públicos ou movimentos sociais que promovem a saúde, controlam socialmente o cumprimento dos deveres encomendados ao Estado, lutam por sua democratização e entram em acordos-desacordos com os poderes supra e infranacionais, sejam parte do processo de construção da saúde coletiva.

- **Reorganização de serviços de saúde com enfoque de promoção**

Um dos maiores desafios para nossos países neste esforço de dar um novo significado à promoção de saúde são discussões e operacionalização do enfoque de promoção da saúde nos



serviços de saúde. Acho que a contribuição fundamental que coloca a promoção da saúde é que, trabalhando o conceito de saúde articulado à qualidade de vida, coloca-se imperativos éticos na agenda do desenvolvimento. Se o setor saúde se restringisse somente ao cuidar da doença e dos riscos individuais, não poderia discutir, em uma agenda política do desenvolvimento, os aspectos deste desenvolvimento que se constituem em determinantes de saúde ou de doença. Há vários exemplos, talvez o mais ilustrativo seja o de controle do tabagismo. Por um lado, a ética do mercado legitima a argumentação histórica da indústria do tabaco em sua luta com a saúde pública, pois ela gera emprego e renda, ou seja, a saúde do dólar, enquanto produz doença e morte.

E, no caso do Brasil, é de substancial importância devido ao espaço que ocupa a saúde na agenda política nacional e a relação histórica que teve a reforma sanitária, que como diz Arouca: “não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o projeto da reforma sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório que para se organizar precisa ter dentro dele princípios e valores que nunca devemos perder, pois o que queremos para a saúde, queremos para a sociedade brasileira”.

No Brasil, a “implantação da atenção básica, tendo o programa de saúde da família como estratégia estruturante da rede de serviços...e que contemple os aspectos da promoção da resolução da grande maioria dos problemas de saúde da população” (MS, 2003) é uma grande oportunidade para essa reorientação dos serviços.

Novamente citando Arouca: “Nós fizemos a reforma sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele, desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse

modelo e mudar. Qual o fundamento? Primeiro é a promoção da saúde e não da doença. O SUS tem que, em primeiro lugar, perguntar o que está acontecendo no cotidiano e na vida das pessoas e como eu posso interferir para torná-la mais saudável”.

### **Referências Bibliográficas**

ALMEIDA FILHO, N. (2000) - O Conceito de Saúde: ponto cego da epidemiologia?, Revista Brasileira de Edpidemiologia, 3 (1/3): 4-20.

BRASIL. Ministério da Saúde. (2001) - Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México. 2ª ed. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. - (2003 ) Proposta e diretrizes do Ministério da Saúde para os Eixos temáticos da 12ª Conferencia Nacional de Saúde, Sergio Arouca. Brasília.

EVANS, R. et al (1996) - Por qué alguna gente está sana y otra no? Ediciones Diaz de Santos, Madrid.

GRANDA, E. (2001) - La Salud Pública y las Metáforas sobre la Vida. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. 18(2):83-100.

LUZ, Madel. (1988) - Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna. Campus. Rio de Janeiro.

RESPTREPO, H. e MALAGA, H. (2001) - Promoción de salud:

Como construir vida saludable. Editorial Médica Internacional.  
Bogotá.

SANTOS, B. S. (2000) - A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência, Cortez Editores, São Paulo.

SANTOS, M. e SILVEIRA, M. L. (2001) - O Brasil – Território e sociedade no início do século XXI, Editora Record, Rio de Janeiro.



## CAPÍTULO II

# **Cidades Saudáveis: a intersectorialidade como desafio para um novo modelo de gestão**

Profa. Lenira Zancan<sup>6</sup>

### **Introdução**

Falar em cidades/comunidades saudáveis é colocar em prática uma nova forma de gestão pública centrada na intersectorialidade e na participação e co-responsabilização dos diversos segmentos que compõe a sociedade-governamental, do mercado e da sociedade civil.

Do ponto de vista do setor saúde, é reorientar as políticas e práticas numa perspectiva promocional, na qual as estratégias de atenção à saúde se inserem no conjunto intersectorial e interdisciplinar de ações em prol da qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Implica, desta forma, na adoção de um conceito positivo de saúde, como qualidade de vida e um direito de cidadania.

Esta é a percepção que vem norteando o movimento de reforma sanitária no país, apoiada num conjunto de evidências acumuladas em torno da determinação social da saúde e da doença. A concepção ampliada de saúde, para além da prevenção, assistência e recuperação dos enfermos, impõe respostas intersectoriais na esfera das reformas institucionais, por um lado,

---

<sup>6</sup> Professora da Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP da FIOCRUZ

e por outro, requer o envolvimento e responsabilização dos distintos atores, população e gestores, nas políticas e ações de atenção à saúde. (ZANCANE e BODSTEIN, 2002)

Em países como o Brasil, de dramática desigualdade social, esse esforço se traduz no chamado resgate da dívida social e, portanto, na implementação de políticas de inclusão social, de combate à pobreza e de melhoria da qualidade dos serviços e equipamentos sociais básicos.

Assim, os princípios da participação e coresponsabilização da população, da interdisciplinariedade, da gestão integrada e da utilização de múltiplas estratégias de ação constituem referência básica para a promoção da saúde (WHO, 2001:5).

A idéia norteadora é a de que o impacto social, com a efetiva melhoria da qualidade de vida, envolve metas e ações convergentes entre diversos setores e culturas institucionais distintas da administração pública, organizações da sociedade civil, bem como a mobilização, participação e coresponsabilização de todos com os resultados alcançados. Implica na superação de ações de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas, presentes na cultura política brasileira, particularmente as intervenções voltadas para as populações mais vulneráveis. (BODSTEIN e ZANCAN,2001)

A Intersetorialidade, compreendida como uma das estratégias para a promoção da saúde, implica portanto: (1) na inversão da lógica presente nas organizações públicas, nas quais predomina o trabalho fragmentado e setorializado; (2) na valorização dos saberes técnicos envolvidos na formulação e implementação de políticas, com investimento em recursos humanos conduzindo-os a uma atuação articulada; (3) no incremento da participação e organização social dos diversos

segmentos da sociedade e na construção de redes de articulações e parcerias, a exemplo da rede que se quer construir com o movimento de cidades/comunidades saudáveis.

De acordo com Sônia Ferraz (1999), aspectos favoráveis e desfavoráveis estão em jogo para adoção da proposta de municípios/cidades saudáveis no Brasil. Entre os aspectos favoráveis, destacam-se: o processo de democratização do Estado a partir dos anos 80; a constituição de 1988 que inscreve um conceito ampliado de saúde com a implantação do SUS com os seus princípios de universalidade, equidade e controle social e os avanços no processo de descentralização de poder para os municípios da federação.

Quanto os aspectos desfavoráveis, a autora enumera: a herança da política centralizadora e clientelista; a cultura política de ação setorial com duplicidade de projetos e disputa por recursos; a instabilidade político-administrativa em todos os níveis; a cultura sanitária de programas verticais e a hegemonia do paradigma médico-assistencial. (FERRAZ, 1999)

As experiências municipais e locais em curso enfatizam a importância de algumas “ferramentas” de gestão intersetorial e participativa: (1) diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local; (2) criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas e integradoras, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social; (3) definição de uma agenda de ações com co-responsabilização e convergência de recursos; e (4) mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidie, constantemente, a tomada de decisão e a aferição de resultados visando a sustentabilidade das ações.

O presente texto procura refletir suscintamente sobre questões, colocando em destaque as estratégias de incorporação da intersectorialidade e da participação na formulação e implementação das políticas sociais, visando à melhoria da qualidade de vida e ampliação da cidadania no Brasil.

## **Promoção da Saúde e intersectorialidade**

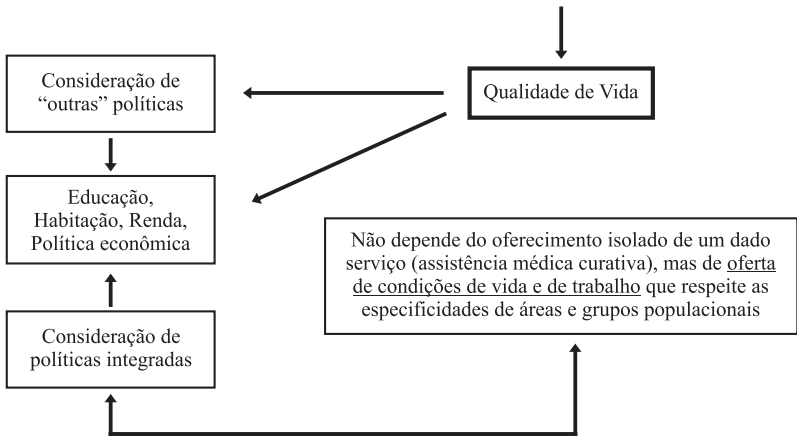
A promoção da saúde é um campo aplicado de teorias e práticas que, nos dias atuais, parece abrigar a totalidade das proposições do campo da saúde coletiva que estiveram na base da formulação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS): integralidade, equidade, descentralização e controle social. Paradoxalmente, a idéia de promover a saúde da população, entendida enquanto enfrentamento dos determinantes econômicos e sociais que colaboram ou não para a melhoria da qualidade de vida, está fora do domínio do setor saúde.

De acordo com a NOB 96, a atenção à saúde compreende três campos de ação: o da assistência (ambulatorial e hospitalar); o das intervenções ambientais (controle de vetores e hospedeiros e sistemas de saneamento ambiental) e o das políticas externas ao setor saúde (políticas macroeconômicas; emprego, habitação, educação, lazer e qualidade dos alimentos). (BRASIL, 1997)

Assim compreendida a atenção à saúde encontra-se dentro e fora do setor saúde, exigindo a formulação de políticas e ações orientadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades nos diversos setores do desenvolvimento econômico e social.



## Concepção de saúde para o movimento sanitário e para o SUS



Neste caminho, “as atividades de promoção estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico (natural e construído), social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade de ação dos indivíduos e das comunidades. (FERREIRA e BUSS,2002:6)

Já não é novidade, portanto, que o quadro de desigualdades econômicas e sociais que caracterizam a sociedade brasileira tem expressão na área da saúde, tanto nos quadros epidemiológicos como nas condições de acesso às ações e serviços de saúde. No entanto, a permanência de regiões com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna, a persistência da desnutrição e da pobreza, as ameaças recorrentes de surtos epidêmicos, a cronicidade das endemias, associada a um padrão demográfico caracterizado por um aumento da população de jovens e de idosos e, ainda a brutal expansão de acidentes e

violência urbana apontam ainda grandes desafios para o SUS (MS/CNS, 2002).

Nessa perspectiva, vem sendo ressaltada, nas três últimas décadas, a importância da intersetorialidade diante da meta de se alcançar saúde para todos. Já no início dos anos 1970, ao propor a extensão de cobertura dos serviços de saúde em toda a região, um dos Centros da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), localizado no Chile, junto à CEPAL, defendia a necessidade da participação de vários setores da economia, assegurando assim os recursos necessários. Mais para o final daquela década, em 1978, a declaração de Alma-Ata consolida tal recomendação ao incluí-la entre os componentes para promover a Atenção Primária de Saúde para toda a população. Finalmente, a Carta de Ottawa, em 1986, ao difundir para o mundo a prática que vinha desenvolvendo o Canadá já por quase uma década, destacou a intersetorialidade como um dos quatro elementos principais da promoção da saúde (Ferreira & Buss, 2002). Tal orientação vem sendo apresentada, a partir de então, como um novo consenso dentro do campo da saúde pública.

De acordo com Vitória Solange Ferreira (2000), a intersetorialidade em saúde tem sido definida como “ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores” (OMS, 1984) ou como “intervenção coordenada de instituições representativas de mais d um setor social, em ações destinadas total ou parcialmente a abordar um problema vinculado à saúde”. (Suarez, 1992, apud Ferreira, 2000:9)

Como assinala Ferreira e Buss (2002), “esse enfoque intersetorial tem limitado a idéia de dividir responsabilidades. Cada setor assume o ônus do campo de atividades que lhe

corresponde, com alto grau de incerteza, enquanto o efetivo cumprimento dos setores envolvidos carecem de qualquer mecanismo de coordenação governamental e participação social.” (p. 27)

Na década de 90, vêm se desenhando, no Brasil, novas estratégias de reorientação dos serviços de saúde e articulação do setor com demais setores responsáveis pelas políticas sociais, de forma a, por um lado, minimizar os efeitos das precárias condições de vida sobre a demanda e os custos do sistema de assistência médico-sanitária e, por outro, aumentar a eficácia da ação pública na implementação das políticas sociais.

A estratégia de Saúde da Família tem sido considerada uma alternativa para a reorientação do modelo de atenção, com ênfase na promoção da saúde. Ao centrar a atenção na família dentro de um contexto físico e social particular, o Programa de Saúde da Família possibilitaria uma compreensão ampliada do processo saúde doença e permitiria aos profissionais o reconhecimento da necessidade de intervenções para além das práticas curativas.

“O potencial do PSF para produzir mudança no modelo assistencial e reorganizar os serviços de saúde tem sido, no entanto, objeto de polêmico debate, não havendo consenso sobre a efetiva capacidade de o programa promover rupturas no modo predominante de produzir ações de saúde no país. Alguns estudos (MISOCKY, 1994; PAIM, 1996; FRANCO & MERHY, 2000) salientam as contradições que envolvem a implantação do PSF e que contribuem para que este assumam mais uma feição de simplificação da atenção básica do que de reestruturação do modelo assistencial. Outros estudos (VIANA & DAL POZ, 1998; CAPISTRANO FILHO, 1999; OLIVEIRA, 1999), ao contrário, destacam importantes inovações introduzidas pelo PSF que

confirmariam seu potencial para provocar mudanças no modelo.” (SENNA et al, 2002:190)

Não aprofundaremos aqui esta questão pois este é tema de outro artigo desta coletânea. Cabe salientar, porém, que as experiências de implantação das equipes de saúde da família em áreas urbano-metropolitanas tem demonstrado que a ação intersetorial neste contexto é muito mais complexa, exigindo um grande esforço de articulação que se traduz numa nova forma de administração e gestão pública das cidades.

### **Gestão social e cidades/comunidades saudáveis**

“Esta ‘gerência social’ exige a coordenação dos esforços governamentais e está centrada na idéia da intersetorialidade.

Nesse sentido, o projeto estruturante do campo da saúde parece ser o da cidade/comunidade saudável, entendida como uma cidade ou localidade em que todos os atores sociais em situação – governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos – orientam suas ações para transformar a cidade ou localidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade, com o fim de melhorar a qualidade de vida da população.” (FERREIRA e BUSS, 2002:35)

A cidade é o lugar da cidadania, onde se torna visível as desigualdades e iniquidades de acesso aos bens públicos essenciais – educação, moradia, transporte, emprego – que influenciam sobre a saúde dos indivíduos e dos grupos sociais. O não-acesso aos direitos de cidadania vem conformando espaços de grande vulnerabilidade social, caracterizando-se como os grandes problemas para a gestão pública nas cidades.

Concomitante ao processo de democratização, na década de 90, aprofundou-se a desigualdade social manifestada pela crescente concentração de renda, com repercussões sobre o agravamento das situações de pobreza e exclusão social, tanto dos que estão fora do mercado de trabalho, quanto dos assalariados com precárias condições de trabalho e baixa remuneração.

Tal processo esteve associado à urbanização crescente num contexto de crise econômica mundial, o que se traduz no aumento da demanda por serviços e pela proteção do Estado vis-à-vis a contenção e racionalização de recursos públicos. Além disso, o processo de democratização do país aprofundou a descentralização político-administrativa para o nível local, sem contudo alterar de forma significativa a tradicional centralização dos recursos técnicos e financeiros no nível federal.

Castell e Borga (1996) advogam que, nas três últimas décadas do século XX, “as cidades emergiram como ‘ator político’ que promove acordos e associações, assume responsabilidades diante da sociedade e da nação e representa um pólo central de articulação entre a sociedade civil, a iniciativa privada e as diferentes instâncias do Estado”. Assim, as cidades tornam-se espaços privilegiados para buscar respostas integradas, e não setoriais, aos problemas de emprego, educação, cultura, moradia e transporte, criando “novas políticas intersetoriais, novos blocos de competência, administrados por uma diversidade de modos de gestão”. (APUD VIANA, 1998:26)

No Brasil, o processo de descentralização fortaleceu o papel dos municípios na formulação e implementação de políticas sociais que respondam a chamada nova questão social (ROSANVALLON, 1995) – aumento do número de idosos sem qualquer proteção social, mulheres chefes de família, jovens sem

educação e sem trabalho, desempregados e mal empregados, em geral através de mecanismos de cooperação social e articulação de recursos técnicos e financeiros tanto do Estado, como da sociedade civil e do setor privado. (VIANA,1998)

Tal quadro corrobora para a compreensão de que uma gestão social eficiente requer a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar “efeitos sinérgicos em situações complexas visando o desenvolvimento sustentável, superando a exclusão social de parcelas significativas da população.” (JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997; APUD FERREIRA,2000)

De acordo com Ana Luiza D’ávila Viana (1998), o Brasil viveu um “processo caótico” de descentralização durante as décadas de 80 e 90, marcado por três momentos distintos. Um primeiro diz respeito a um movimento oriundo das instâncias subnacionais com o surgimento de formas de gestão inovadoras, como nos casos de Londrina, Campinas, Lajes, Niterói e Piracicaba, entre outras. Um dos resultados deste movimento foi a criação do Fundo de Participação de Estados e Municípios em 1983/84. Em decorrência destas experiências, em 1988, com a nova constituição federal, todos os entes, federal, estadual e municipal, “se combinam em torno de metas descentralizantes” com a formulação de projetos setoriais com forte ênfase na descentralização de recursos, como o caso do SUS na saúde, associados a novos tipos de participação da população e de ampliação da cidadania. A formação de Conselhos para todos os setores da área social é conquistas inegáveis deste período. (VIANNA, 1998: 28)

No entanto, a autora assinala que a década de 90 marcou um período de retrocesso no processo de descentralização, causado pelas políticas de ajuste fiscal, a exemplo do Fundo

Social de Emergência (1994) e do Fundo de Estabilização Fiscal, com conseqüente recentralização dos recursos e perda de autonomia dos municípios para a implementação de políticas sociais.

O rebatimento destes três momentos, no nível local pode ser exemplificado com: (1) a emergência de gestões inovadoras marcadas por novas estruturas administrativas e alguma autonomia de gestão, sem contudo contar com uma iniciativa de coordenação do processo de descentralização por parte do governo federal. Este período esteve marcado também por mudanças no padrão de urbanização com a formação de uma nova classe média, com aumento da demanda e consumo de serviços, ao lado do avanço na pobreza e desigualdade de acesso aos bens públicos. (MILTON SANTOS, 1996, APUD VIANA, 1998:29); (2) um processo descentralizante de cunho “cidadão”, com iniciativas combinadas dos três níveis de governo promovendo um outro tipo de federalismo, mais cooperativo e menos concorrencial; e (3) um processo e recentralização dos recursos no próprio nível municipal no qual as políticas sociais não se constituem em projetos integradores, com forte disputa de recursos entre os diversos setores e grupos de interesse locais.

Em suma, o processo de descentralização e formulação de políticas intersetoriais no Brasil, nas últimas décadas, caracterizaram-se pela ausência de uma estratégia planejada e gradual do nível federal, por um lado, e pelo insulamento das políticas no nível local, por outro, bloqueando a construção de uma estratégia mais geral de enfrentamento das questões sociais.

Mesmo considerando as inúmeras dificuldades e idas e vindas no processo de descentralização e democratização do Estado brasileiro, iniciativas recentes de programas sociais dirigidos às populações desfavorecidas – bolsa escola, renda

mínima, agentes comunitários, saúde da família - vêm sendo implementadas no país ao longo da década de 90, num esforço de redistribuição de renda e oferta de condições mínimas para o exercício da cidadania.

Particularmente no setor saúde, o avanço no processo de descentralização foi sem dúvida um dos elementos de destaque na década de 90, “remodelando o formato da atenção à saúde no país e dando visibilidade a novos atores e novas arenas decisórias”.

Cabe salientar que as experiências mais ricas e inovadoras estão fortemente amparadas na criação de maior cooperação social, através do incremento da participação popular e co-responsabilização dos diversos segmentos da sociedade.

PUTNAM (1996) recorre às noções de “capital social” e “sistemas de participação cívica” para discutir as possibilidades de cooperação social visando o bem comum. O “capital social” se refere a algumas características relevantes da organização social, tais como “confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” (p.177). Já os sistemas de “participação cívica” dizem respeito às “organizações institucionais da sociedade, incluindo as associações comunitárias, as cooperativas, os clubes esportivos, os sindicatos e os partidos políticos de massa” (p.183). Assim, a possibilidade de cooperação entre os membros de uma comunidade depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação. (Relatório Dlis-Manguinhos,2003:78)

Em suma, é na perspectiva do fortalecimento do capital social (empowerment) e da constituição de novos espaços institucionalizados de discussão e pactuação de ações integradas e integradoras (intersectorialidade) e de participação da população nas decisões, que dizem respeito à qualidade de vida (fóruns e



conselhos de desenvolvimento), que se inserem as iniciativas de cidades/comunidades saudáveis. A estratégia de ação intersetorial implica, assim, na construção de uma “nova teia de relações” que viabilize novas práticas entre os diversos setores da administração pública e dos segmentos da sociedade.

### **Referências Bibliográficas**

BODSTEIN, R. & ZANCAN, L., (2002) - Avaliação das Ações de Promoção da Saúde/DLIS em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. in ZANCAN et al (orgs.). Promoção da saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro, ABRASCO.

BUSS, Paulo e RAMOS, Célia Leitão (1999) - Desenvolvimento local e agenda 21: desafio da cidadania. Cadernos da Oficina Social 1. COEP.

BRASIL/MS (1996) - Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL MS. Norma (1997) - Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CAPISTRANO FILHO, D. (1999) - O Programa de Saúde da Família em São Paulo. Estudos Avançados n. 35.

FERRAZ, Sônia Terra (1999) - Cidades Saudáveis: uma urbanizada para 2000. Brasília. Paralelo 15.

FERREIRA, J.R. & BUSS, Paulo (2002) - O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde. In ZANCAN et all (org) Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local. ABRASCO.

FERREIRA, V.S.C (2000) - Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. UFBA- ISC. mimeo

FINEP, (2001) - Terceiro Relatório Técnico - Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável de Manguinhos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, ago.

FRANCO, T. & MERHY, E., (2000) - PSF: Contradições de um Programa destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial. Mimeo.

HAWE, Penelope & SHIELL, Alan (2000) - Social Capital and Health Promotion. Social Science & Medicine, n. 51, p.871-885.

INOJOSA, R.M & JUNQUEIRA, L. (1997) - O setor de saúde e o desafio da intersetorialidade. Cadernos FUNDAP. 21: 156 a 164.

JACOBI, P. R. (2002) - Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 443-454.

LABRA, M. E. & FIGUEIREDO, J. A., (2002) - Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.

Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p.537-547.  
MISOCZKY, M. C., (1994) - A Medicina de Família, Os Ouvidos do Príncipe e Os compromissos do SUS. Saúde em Debate 42. Paraná: CEBES.

PAIM, J., (1996) - Políticas de Saúde no Brasil ou Recusando o Apartheid Sanitário. Ciência e Saúde Coletiva 1 (1).

PUTNAM, Robert (1996) - Comunidade e democracia. A experiência da Itália moderna. Rio de Janeiro: FGV.

SANTOS, M. (1996a) - Técnica, espaço, tempo – globalização e meio técnico – científico informacional. São Paulo: Hucitec.  
SANTOS, M. (1996b) - A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec.

SENNA, M. C. M; MELLO, A. L. R. ; BODSTEIN, R. (2002) - A Estratégia Saúde da Família no DLIS/Manguinhos. In: BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; MARCONDES, W. B. (Orgs.). Promoção da Saúde como caminho para o desenvolvimento local – a experiência em Manguinhos, RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/CIDA-CPHA/FINEP/FIOCRUZ.

SUAREZ, J. (1992) - Contribuição ao marco teórico para o desenvolvimento da ação intersectorial. Saúde Educ. Méd. 26(2): 225-241.

VIANA, A. L. & DAL POZ, M. R. (1998) - A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis in. Revista de Saúde Coletiva, v.8, n.2.

VIANA, A. L. (1998) - Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. Rio de Janeiro: 32(2): 23 -33, mar/abr.

ROOTMAN I et al. (2001) - Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives. Canada: WHO Regional Publications, European Series, nº 92.

ZANCAN, L. & BODSTEIN, R.C. de A. (2002) - Dismanguihos como estratégia de Promoção da saúde. Saúde Em Foco, Rio de Janeiro, v. 23, p. 49-63.

## CAPÍTULO III

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

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 associações 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.



**UNICAMP**

Pró-Reitora de Extensão e  
Assuntos Comunitários