

Capítulo I

Dr. Armando De Negri²

Eu agradeço muito o convite feito pela Profa. Ana Maria por estar aqui. Esta questão de aprender e ensinar é uma coisa interessante. Hoje de manhã cedo, quando peguei o táxi, o motorista que quase sempre me leva para o aeroporto, e que é um senhor idoso, me perguntou se eu era professor. Eu fiquei pensando na pergunta e finalmente respondi que ‘às vezes eu sou professor, mas quase sempre eu sou aluno. Porque a gente mais aprende do que ensina ao longo desta vida. Portanto, a idéia de nosso encontro de hoje é de um intercâmbio e, toda vez que eu tenho a oportunidade de expor as idéias de um trabalho coletivo, e ouvir depois as críticas e as considerações, se constitui uma rica oportunidade de aprendizado.

A proposta fundamental que eu lhes trago é a de apresentar um pensamento estratégico aplicado à idéia da promoção da qualidade de vida e saúde, explorando a questão da transetorialidade. Talvez algumas das idéias que vou apresentar aqui fujam do que nós estamos acostumados a ler e escutar sobre promoção. E eu diria que esta diferença em relação à forma tradicional de ver estes assuntos, tem muito a ver com a trajetória que eu venho desenvolvendo, que é uma trajetória muito mais conectada à aplicação destes conceitos na gestão local do que propriamente um olhar a partir de um enfoque conceitual e acadêmico. O enfoque que tenho desenvolvido é produto de uma tensão entre a teoria e a prática, o que tem levado a

² Coordenador de Estratégias Promocionais da Unidade de Qualidade de Vida - Instituto de Educação e Pesquisa - Hospital Moinho dos Ventos - Porto Alegre, RS;
Coordenador de Planejamento da SMS/ Porto Alegre - RS - 2001-2003;

* Palestra ministrada dia 17/07/2003 e transcrita em fevereiro de 2004 pelo aluno do 4º ano de engenharia elétrica da Unicamp - Carlos André Puya Frazatto.

algumas modificações sobre a forma usual de ver este assunto. Procurarei também explicar o contexto no qual eu tenho trabalhado.

Eu atualmente coordeno a Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e coordeno também a Rede de Atenção às Urgências do Município.

Também tenho trabalhado desde julho de 2001, em uma experiência nacional importante, que é a construção de um Sistema Público Nacional de Saúde na Venezuela. Nesta experiência, tenho tido a oportunidade de desenvolver uma série de conceitos que eu vou apresentar aqui, em uma perspectiva nacional, criando uma tensão criativa com minha experiência local.

Desde fevereiro de 2003, também tenho trabalhado junto ao grupo coordenador da política de urgências do Ministério de Saúde do Brasil, onde justamente a forma de olharmos a questão das urgências, que é uma área tradicionalmente muito biomédica, tem sido orientada por uma perspectiva estratégica de promoção da qualidade de vida e saúde. E, durante minha apresentação, espero que fique claro o significado deste enfoque na organização da atenção às urgências.

A estratégia da promoção não deve ser confundida com a ênfase preventiva. É uma estratégia que tem outro alcance e este vai ser o núcleo da minha exposição.

Então, o ponto de partida, que eu gostaria de comentar já neste primeiro *slide* é uma questão que me chamou a atenção quando da abertura de nossos trabalhos desta tarde, quando se falou das cidades potencialmente saudáveis, que é um cuidado interessante de se ter, porque eu também sempre tive a preocupação de que quando falamos que tal município é saudável, parece que nós acabamos a obra, como se já estivesse empacotado, pronto e selado. Sendo que do que nós estamos falando aqui é de um processo, que, via de regra, é algo extremamente complexo, que exige tempo, porque todas as questões dignas de serem colocadas na agenda de qualificação da vida e da saúde são questões complexas, porque elas são produtos sociais, ou seja, há uma determinação social da qualidade de vida, da saúde e da própria doença, e portanto, uma modificação desta produção social é algo que custa tempo, e também uma boa dose de criatividade e trabalho para construir novas bases sociais e modelos de desenvolvimento coerentes com a promoção da qualidade de vida e saúde.

Como nós estamos entre pessoas que trabalham no âmbito local, gostaria de destacar que trabalhar no âmbito local não significa abrir mão de um projeto de nação, porque se nós não tivermos isto claro, nosso esforço local tende a ficar inviabilizado, ou ao longo do tempo ir se descaracterizando completamente. Pensar em um espaço local como capaz de promover qualidade de vida e saúde significa adotar uma política coerente com um projeto de nação capaz de promover qualidade de vida e saúde com justiça social e equidade. Ou se quisermos ser mais ambiciosos ainda, significa compor um projeto de mundo, porque hoje nós estamos fortemente determinados pelas relações internacionais e preocupados com uma ordem planetária justa e sustentável. E, colocando no âmbito local a materialização progressiva desses projetos de nação e de mundo, vamos construindo a coerência de nossos esforços. Por isso é que na própria definição do trabalho que venho realizando com meus companheiros e companheiras, eu vou me servir de exemplos locais que buscam materializar nossos projetos de País e de Mundo. Apontamos para a idéia de que esta sociedade saudável e protetora da vida que desejamos se constitui como um horizonte que vai sempre se deslocando. A linha do horizonte, ou nossas exigências em relação ao que desejamos para a sociedade em que vivemos, é uma linha de horizonte em permanente deslocamento conforme avançamos em nossos projetos. A cada passo para frente, o horizonte dá um passo pra trás e nós vamos sempre atrás dele, aperfeiçoando nossos sonhos. E o que almejamos é constituir espaços dinâmicos, processos socialmente sustentados. O que de fato nós estamos tentando fazer é sermos parte importante de cidades promotoras da qualidade de vida e saúde e protetoras da vida. Esta é a configuração que procuramos dar ao trabalho. Portanto agregando uma característica dinâmica, um novo valor ético à própria experiência da vida social da cidade.

O foco da minha apresentação é sobre a adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde.

Nós demos muito valor, desde o ano de 2001, para a construção de um Plano Plurianual que procurasse refletir essa estratégia de promoção de qualidade de vida e saúde. Porque tudo mundo aqui que é autoridade municipal sabe que quando entramos em um novo período de gestão municipal, temos um prazo legal para construir um plano plurianual, que, na maioria das vezes, é feito como um exercício burocrático administrativo. Nós resolvemos fazer um exercício político, estratégico, em torno ao nosso Plurianual. Construimos um

Plurianual, no exercício de articular um conjunto de princípios, com ações e projetos, mas que desenvolvesse hierarquicamente estas 3 dimensões – o imperativo ético de responder às necessidades sociais em qualidade de vida e saúde, a adoção de um modo de atenção capaz de sustentar este compromisso ético e finalmente um modo de gestão capaz de sustentar este modo de atenção voltado para responder às necessidades sociais.

Primeiro o imperativo ético de responder às necessidades sociais da população. Nós estamos muito acostumados a falar da perspectiva da oferta de serviços e dominamos muito pouco o que é a perspectiva da necessidade, inclusive esta tem sido uma dificuldade técnica – a de definir quais são as necessidades sociais, suas dimensões e características e como são determinadas essas necessidades – as causas sociais dos problemas de qualidade de vida, saúde / doença. Quando a gente diz “vamos trabalhar suas necessidades”, como é que representamos estas necessidades? Porque aí a gente puxa muitas estatísticas, mas a representação estatística das necessidades, seja falta de habitações adequadas, falta de cobertura de saneamento, mortalidade infantil... são representações parciais da realidade. E quando apresentamos dados isolados, de fato nós não estamos fazendo uma representação de necessidades, porque a necessidade é algo mais complexo. Por trás de uma morte infantil há um conjunto de necessidades não satisfeitas que precisam ser entendidas na sua complexidade, como vamos procurar ver um pouco mais adiante.

Então, o primeiro passo é considerar que temos que responder a estas necessidades, de forma imperativa, ou seja, não podemos delegar esta resposta a ninguém mais, temos que assumir a responsabilidade de fazer isto. E, portanto, constituir esta idéia de responder a estas necessidades como um imperativo de ordem ética. É a única maneira de tornar isto um valor efetivo e não apenas um critério administrativo. Eticamente falando, nós queremos responder a estas necessidades porque estamos respondendo ao respeito que devemos ter em relação à vida e aos direitos humanos e sociais de todas as cidadãs e todos os cidadãos.

E adotando esta primeira dimensão de responder às necessidades sociais eu já não posso mais pensar no meu modo de atenção à saúde sem responder efetivamente às necessidade sociais das pessoas, eu tenho que olhar o meu sistema de saúde, como ele se organiza, o que ele faz, olhar o meu sistema de políticas sociais (as-

sistência social, transporte, habitação, educação, emprego e renda...) e ver se de fato nós estamos orientados para responder às necessidades sociais das pessoas. Uma forma muito básica de ver se essa orientação existe ou não é verificando se esses setores das políticas sociais são capazes de representar as necessidades satisfeitas e não satisfeitas da população.

Porque freqüentemente não se consegue encontrar os números nem as representações também qualitativas do que está faltando para a qualidade de vida e saúde das pessoas, porque esse não é o objeto da forma de trabalho usual das nossas instituições. A tal ponto que acabamos fazendo nossos relatórios de gestão de governo escrevendo que aumentamos ou diminuímos o número de consultas em tantos por cento, que construímos mais tantas unidades habitacionais, ou seja falamos usualmente do progresso de nossa oferta, mas não falamos quanto da necessidade foi de fato suprida, quanto que faltou para responder à necessidade social, quanto que nós conseguimos avançar e qual foi a natureza dessa resposta em relação à necessidade de cada um dos grupos sociais que estão sobre nossa responsabilidade, quer dizer, esses aspectos vinculados à satisfação de necessidades não entram em nossos relatórios, nossos relatórios são muito quantitativos, descritivos, pouco analíticos e compreensivos sobre a determinação social dos problemas e eles falam de um progresso da oferta sem ter em conta qual é a dimensão da natureza da necessidade e sem considerar a satisfação alcançada em quantidade e qualidade.

A natureza de nossos relatórios de gestão é uma clara indicação de que a gente não costuma trabalhar com a perspectiva de satisfação das necessidades como o elemento estruturante principal de nosso planejamento e de nossas ações. Portanto a gente dificilmente sabe quanto é que falta, inclusive financeiramente, para suprir as necessidades sociais. Esta ignorância sobre a natureza e dimensão quantitativa das necessidades é uma característica bem neoliberal, que acaba nos deixando impotentes para pensar uma estratégia que inclua opções concretas para a orientação dos governos e da sociedade na busca de satisfazer as necessidades sociais, inclusive economicamente.

Em decorrência deste enfoque sobre o modo de atenção orientado por necessidades, vem a questão de um novo modo de gestão, ou seja, não podemos conceber administrativamente o que

vamos fazer ou prover de maneira independente do modo de atenção às necessidades sociais.

Portanto, a forma tradicional, em que usualmente organizamos a administração da saúde não é compatível com o enfoque de necessidades sociais, precisamos revisar nosso modo de gestão, para adequá-lo a um modo de atenção coerente com a intenção de responder às necessidades sociais de forma universal, integral e equitativa. Fiquei curioso com a Senhora aqui presente que revelou ser Coordenadora de uma Secretaria de Promoção Social, o que poderá significar isso? Pode ser que tenhamos aí o exemplo de uma forma nova de organização. Mas se esta Secretaria de Promoção Social não tem autoridade sobre o processo de planejamento do setor financeiro da Prefeitura, aí já não poderá exercer a pleno o enfoque estratégico promocional, pois persistirá uma lógica segmentada.

Pois é em função da lógica neoliberal de ofertas segmentadas e parciais frente às necessidades sociais que faz com que hoje o central seja o Ministério da Fazenda, a Secretaria da Fazenda, e quando vamos discutir recursos para a saúde com o Secretário da Fazenda, a impressão que eu tenho é que somos como um menino travesso que vem se explicar porque deve responder às necessidades das pessoas e pedindo desculpas por ousar solicitar aumento dos recursos. É uma situação muito estranha, há uma inversão completa de valores. O economista indiano Amartya Sen, laureado com o Nobel de Economia, explica a origem da economia como disciplina esclarecendo que a economia, pasmem os economistas atuais, é uma disciplina originada na moral e na ética, a economia vem de um conceito moral e ético que fala sobre a forma de viabilizar a qualidade de vida de todas as pessoas de uma dada sociedade, utilizando racionalmente os recursos disponíveis. Parece que esta conceituação da economia ficou perdida no passado, a economia hoje é a econometria, a economia financeira, e o desenvolvimento econômico/financeiro se transformou no objetivo de nossa sociedade e não se considera a economia como um meio/um instrumento para alcançar o bem estar e a qualidade de vida para todos.

Este enfoque de uma economia para o bem estar de todas e todos é quase subversivo dentro da lógica hegemônica que temos hoje, e que no entanto nós mesmos reproduzimos em todos os níveis de uma maneira acrítica, o que eu vejo hoje são os municípios em busca do superávit primário sem se perguntar socialmente quanto

custa o superávit primário. Porque nós temos que ter o superávit primário. Porque se não se bloqueiam os fluxos de capitais internacionais os capitais internacionais chegam e não nos libertam da dívida externa, nem permitem aumentar os gastos sociais de maneira suficiente e aí nós ficamos andando em círculos, incapazes de responder às necessidades sociais. Essa discussão de um modo de gestão como um instrumento para viabilizar um novo modo de atenção para satisfazer às necessidades sociais é uma primeira questão chave para pensarmos. Não se trata de uma questão simples, ela envolve uma série de modificações conceituais e políticas.

Não sei se chamou a atenção de vocês, mas eu chamo de modo de atenção e modo de gestão porque eu tenho uma crítica antiga com a denominação de modelo assistencial, modelos podem ter muitos agora, o modo é essencialmente um ou outro. Eu posso ter na saúde um modo curativo centrado na cura das doenças, diagnóstico e cura, ou eu posso ter um modo promocional que cuida de uma complexidade de determinantes da qualidade de vida e entende a saúde e a doença como o produto de um processo de produção social e isso faz muita diferença, constituindo dois modos radicalmente distintos.

Eu me dei conta dessas distinções entre modos e modelos quando estávamos discutindo a revolução de 1930 no Brasil e um professor disse o seguinte: “A revolução de 30 não altera o modo de produção capitalista no Brasil, o que não impede que se diga que a revolução de 30 foi a transição do modelo agrário para o modelo industrial no Brasil.”. Aí então eu fiquei pensando na saúde e realmente nós não deveríamos falar meramente em mudança do modelo assistencial, porque quando a gente afirma que vamos mudar o modelo assistencial, podemos apenas estar fazendo uma reconfiguração de modelo que não altera o modo centrado na atenção à doença, tendo a saúde vinculada ao conceito de mercadoria e não de direito humano e social. Para transformar de verdade, nós temos que mudar o modo de produção social na saúde, gerando outro modo de atenção, que defendemos seja um modo de atenção promocional da qualidade de vida e da saúde.

Eu insisto nessa diferença entre modo e modelo, porque acredito que este conceito permite uma aproximação diferente ao objetivo de adotarmos a promoção como estratégia - eu posso ter muitos modelos que me sirvam ao meu modo, mas o que eu preciso realmente saber é que modo é esse que eu estou adotando. Essa é

uma questão muito importante, se não a esclarecemos não conseguiremos ter claro o que de fato estamos fazendo.

O que lhes proponho é a inversão do jogo atual – passando de um modo curativo parcial orientado pelo modo de gestão preso a uma oferta limitada de respostas segundo recursos disponíveis pela lógica neoliberal, para um modo promocional da qualidade de vida orientado pela resposta imperativa às necessidades sociais, onde os recursos econômicos são viabilizados para alcançar o bem-estar de todos e todas, e no qual a busca de recursos na sociedade é parte do desafio de construir um novo modo de atenção, cabendo a um novo modo de gestão esta viabilização econômica e organizacional.

Usualmente, nós nos relacionamos apenas com os modelos e não percebemos o modo que está atrás dos modelos que operamos. Deste modo é que nos relacionamos administrativamente, por exemplo, com o superávit primário. Ou será que normalmente pensamos o superávit primário é a expressão de uma política neoliberal de corte internacional que obriga certas disciplinas fiscais que atingem diretamente a viabilidade de nossas políticas sociais? Em geral, este nexos político não está presente em nosso exercício diário de gestão. Normalmente nos relacionamos de forma automática com a seguinte perspectiva: existe a necessidade de um superávit primário, então vamos cortar aqui e ali, diminuir o gasto na educação, na saúde, e não sei o que mais, pra ter um superávit primário... Da mesma forma, não temos um olhar que identifique o que estamos fazendo na saúde como um modo de atenção curativo centrado na doença individual, a gente simplesmente se relaciona com as modalidades de organização do trabalho tal como elas historicamente são transmitidas a nós dentro de um discurso hegemônico de como as coisas sempre foram feitas...de acordo com aquilo que Boaventura de Sousa Santos chama de fascismo social – como expressão da força de um pensamento único, centrado em uma racionalidade exclusiva – a racionalidade do capital e não aquela das necessidades sociais que deveriam ser satisfeitas segundo os direitos humanos e sociais de todas e todos...

Por exemplo, é muito frequente que falemos de atenção básica ou primária à saúde em um contexto e um exercício conceitual em que estamos falando simplesmente da descentralização do atendimento laboratorial que antes era no hospital e agora é em unidades não hospitalares, mas sem mudanças conceituais e operacionais substantivas, inclusive com a ausência do conceito de políticas e sistemas públicos universais de atenção à saúde.

A experiência vivida nos serviços em contato direto com a população deveria resultar em orientação segundo as necessidades sociais das pessoas, no entanto isto nem sempre acontece, pois existe uma naturalização de um pensamento hegemônico onde nos acostumamos com a idéia de que nossa prática se organiza em torno das ofertas dos serviços e não das necessidades das comunidades. Existem exceções, mas a regra é esta, portanto, é coerente com a hegemonia atual um modelo de assistência onde não é questionado o modo de atenção e esse modelo de assistência hegemônico se organiza em torno de uma oferta que filtra a necessidade social.

Um exemplo concreto seria o de um serviço de saúde que não se dispõe a atender crianças, em um primeiro momento a população até pode levar crianças até lá, mas aí ela descobre que ali não se atendem crianças, a partir de então, provavelmente, não levarão mais crianças ali. E esse serviço se perguntado se há necessidade de atenção de crianças naquela área, é possível que responda que não há necessidade posto que não há demanda, porque este serviço vive de uma demanda que já está filtrada pela oferta.

As pessoas consomem hoje o que a gente oferece como serviços e sistema de saúde, não o que elas necessariamente precisam e algumas destas distorções já estão molecularmente instaladas na população, haja visto a forma como a nossa população se relaciona com medicamentos, por exemplo. O cidadão foi atendido em uma consulta médica e o médico não prescreveu medicamento, o que já põe em dúvida se o médico é bom... Fica aquela desconfiança de que o médico não sabia o que eu tenho e por isso não conseguiu dizer que medicamento eu tenho que usar. Essa internalização de certos valores é, em ultima instancia, a internalização da oferta que nós fazemos, do modo de atenção que conscientemente ou inconscientemente professamos.

O filtro da oferta é extremamente forte, as necessidades sociais não entram para dentro do sistema de saúde na forma de uma percepção organizada da realidade, ou pelo menos não entram de forma plena, entram filtradas pela natureza da nossa oferta hoje, expressa pelo setor, como serviços de saúde e outros, resultando então em uma demanda filtrada, pálida, que acaba se expressando de maneira mais forte só em situações muito trágicas quando de forma passageira adquire uma conotação mais intensa de manifestação das necessidades da população, mas em geral isso é administrado no próprio cotidiano a partir desta perspectiva do filtro da oferta.

Então, nós queremos virar o jogo pra quê?

Para satisfazermos o imperativo ético de responder às necessidades em saúde, constituindo um modo de atenção que atenda a estas necessidades e um modo de gestão que apóie este modo de atenção. Esse é o nosso desafio estratégico, como um grande esforço de desfragmentação da realidade e domínio da complexidade.

Em 2002 nós fizemos um trabalho, durante mais ou menos oito meses, onde nos reunimos todas as sextas-feiras à tarde, em Porto Alegre, com um conjunto de secretarias e centros administrativos regionais da Prefeitura, tentando descobrir qual era o nosso objeto comum. Naquele esforço estivemos perseguindo a materialização de uma orientação pela transetorialidade.

Neste trabalho de quase 8 meses, nós tentamos definir, a partir de uma percepção construída no grupo nos primeiros dois meses, como nós nos relacionávamos com o objeto comum – definido como qualidade de vida e o que significava este objeto e como ele se expressava na complexidade da vida das pessoas na cidade e no trabalho do governo e em suas interfaces com a sociedade civil. Buscamos verificar as formas de intervir e trabalhar sobre o objeto comum - qualidade de vida, como objeto único que serviria a todas as secretarias.

Este trabalho coletivo chegou às seguintes conclusões:

Primeiro: que a nossa qualidade de vida depende da satisfação das nossas necessidades sociais, as quais encontram expressões individuais importantes. E que essas necessidades sociais, vistas no contexto dos direitos dos cidadãos, nos obrigam a buscar a referencia da própria Constituição Brasileira, ou antes disso, o que dizem as declarações internacionais assinadas pelo Brasil sobre os direitos humanos e sociais, e olhar as outras legislações complementares da constituição, como a própria Lei Orgânica da Saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente e uma série de outras leis regulamentadoras dos direitos e fazer uma leitura positiva desses direitos para fins de compor um mapa das necessidades que a própria legislação já reconhece e que nós deveríamos estar satisfazendo, dentro do esforço de construir um governo orientado para satisfazer as necessidades sociais das cidadãs e cidadãos. E chegamos a conclusão de que o respeito efetivo aos direitos sociais configuraria a qualidade de vida, ou seja a satisfação das necessidades previstas nos direitos legalmente estabelecidos resultaria em uma melhor qualidade de vida.

Esta é uma questão interessante e que no Brasil frequentemente parece que há uma neblina por cima dessa questão dos direitos. Hoje discutimos rotineiramente a questão dos direitos com o Ministério Público, que, juntamente com o Judiciário, nos obrigam a cumprir aquilo que nós devíamos cotidianamente estar respondendo - os direitos das pessoas descritos na Constituição. O Ministério Público está fazendo o seu trabalho exigindo o acesso aos direitos dos cidadãos e a garantia desses direitos por parte do Estado.

Em nosso trabalho coletivo pensamos que esses direitos poderiam ser expressos em cinco esferas orientadoras da estratégia, caracterizariam os âmbitos em que nós poderíamos trabalhar pela promoção da qualidade de vida. Nos nossos documentos, falamos sempre em estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, espero que, a medida em que avancemos com a difusão e compreensão deste conceito, não necessitemos mais falar “e saúde”, que a gente entenda a qualidade de vida como a síntese dessas questões. Mas hoje se não usarmos “e saúde” teremos dificuldade em nos comunicarmos com os setores da saúde, infelizmente ainda temos este pequeno problema doméstico.

Então temos 5 esferas que nós identificamos no trabalho desenvolvido (Figura 1):

Primeira Esfera: existem elementos da qualidade de vida que estão expressos na esfera individual em torno do conceito de autonomia. O que é autonomia? É a possibilidade da pessoa poder suprir os seus desejos e necessidades por seus próprio meios ou por meios disponibilizados socialmente. Este é um princípio de autonomia, que não é uma autonomia que aliene o individuo da vida social, que autorize uma interpretação individualista, mas sim autonomia no sentido de poder, seja física, seja psíquica, seja mental, seja social e economicamente, desempenhar as ações que lhe permitam satisfazer suas necessidades e desejos.

E a gente pode fazer essa leitura da autonomia a partir dos direitos, gosto muito de usar um exemplo que é seguinte: o direito de respirar e autonomia para poder respirar. Já pensaram nisso? Sobre o direito de respirar? A gente só pensa em respiração como um problema de ordem fisiológica, se eu posso ou não posso respirar fisiologicamente, e daí se eu não posso tem medicamento, tem cirurgia, tem suporte respiratório, mas agora, já pensaram na questão do direito a respirar? Porque isso envolve outras esferas, se eu quiser ter auto-

nomia para respirar eu preciso ter uma função fisiológica preservada, mas essa função fisiológica depende de uma série de questões que não estão estritamente no âmbito individual, por exemplo, a qualidade do ar, se eu respiro um ar de péssima qualidade o meu direito de respirar plenamente está prejudicado.

Eu não posso falar do direito a respirar, tomado dessa maneira, se eu não levar em conta a qualidade do ar, se eu for tomar em conta a qualidade do ar, eu vou ter que falar do controle de emissão de gases de veículos, vou ter que falar do padrão de circulação de veículos na cidade, vou ter que falar sobre o tipo de opções de transporte, da política de transporte, vou ter que falar sobre a natureza dos combustíveis, vou ter que falar de uma série de outras coisas e aí eu vou configurar o que por um lado fala sobre a manutenção da qualidade do ar e os seus determinantes e por outro lado eu posso falar sobre a questão da capacidade respiratória, haja visto outros componentes, tipo tabagismo ou restrições por patologias crônicas geneticamente determinadas ou não, eu posso falar sobre uma série de coisas, e para mim responder a esse direito a respirar e manter essa autonomia dos indivíduos em respirar eu posso intervir tanto pelo lado dos temas ambientais quanto pelo lado do suporte para as pessoas que tem dificuldade para respirar, como, por exemplo, na assistência domiciliar com oxigênio terapia, como expressão de um sistema de saúde pública de acesso universal.

Toda essa construção conceitual destaca a esfera da autonomia baseada na garantia de direitos, buscando a preservação e o desenvolvimento da autonomia do indivíduo, frente ao que em todo que vamos intervir, temos que preservar a autonomia dos envolvidos. Tal enfoque deve levar-nos a revisar nossas ações, tanto as transeitoriais como aquelas no interior do próprio setor saúde, porque freqüentemente a nossa intervenção no setor de saúde não preserva a autonomia das pessoas. Como escreveu Heráclito de Éfeso, 5 séculos antes de Cristo, os médicos às vezes adotam remédios que mais parecem doenças, já naquela época havia esta crítica...

Esta é uma questão relevante também do ponto de vista ético, a autonomia das pessoas se expressa em situações como o direito de dizerem não para o uso de terapia intensiva, de dizerem não para a reanimação, de estabelecerem o que é aceitável como terapia considerando as possibilidades de preservar a qualidade de vida e a autonomia. Mas também a autonomia de dizer que não queremos

políticas econômicas, sociais ou ambientais que limitam a autonomia dos indivíduos para garantir seus direitos humanos e sociais.

Esse conceito de autonomia é chave para entender a estratégia promocional, a qual está ancorada, na esfera individual, na preservação e desenvolvimento da autonomia dos indivíduos.



Figura 1 – As Cinco Esferas da Qualidade de Vida.

Segunda Esfera: se constitui na dimensão coletiva da qualidade de vida, que está expressa no conceito de equidade. A equidade se constitui em conceito-chave, porque as sociedades com pior qualidade de vida são aquelas sociedades com maior nível de inequidade e, portanto, mais injustiça distributiva. Ou será que alguém acha que em nosso País nós vamos superar o problema da violência se nós não resolvermos o problema da inequidade?

Nós que estamos aqui nesta sala somos uma elite privilegiada, no ano de 2002 eu estava vendo a estrutura das pesquisas eleitorais e eu me dava conta que a classe A nesse país é quem tem renda maior que 2000 Reais, vocês sabiam disso? E isso corresponde a 5% da população brasileira, esta é a Classe A, ou seja, daí pra baixo a renda vai caindo de forma assustadora. Basta a gente caminhar

pelas cidades e pelos campos deste País para dar-nos conta da distribuição injusta das riquezas deste Brasil imensamente rico.

A inequidade revela a matriz de uma série de questões sociais complexas e se nós não atacarmos as inequidades de todos os tipos – declases sociais, de gêneros, de etnias e raças, de idades, que se expressam nas inequidades de renda, de habitação, de transporte, de alimentação, de educação, de saúde – em síntese, nas inequidades de oportunidade para vivermos todos vidas que valham a pena, não conseguiremos materializar a estratégia da promoção da qualidade de vida no cotidiano das pessoas.

As inequidades se manifestam com mais força quando analisadas no âmbito local. Podemos comparar as inequidades entre Suécia e Brasil, encontraremos diferenças grandes, mas quando vamos para dentro de qualquer município, vamos para dentro do Município de Campinas e comparamos bairros e localidades, as diferenças em termo de distancia de oportunidades revelarão uma brecha de equidade ainda mais importante do que na comparação internacional. Nem todas as respostas para a produção de sociedades equitativas estão em nossas mãos se pensarmos apenas localmente, por isso a necessidade de pensar estrategicamente, politicamente, em uma perspectiva maior, com projetos de País e de Mundo.

Temos que resgatar a política, faz umas décadas que disseram que não havia mais política, que a história tinha acabado e não precisava mais discutir ideologia ou política, acho que hoje neste País, temos a obrigação de fazer a distinção política, porque a gente precisa optar livremente sobre os rumos desta sociedade, por que ou nós vamos continuar costurando os rotos e amassados ou nós vamos romper limites que nos condenam e a questão da equidade está no centro deste debate político necessário e urgente.

Terceira Esfera: vimos que as instituições também são um espaço político, uma esfera de intervenção desta estratégia promocional, com sua transformação ocorrendo em torno a três elementos centrais:

1 - a democratização das instituições, que tem que ser vista como esta reorientação das instituições para que estas respondam às necessidades sociais, dentro da sua natureza como proposta de instituição, mas focadas nas necessidades sociais;

2 - a integralidade da resposta institucional, pois esta não pode construir-se em um pedaço ou outro de nossas ações, mas sim ser o resultado integrado e integrador das respostas que damos ‘as

necessidades sociais. O sistema de respostas das políticas públicas é que irá configurar a integralidade. Frequentemente, na área da saúde, nós queremos ser integrais, achando que vamos resolver todos os problemas da população. E a integralidade não é um exercício isolado de um setor ou outro, é uma política pública abrangente. E mais do que uma política de estado, é uma política pública, que abarca as estruturas do estado e da sociedade civil.

A existência de uma política de estado, não significa que exista necessariamente uma política pública. Por que pode ocorrer que, mesmo quando governos querem instituir uma política socialmente orientada, mas que a sociedade em sua correlação de forças ou interesses não permite, a política de estado não resulta em uma política pública, a qual se caracteriza por ser de domínio da população, gerar bem estar geral e ser sustentável pela maioria. Precisamos transformar as políticas de interesse da maioria da população em políticas públicas, superando os conflitos ideológicos e transformando tanto a esfera do estado, como a esfera privada em esferas públicas, onde o interesse comum esteja preservado em detrimento do interesse de lucro ou de benefício poucos.

Estabelecer uma política pública capaz de sustentar a integralidade inclui introduzir na agenda de debates da sociedade temas para os quais a sociedade se compromete de todas as maneiras a encontrar uma solução efetiva. Pensando assim, na construção de agendas sociais, eu diria, como exemplo, que no dia em que as pessoas forem tomar cafezinho, sentar ‘a mesa do bar e discutir a mortalidade infantil no município, como tema de discussão da agenda social das pessoas, vamos estar começando a construir política pública de verdade. Enquanto a mortalidade infantil for uma preocupação interna das instituições, com os técnicos discutindo mas com a população sequer sabendo os números do que está acontecendo e como esta tragédia poderia ser evitável, nós estaremos fadados ao fracasso, nós não vamos romper os determinantes do problema. A mortalidade infantil deveria ser um tema de agenda pública, em que toda população discutisse o imperativo de eliminá-la. Mas se não colocamos as informações e evidências em debate, se não reivindicamos o compromisso ético em torno a sua superação, como é que queremos gerar uma agenda pública? Portanto, as instituições precisam abrir o conceito da integralidade, abrindo uma perspectiva de debate da política pública, o que não isenta as instituições da sua responsabilidade de governo, ou institucional privada. Mas estabele-

lece que a construção da política pública passa por um conceito de integralidade que finalmente envolve toda a sociedade, onde se justificam e se projetam as instituições.

3 - a questão da transetorialidade. Para entender a transetorialidade há que diferenciá-la de outros enfoques e afirmar sua originalidade.

Diferenciemos multisetorialidade, intersetorialidade e transetorialidade.

A multisetorialidade poderia definir-se em torno do exemplo seguinte: todos olham este microfone, vêem o microfone, registram o microfone e anotam em sua folha o que viram. E eu lhes solicito então que todos trabalhem sobre este microfone, frente ao que cada um fará o seu processo de trabalho sobre o tema microfone. Todos estarão trabalhando sobre o microfone, mas, na verdade, cada um estará trabalhando sobre sua representação do microfone. Cada um estará fazendo a sua interpretação, a sua forma de alterá-lo, segundo sua formação profissional, visão de mundo, vivências anteriores *etc.* O que não quer significa que eu consiga obter, ao final, o mesmo microfone ou a mesma representação deste microfone. Teríamos nesta sala possivelmente 50 microfones diferentes.

A multisetorialidade não resolve o problema da compreensão comum do objeto e cria dificuldades para obter a convergência do trabalho entre atores sociais com interesses e objetivos distintos. Frente a este limite importante da multisetorialidade, examinemos a opção da intersetorialidade.

Do ponto de vista da relação com este objeto dito intersetorial, o que nos chama a atenção é que as pessoas vêem, se agrupam em torno de um determinado problema (objeto), se relacionam com o objeto – fazem perguntas sobre ele, combinam uma forma de intervir sobre este objeto, no entanto, esta combinação vai até o limite da representação do que isto tem como problema para cada um dos atores ou disciplinas de conhecimento envolvidos. Todos os dias criamos grupos intersetoriais para tentar resolver problemas complexos. Observava nos últimos dias o grupo de trabalho sobre prostituição infantil em Porto Alegre. Quer problema mais complicado do que a prostituição infantil ou de adolescentes, onde existe uma causalidade complexa que exige respostas complexas? É uma prostituição que nasce diretamente da miséria econômica e social, onde encontramos já a partir dos nove anos, crianças e adolescentes que têm autonomia suficiente dentro do contexto social, para consu-

mirem crack e se prostituírem para manter o vício. E, portanto, elas naturalizam o que fazem em função de um benefício: o prazer imediato. Daí, dizemos que não pode ser assim, que vamos recolhê-las das ruas. Então a polícia tira todo mundo, leva para o conselho tutelar, dois dias depois, estão de novo nas ruas. Ou seja, um problema complexo como este, visto sob a lógica da intersetorialidade, como é normalmente colocado, faz com que hoje tenhamos assistência social, conselho tutelar, policiamento, saúde e outros trabalhando sobre isso, formando grupos e comissões, mas a essência geradora do problema permanece intacta, mostra os limites desse enfoque intersetorial onde o meu objeto está limitado pelo meu campo de intervenção mesmo trabalhando junto com outros setores.

O que torna a intersetorialidade insuficiente é que ela não altera o objeto de intervenção. Então esta intersetorialidade vai até o limite da representação do problema e de um plano de intervenção dos vários setores de uma forma articulada. Mas ela tem o limite de não transformar o objeto da intervenção, porque nós ainda continuamos trabalhando com uma lógica fortemente disciplinar e orientada a tratar as consequências ou no máximo as causas imediatas. Cada um tem uma parte do conhecimento, combina sua parte com a parte do outro, mas continua tendo, cada um uma parte, é a visão de cada um sobre o problema, que eu junto com a ação do outro para intervir, mas eu não consigo com isso quebrar a determinação que produz socialmente o problema e transformar a realidade, é um limite de potência política da intersetorialidade, a qual admite um limite muito aquém da complexa matriz de produção dos problemas sociais.

Por que razões a transetorialidade poderia ser melhor do que as opções anteriores? Porque a transetorialidade aporta um elemento fundamental para estruturar nossa abordagem, pois o objeto – o nosso problema - tem que ter voz. E ter voz não será apenas, não é apenas, como nesse exemplo da prostituição, sentar e escutar as crianças e adolescentes e demais atores envolvidos, é conseguir construir, a partir da visão de várias disciplinas do conhecimento, uma resposta para essas necessidades que estão ali e precisam ser traduzidas. Então essa tradução e o compromisso de transformar essa realidade identificada ali como fruto de uma determinação social complexa, essa tradução e essa intervenção para a transformação é que podem caracterizar um tipo de intervenção transetorial, porque aí eu já desconfiguro as disciplinas e departamentos e secretarias e passo a ter um objeto integrado único que tem necessidades expres-

sas e que eu só consigo, ao final, atestar minha efetiva transetorialidade porque eu modifiquei essa realidade, alterando os padrões de determinação dos problemas enfrentados.

Enfrentar a complexidade desde esta perspectiva transetorial exige uma postura e compromisso político, um posicionamento filosófico e uma outra tecnologia de trabalho social que nos obrigue a repensar completamente a forma como atuamos, porque estou convencido que da maneira como nos propomos hoje a enfrentar os problemas sociais complexos estamos condenados ao fracasso. Há poucas semanas tive um ataque de sinceridade com um Juiz da Infância e da Juventude e lhe disse que a resposta que ele esperava do setor saúde – de que nós iríamos tratar e internar quando necessário, todos adolescentes e crianças que andam drogados pelas ruas e comunidades, nós não tínhamos nenhuma condição de lhe dar, porque se tratava de um problema de uma magnitude tão grande e que exigia uma ação tão abrangente de governo e sociedade que nós precisávamos propor um outro debate, muito mais forte e decisivo por parte da sociedade e governo, precisávamos inventar uma estratégia transetorial, geradora de política pública para enfrentar o problema e não apenas ficarmos a tratar as conseqüências enquanto a geração social do problema segue aumentando. Nossa taxa de fracasso na forma tradicional de abordar o problema deveria ser suficiente para dar-nos conta de que não estamos seguindo um caminho que resolva o desafio.

Infelizmente o Juiz interpretou minha posição como uma desobrigação de nossos deveres. Evidente que essa não foi a minha intenção, nós continuamos atendendo e fazendo o possível com recursos e tecnologias sociais insuficientes frente ao tamanho do problema, mas infelizmente eu tenho a consciência da tragédia, que reside em nossa incapacidade em fazer a sociedade olhar para esses problemas desde a sua estrutura, nós não estamos conseguindo ser transetoriais e gerar agendas públicas abrangentes.

Eu sei que esta pode ser uma mensagem deprimente, mas acontece que se a gente não enfrentar o desafio e não disser o nome dele, como se costuma dizer na tradição - se não dermos um nome ao demônio não conseguiremos dominá-lo, e nós estamos nesse limite que exige superação, as nossas políticas sociais ficam trabalhando todo tempo nesse limite.

Então os sucessos que alcançamos são limitados, com 20, 30 adolescentes que nós conseguimos afastar das drogas, demons-

tramos foi positivo isso, mas enquanto temos esses 20, 30 que necessitaram do trabalho de dezenas de pessoas, tem outros milhares que eu não consigo atingir, porque essa tecnologia não da conta do tamanho da natureza do fenômeno, é esse o seu limite. Esta situação deveria ser objeto de um esforço transetorial renovador para todos nós que estamos trabalhando, inclusive para a universidade, um desafio extremamente instigante e desafiador. Temos que romper os limites do nosso que fazer cotidiano e inventar novos caminhos na transetorialidade, na religação dos saberes em torno ao desafio complexo da realidade.

Nesta perspectiva de ruptura e religação de saberes, me parece útil o conceito de necessidades radicais que a pensadora húngara Agnes Heller desenvolveu a partir da conceituação original de Marx. Necessidades radicais são aquelas que não encontram satisfação na realidade social tal como ela existe e portanto sua satisfação exige transformações sociais. Ou seja, tem problemas que insistimos em querer resolver na “Clínica de Adolescentes” e não colocamos sobre a mesa o problema a ser encarado transetorialmente - um modo de produção excludente e sem perspectivas para os jovens, uma sociedade que gera todos os dias milhares de adolescentes drogados. A ruptura deste processo social exige resposta à essa necessidade radical de proteger esses jovens de uma drogadição destrutiva, da delinqüência, da prostituição, do suicídio. A satisfação desta necessidade radical está na discussão de um outro modelo de sociedade, que é uma politização que nós estamos obrigados a fazer sobre o alcance da política pública, é nesse ponto de inflexão histórica que nós estamos. Temos que estar a altura deste desafio.

Porque não se trata apenas de recursos financeiros para as políticas publicas, se assim fosse, países ricos teriam resolvido o problema, por exemplo, da drogadição na adolescência e juventude. Quem melhor o resolveu, em dimensões historicamente mais avançadas, foram os países que tendo dinheiro o distribuíram melhor e criaram círculos e redes de apoio com participação da sociedade, se trata pois de ser mais justo. A equidade como forma superior de justiça social e inclusão social.

A transetorialidade comprometida com a universalidade dos direitos e a equidade.

Temos um obstáculo para este exercício inovador na organização de nossas instituições, pois com uma forma de organização vertical, fragmentada. Mesmo em pequenos municípios, onde o nú-

mero de funcionários relativamente pequeno, funcionamos freqüentemente em uma lógica de secretarias verticais, cada uma com o seu negócio, o seu botequim... Isso gera uma tremenda perda de potencia nas políticas sociais e na possibilidade de se transformarem em políticas publicas. Temos que adotar formas organizativas que permitam a transetorialidade e não a “obstaculizem”.

4 - a esfera da relação com o ambiente, que é uma questão extremamente importante, quando falamos em ambiente pensamos imediatamente nos ecologistas, nos animais em extinção, da poluição do ar e das águas, mas aqui nós estamos falando de ambiente em um sentido muito mais abrangente. Quando falamos dos animais em extinção, temos que lembrar que nós estamos potencialmente na lista da extinção, só que nós estamos mais atrás na fila, mas nós vamos chegar lá, porque o nosso modo de desenvolvimento é um modo insustentável.

Vocês já pensaram que se por algum malefício do destino o globo fosse um grande Estados Unidos? Bom, nesse momento já não teríamos mais mundo. Pois vocês já compararam o consumo energético de um norte americano com o consumo energético de um indiano ou de um brasileiro? Ou o consumo de papel, de metal, enfim de tudo o mais que possamos imaginar? O modo que estabelece um padrão de consumo desenfreado, como o consumo norte americano, de alguns países europeus ocidentais e das classes sociais mas abastadas em todo mundo ocidental ou ocidentalizado é um padrão de consumo insustentável para a totalidade dos habitantes da Terra, ele só funciona porque o resto do mundo sustenta o consumo das elites planetárias. Nós necessitamos uma lógica de produção e consumo que tenha uma racionalidade assentada na sustentabilidade de um ideal de sociedade que permita o respeito aos direitos de todos, com universalidade e equidade. Será que nós temos que consumir mais e mais e considerar isso como um fator de progresso ou nós temos que oferecer um padrão equitativo de acesso a todos aqueles que necessitam, de forma que todos tenham uma distribuição adequada, mas sem ameaçar a sustentabilidade da vida na Terra?

A sustentabilidade das relações que estabelecemos com o meio ambiente em que vivemos é uma discussão que está por trás de nossas opções a cada dia, mas que raramente se apresenta de forma clara, por isso a importância de explicitá-la no marco de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde. Hoje existe uma consciência ambiental muito maior do que há 30 ou 40 anos atrás. Mas

que consciência ambiental é esta? Às vezes, ela me parece muito despolitizada, está descolada do processo geral de sustentabilidade e do questionamento do nosso modelo de consumo. A caricatura é o seguinte: eu cuido da seleção do lixo, da coleta seletiva e reciclagem, mas eu não me preocupo com a geração do lixo pelo padrão de consumo adotado, no supermercado tem produto com 2, 3 embalagens e o produto que tem dentro vale menos do que a embalagem, gerando uma quantidade imensa de lixo e isso não é objeto de um debate social ampliado. Temas como saneamento, transgênicos, conservantes e agrotóxicos nos alimentos e tantos outros teriam que ocupar nossa agenda promocional.

Temos questões também da ordem da própria educação do consumidor, de criar um outro padrão de consumo, o que me parece ausente de nossa agenda de preocupações e que é essencial para uma estratégia de promoção da qualidade de vida e saúde. Então, se nós estamos em municípios pequenos e somos promotores da qualidade de vida, protetores da vida, nós temos que desenvolver esta visão integrada, pois a falta de sustentabilidade na relação com o meio ambiente gera o comprometimento da possibilidade em suprir os direitos que levam à qualidade de vida no âmbito individual e coletivo.

5 – a quinta esfera é a esfera da subjetivação e fala da possibilidade de criarmos novos imaginários sociais.

A subjetividade, que construímos, ou nossa capacidade de subjetivação, de agregação de valor às coisas que vivemos e sabemos é uma esfera que abarca todas as outras e ao mesmo tempo é uma esfera por si mesma. Seu valor reside na possibilidade de incorporarmos novos valores e padrões de interpretação aos indivíduos e coletividades, criando a possibilidade de rupturas de hegemonias até agora existentes e lançando as bases para novos projetos de sociedade, novos imaginários sociais.

O meu padrão de subjetivação se constitui na forma interpretativa que eu possuo para interpretar o que está sendo visto por mim e está baseado em juízos de valores e em redes cognitivas que atribuem valor ético e significação ao que vou sabendo, sentindo e experimentando. Seu ponto de partida sempre é uma revisão do que eu acredito e portanto deste confronto e da abertura que possa existir para incorporar novos valores é que nasceram novos padrões de subjetivação. O que eu estou lhes falando agora, como é que vocês o estão interpretando? Porque essa é a subjetivação, o que

vai sobrar desta conversa é o que vocês subjetivarem, o que vocês inscreveram para vocês como novos valores e verdades, não como um dado informativo isolado, mas como um sentido novo, uma forma nova ou renovada de interpretar fatos antigos, atuais ou futuros. Se trata de compor a possibilidade intelectual e imaginativa de compor novas realidades, novos projetos de sociedade.

Falamos na educação como base transformadora da nossa sociedade, na educação acreditamos que resida a possibilidade de novas subjetivações. No entanto, eu vejo as nossas escolas fracassando nesta tarefa e vejo que atribuímos à educação escolar mais do que ela pode dar. Precisamos considerar a escola como parte de um grande esforço educativo que a extrapola. A construção da subjetivação que fazemos nas escolas é muito ruim, é muito pobre. O que mais me choca em meus alunos universitários não é o fato deles quase não lerem e terem muita dificuldade em construir um pensamento abstrato, o que me choca é o grau de fragmentação do que eles sabem e conseqüentemente o grau de alienação que eles tem em relação ao mundo. O Prof. Rangel estava me falando sobre os alunos que se envolvem neste projeto e que vão para as áreas pobres de Campinas e descobrem um mundo que eles não sabiam que existia. Não parece absurdo que a realidade social da própria cidade onde vivem possa ser invisível para as pessoas?

Como dizia o jovem Marx, essa é a alienação do espírito e esta é a alienação mais triste, mais do que a alienação do trabalho pelo capital é a alienação do espírito, ou seja, a realidade está na minha frente e eu não a enxergo. A pergunta é se poderíamos construir novos padrões de subjetivação no âmbito de projetos de políticas sociais, por exemplo em um projeto de cidade promotora de qualidade de vida e saúde. Será que poderíamos criar espaços públicos onde se construa uma nova subjetivação? Eu acho que isso é possível desde que coloquemos este objetivo em nossa agenda como um elemento de primeira grandeza, porque isso não é algo que alcancemos naturalmente, temos que perseverar neste caminho e aprender a fazê-lo. É claro que, ao propormos este objetivo, de construir novos padrões de subjetivação, teremos que enfrentar os rótulos que serão atribuídos a este esforço – de ideológico, de subversivo. Em nossa história, não é ideológico o que é conservador e reacionário, só chamam ideológico aquilo que é de uma corrente crítica, progressista, de esquerda, isso dizem que é ideológico (tomemos o ideológico como um elogio aos nossos projetos de defesa dos direitos e de

construção de imaginários sociais marcados pela justiça e equidade).

O fato é que essa corrente crítica da filosofia, que não se satisfaz com a aparência, que quer saber por que tem que ser desta maneira e por que não pode ser diferente, tem uma longa tradição na história do pensamento humano e é um instrumento importante para questionarmos o que está acontecendo na nossa sociedade e no mundo e imaginarmos novos projetos de desenvolvimento humano.

Com minha filha de 14 anos, estudando com ela a história da República Velha, me dei conta que seus estudos, tal como propostos pela escola não tinham contexto e não estabeleciam valores e referências para entender e interpretar o mundo em que ela vive hoje. É uma educação que não tem contexto, a ausência daquilo que Paulo Freire e a corrente construtivista chamam de uma educação significativa. Me pareceu então que o caminho de construir uma significação para o estudo sobre a República Velha era justamente explorando o conceito de República, a *res publica* de Platão... pois a tradição republicana é o marco dentro do qual toda nossa vida social se organiza... me parece que a educação perde sua essencialidade justamente ao perder sua capacidade de construir uma subjetivação significativa que construa cidadania e permita transformações sociais.

Na ação governamental todo ato que o governo faz é subjetivado pela população. De repente, nós vemos governos que fazem muito pelas pessoas, mas não alcançam criar um novo padrão de subjetivação onde essas conquistas ganhem uma dimensão política superior, onde as conquistas coletivas superem a visão individualista tão forte na tradição clientelista e paternalista do Brasil.

Logo que Cristóvão Buarque perdeu a reeleição para Governador do Distrito Federal, ele fez uma palestra no Congresso da ABRASCO de 2000, contando as realizações do seu governo, com muitas obras, muitas coisas criativas, como a bolsa-escola e muitas outras que depois foram reproduzidas em outros lugares. E na ocasião eu perguntei a ele qual era a sua explicação para a derrota eleitoral considerando todas as suas realizações.

Ele respondeu com o relato de um acontecimento. Contou que uma de suas assistentes, durante a campanha eleitoral, viu em uma cidade chamada Santa Maria (uma cidade satélite de Brasília, das mais pobres), um senhor andando de bicicleta, coberto de bandeiras do Roriz e o chamou para perguntar se o Governo Cristóvão

Buarque não tinha sido bom para Santa Maria. O homem respondeu que tinha sido o melhor governo que a cidade já teve, que tinha construído escolas, postos de saúde, feito pavimentação - coisas que até então não existiam na cidade. Espantada, a assistente perguntou por que ele estava fazendo campanha para o Roriz. E ele respondeu que era porque o Governo Cristóvão Buarque não tinha feito nada por ele como indivíduo.

A subjetivação tem a ver com uma representação de mundo onde estamos dentro ou fora dele, onde nos vinculamos ou não ao destino coletivo e onde os nossos imaginários sociais se constituem como projetos sociais ou apenas como perspectivas individualistas.

Se não formos capazes de incidir no padrão de subjetivação das pessoas, a interpretação que elas fazem do fato em si - da escola, do posto de saúde, da pavimentação... e da forma como essas conquistas são construídas democraticamente com uma perspectiva de satisfação dos direitos sociais com universalidade e equidade... toda construção social pode não satisfazer absolutamente o que para elas tem sentido e valor. Se não construímos valores novos ao longo do nosso trabalho, será muito difícil construirmos uma estratégia promotora de qualidade de vida e saúde. Não me refiro a uma estratégia de comunicação social, não se trata de fazer propaganda, se trata de como se atribuem valores às coisas que são feitas, como se constitui um projeto coletivo, como este projeto beneficia o indivíduo e como beneficia a coletividade, esta nova subjetivação é que define a relevância e a durabilidade do que construímos como projeto de sociedade, baseada em novos imaginários sociais.

Completamos assim o percurso das cinco esferas que compõem a estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, como expressão da garantia dos direitos humanos e sociais.

Na representação da autonomia dos indivíduos, vale à pena reforçar a idéia de que a autonomia é relativa a cada etapa de nossa vida e de que o nosso objetivo será manter a autonomia potencial plena das pessoas ao longo de todos os seus ciclos vitais, preservando e desenvolvendo sua autonomia, mesmo no momento final da vida que é a morte. Por exemplo, queremos que as pessoas mantenham sua autonomia de caminhar ao longo de toda a existência, observados os limites diferentes que possamos ter ou necessitar segundo nossa idade ou nossas atribuições sociais, mas sempre buscando manter e desenvolver esta autonomia. Pensando assim podemos pensar de forma diferente muitas políticas públicas que

prejudicam ou facilitam a manutenção e desenvolvimento desta autonomia e podemos ampliá-la considerando o conceito de mobilidade humana, no que incluímos a questão dos transportes e sua adequação para todas as necessidades sociais e individuais.

A adoção do imperativo de responder às necessidades sociais como sendo o ponto cardinal onde nós queremos chegar muda muita coisa no nosso dia-a-dia de responsáveis pela qualidade de vida e saúde de nossas coletividades. Como esta definição de responder às necessidades pressupõe responder para todas e todos – ou seja, com universalidade de direitos e equidade (para cada um segundo a sua necessidade) – temos que pensar em tecnologias sociais que sejam coerentes com uma resposta universa, onde combinemos suficiência com qualidade, buscando efetividade social de nossas ações. Este debate estabelece a necessidade de saber qual o tamanho da necessidade, quanto custa responder e quanto tempo necessitamos para satisfazer a necessidade de todos com qualidade, criando assim uma agenda sustentada para alcançar as transformações necessárias.

Eu já tive a oportunidade de ouvir na gestão federal anterior e parece que, nesta gestão federal, ainda não se erradicou essa idéia, intervenções em que se define o SUS como responsável pela atenção de 70% da população. Essa é uma idéia muito inadequada pois ela rebaixa o nosso horizonte de universalidade, além do que hoje não é apenas 70% da população que usa o SUS. Podemos nos arriscar a dizer que 70% da população usa o SUS nos postos de saúde, na atenção primária, mas quando chegamos na maior complexidade poderíamos dizer que 95% ou mais o utilizam de forma plena ou complementar. Isto se torna visível nos números de procedimentos de alta complexidade feitos pelo SUS, quando comparado com o setor privado não-conveniado, como no caso dos transplantes, da hemodiálise, dos medicamentos especiais, dos anti-retrovirais.

Se o SUS é para todas e todos a tecnologia adotada para o seu desenvolvimento tem que ser abrangente para todos. Da mesma maneira nossos projetos de promoção da qualidade de vida e saúde tem que ter esta abrangência universal e, portanto, uma tecnologia orientada para este fim.

Se esta dimensão universal já é um problema na saúde, na assistência social a situação é muito mais dramática, porque na assistência social se adota uma idéia de ação de política pública para os miseráveis, porque a gente adota um conceito de assistência so-

cial em detrimento do conceito emancipatório de seguridade social. A gente fica sempre discutindo a seguridade social como sistema de pensões e aposentadorias, quando a seguridade social engloba pelo menos cinco componentes: trabalho, habitação, saúde, educação e a suplementação de assistência social para as necessidades sociais e individuais especiais. Onde esta última entraria nas situações agudas e excepcionais, pois se deveria pressupor uma seguridade global na garantia dos quatro outros componentes. A constituição de uma política global de seguridade social e a organização dos governos em base a este conceito integrado nas políticas, orçamentos e ações é um caminho essencial na concretização de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde.

A desfragmentação das políticas sociais é algo fundamental na proposta de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde. Um passo importante nesta perspectiva é a constituição de um sistema de informações integrado, porque isto tem relação com a construção da do objeto unificado da transetorialidade. Nós trabalhamos com uma tremenda fragmentação - o Joãozinho é um Joãozinho na saúde, ele é um outro Joãozinho na assistência social, ele é um outro Joãozinho na educação, eu tenho 4, 5, 6, 7, 8 cadastros diferentes que falam do mesmo Joãozinho e eu não sou capaz de dizer "O João da Silva é cidadão de tal cidade, com tantos anos de idade, condição familiar tal, mora em tal lugar, a situação de habitação dele é tal, não tem acesso à água, abandonou a escola no terceiro ano, tem uma pneumopatia crônica, ...". Somos freqüentemente incapazes de articular essas informações em torno a um contexto que permita intervir sobre os determinantes da qualidade de vida e saúde deste indivíduo, sua família e suas comunidades. Atuamos aos pedaços, em uma fragmentação extraordinária.

Embora nas cidades menores isso seja mais fácil de se resolver, nas grandes cidades isso é uma tragédia, porque falta um conceito para alterar esta realidade. As revoluções se fazem primeiramente com idéias, temos que ter um conceito claro de sistema de seguridade social e orientá-lo por esta estratégia promocional de qualidade de vida e saúde, com universalidade, equidade e transetorialidade.

Ao apontar a universalidade com equidade, o que queremos é diminuir os déficits de atenção, suprir o que falta para responder às necessidades sociais, mas tendo o cuidado de não gerar mais inequidades, ou seja, cuidar para desenvolver uma resposta que

busque o equilíbrio de oportunidades de modo a diminuir os déficits ao mesmo tempo em que se diminui as distâncias entre os que tem mais necessidades satisfeitas e os que tem menos, gerando justiça social.

Quanto à transetorialidade, costumamos dizer para fins didáticos que existe uma transetorialidade externa e uma interna à saúde. E que isto também poderia ser caracterizado assim para os outros setores, por exemplo o âmbito interno da transetorialidade na educação. Pois além do desafio de constituir objetos transetoriais com os outros setores temos que construir objetos transetoriais dentro dos nossos próprios setores. Dentro da saúde os objetos também estão extremamente fragmentados, fazendo com que se estabeleça uma divisão entre atenção curativa, prevenção, educação e proteção. De maneira que propomos a partir da adoção da estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, que consideremos que a promoção como estratégia funcione como um guarda-chuva conceitual, abrangendo a prevenção dos agravos e doenças, a proteção da vida, a educação para a qualidade de vida e a saúde, a atenção curativa, o manejo de doenças e a reabilitação integral, com partes de um enfoque amplo com todos operando em torno das cinco esferas da estratégia promocional anteriormente descritas.

Nesta definição de estratégia promocional não existem ações promocionais, mas sim ações educativas, preventivas, curativas...orientadas pela estratégia promocional (Figura 2). Na forma tradicional em que se discute a promoção, definem a promoção como manutenção da saúde, seria manter sadio quem é sadio. Acreditamos que esta é uma definição difícil de sustentar pois ninguém é 100% sadio ou 100% doente, o que torna a promoção nesta definição tradicional algo difícil de aplicar e além disso fica como externa ao setor saúde, apontando o auto-cuidado, a mudança de hábitos individuais e não avançando na reorientação do setor saúde e do cuidado médico e não questionando a determinação social dos problemas de saúde/doença., o que torna a promoção da saúde tradicionalmente definida algo de muito pouca potência política. A estratégia promocional da qualidade de vida e saúde se propõe a ser uma reorientação profunda do que fazer em saúde e não apenas um conjunto de ações em novos programas verticais de alimentação, exercícios e combate ao tabaco, definidos como opções saudáveis dos indivíduos.



Figura 2 – Promoção como Estratégia e suas expressões na forma de ações.

Na perspectiva que adotamos, um homem de 55 anos, portador de diabetes, com uma perna já amputada e uma retina comprometida, pode ser objeto/sujeito de uma estratégia promocional? Claro que sim, mas seguindo uma estratégia promocional que define o seguinte: “O Sr. nesse ponto que está, com as potencialidades que tem, o que nós podemos melhorar em sua autonomia será feito com a sua participação, nós vamos fazer um conjunto de intervenções em prol da sua autonomia, pois não queremos que o Sr. ampute outra perna, não queremos que progrida a sua retinopatia, nós queremos que controle melhor sua diabetes, queremos estimular pra fazer um controle de fatores que podem propiciar uma melhor satisfação para o Sr., mas a idéia fundamental é a de autonomia, para que você possa responder aos seus desejos e necessidades com a maior independência possível considerando suas funções sociais e seus planos de futuro...” Para tanto há que se estabelecer um processo promocional de sua autonomia / qualidade de vida, onde se desenvolvem elementos de educação pra saúde com ele, onde ele é o

protagonista desse processo de reabilitação, se estabelecem medidas protetoras em sua casa, na comunidade, para que ele não tenha mais danos e perdas de autonomia, podem ser proteções ambientais ou individuais que ele possa usar, podemos estabelecer medidas preventivas que evitem comprometer a autonomia – prevenindo a evolução da retinopatia, com medidas mais efetivas de controle da glicemia, através da viabilização de alternativas econômicas e qualificadas para a sua alimentação, além de medidas curativas que manejem ou eliminem aspectos clínicos ativos de sua doença... Ou seja podemos promover a qualidade de vida e saúde mesmo em casos avançados de doença, pois o nosso foco transtornal de abordagem da autonomia pode responder a essas necessidades, dá pra fazer promoção, nesta perspectiva de garantir, manter e desenvolver a autonomia. Mas isso situa a promoção como estratégia, uma estratégia que abrange os indivíduos e a coletividade. Por quê? Porque raramente vamos conseguir uma solução isolada para garantir a autonomia dos indivíduos sem considerar a sua identidade social. Sem entrar naquilo que socialmente limita sua autonomia.

Como um outro exemplo podemos abordar a questão da gravidez na adolescência como foco da nossa atenção nesta estratégia promocional. A primeira questão que é da autonomia, me leva a fazer uma ponderação sobre “A gravidez na adolescência é uma vontade expressa da adolescente e do adolescente ou isso é uma contingência imposta?” Isto é um dos temas mais interessantes para se discutir como elemento de definição do objeto de nossa estratégia promocional, pois teremos então que considerar não apenas o objeto gravidez na adolescência, mas também o objeto mães adolescentes como objetos de uma estratégia mais ampla, que poderia então projetar-se como a qualidade de vida e saúde das adolescentes e dos adolescentes e suas possíveis soluções no campo da estratégia promocional. Assim sendo temos que reconhecer que a gravidez na adolescência para muitas dessas meninas é uma manifestação de autonomia social e liberação de situações socialmente insuportáveis no ambiente doméstico e comunitário. É uma decisão de sair da família, constituir seu próprio espaço e constituir valor social numa sociedade onde ela muitas vezes não tem identidade nem valor. Porque se partimos da idéia de prevenção da gravidez na adolescência, fora da estratégia promocional, o que está em jogo não é a autonomia das adolescentes mas sim a idéia de que toda a adolescente grávida revela um fracasso da ação preventiva. No entanto, ao fazer este tipo

de avaliação estamos ignorando que a adolescente tem vontades, necessidades e desejos, não apenas de ordem sexual-reprodutiva, mas também de ordem social, onde a definição de identidade em uma sociedade que, muitas vezes, não lhe dá oportunidades, sobretudo se é uma adolescente pobre com baixa perspectiva de integração social e baixa auto-estima, podemos chegar à conclusão de que a gravidez é uma alternativa social que precisa de uma outra alternativa potente para ser substituída. Desse modo, pensando no enfoque estratégico promocional, vamos ter que pensar nos elementos dentro e fora da saúde que definem as possibilidades de promover a qualidade de vida dessas adolescentes, teremos que usar de forma criativa recursos e vínculos para a construção de alternativas sociais válidas e sustentáveis, rompendo assim o limite dos diagnósticos reiterativos ou as intervenções pontuais como a de uso de anti-concepcionais intradérmicos em adolescentes pobres... Se queremos disputar estas adolescentes para que elas construam outras perspectivas de vida que não passem por uma valorização social através da maternidade precoce, temos que criar alternativas que combinem as esferas da identidade de gênero, da cultura, da educação, do trabalho, do lazer, etc. É uma solução complexa para um problema complexo, como são os problemas que exigem uma estratégia promocional em sua abordagem. Temos que intervir sobre a produção social e não apenas sobre as suas conseqüências. A estratégia promocional nos abre esta possibilidade. Na forma tradicional da abordagem do problema, instituímos um programa de prevenção da gravidez na adolescência colocando a disposição das adolescentes os meios anti-conceptivos nos serviços de saúde e se falhar oferecemos serviços de pré-natal e achamos que estamos sendo muito eficazes com esta proposta. Então, a primeira coisa que acontece com a adolescente grávida é que ela deixa de freqüentar a escola, ou durante a gestação ou após o nascimento, por razões de cuidados, etc. Será então que não temos que mudar esta lógica, já que queremos disputar a vida desta mulher para que ela tenha uma maior autonomia com possibilidade de inserção social, mesmo com as dificuldades que impõe uma gravidez precoce? Estudos mostram que mulheres com gravidez precoce freqüentemente deixam de estudar, tem baixa inserção no mercado laboral, são vítimas de violência doméstica, temos que orientar-nos para esta realidade e preservar sua autonomia, suas possibilidades de equidade...

Para operar este enfoque estratégico promocional temos que romper o limite dos programas verticais, os quais colocam as necessidades das pessoas dentro de caixas segmentadoras. São tantos os programas verticais que nem temos funcionários pra tantos programas. Resultado: tem serviços que não aplicam todos os programas porque não tem funcionários suficientes. Porque a lógica do programa estabelecem responsabilidades segmentadas, onde cada funcionário tem o seu programa e os pacientes ficam rodando os programas. O desenvolvimento desta lógica é de uma inflação programática, segmentando os pacientes e as equipes de trabalho e entrando em choque com a perspectiva estratégica promocional onde procuramos responder de forma articulada e combinada ‘as necessidades das pessoas e das coletividades, entendendo os problemas em sua complexidade e em suas determinações sociais.

Dentro dessa estratégia promocional, é importante olhar a globalidade da intervenção. Pensemos a mortalidade infantil desde uma perspectiva promocional onde afirmamos o positivo: a sobrevivência infantil qualificada ou seja a vida infantil com qualidade. Se falamos da progressão da sobrevivência, podemos falar da qualidade da sobrevivência. Pode parecer algo menor, mas não é, porque hoje nós conseguimos reduzir a mortalidade, mas não estou certo que estamos melhorando a qualidade da sobrevivência infantil. Quando meu foco muda de sobreviver para viver bem, eu vou medir isso ano a ano dizendo: mais crianças estão vivas do que o ano passado, mas, além disso, estão vivendo com mais qualidade. Isso me dá outra perspectiva. E obriga outra organização da informação e das ações. Tomando a idéia de Max Weber de dimensões (como linhas paralelas que documentam os fatores que determinam a sobrevivência infantil com qualidade – Figura 3) e sua idéia de contínuos, podemos considerar que para cada criança ou grupo de crianças as dimensões se comportam de uma maneira a proteger ou comprometer a vida com qualidade, de maneira que posso representar o alinhamento dessas dimensões e construir perfis de maior ou menor fragilidade social, identificando os pontos de proteção ou de fragilidade destas crianças, permitindo uma visualização para fins de planejamento e monitoramento das ações e dos seus resultados, formando um complexo de representação da realidade e de suas evoluções, prevendo inclusive quando grupos de crianças ou crianças individualmente entrarão em fragilização social por conta de desemprego dos pais, de lar monoparental ou de doença dos irmãos...

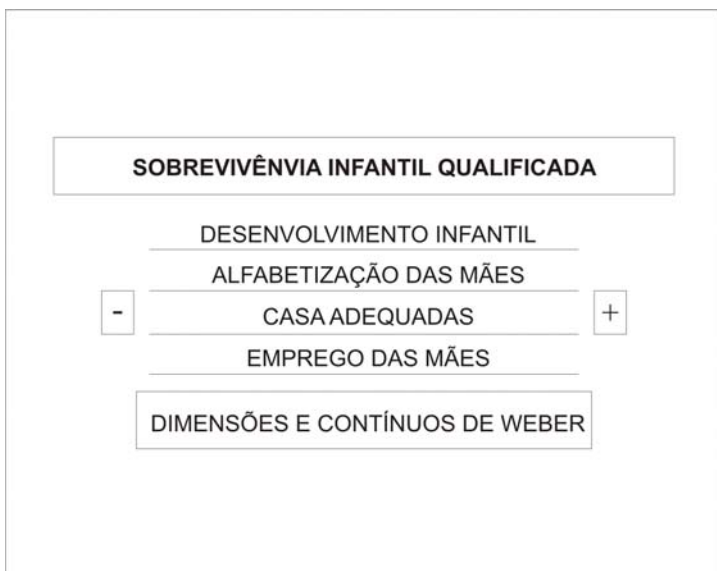


Figura 3 – Dimensões de um enfoque positivo.

Em trabalhos do Centro de Estudos sobre Populações da Escola de Saúde Pública da Universidade John Hopkins nos EUA, de autoria dos Dr^{es} Chen e Mosley, se documentava como as crianças acumulavam insultos ou danos à sua saúde. Eles mostravam que as crianças podiam não morrer por diarreia, por exemplo (pois hoje, com água, açúcar e sal nós evitamos que as crianças morram como antes por desidratação). Porém, se elas viviam em um ambiente precário socialmente, elas provavelmente teriam diarreia várias vezes por ano e cada vez que isso acontecesse, caíam um pouco em suas curvas de desenvolvimento, acumulando déficits em peso e estatura. E após cada queda, devido às suas condições sociais, elas não voltariam ao seu estado original antes do episódio da doença, acumulando danos, até que no fim, quando não é possível mais recuperar os danos acumulados, elas ficam permanentemente com uma estatura menor do que o esperado para as suas idades. Isso é um marcador de memória da perda da qualidade de vida e nós freqüentemente não atentamos muito para isso. Não olhamos para a questão de como as coisas se configuram. Então nossa capacidade de prever o que vai acontecer e nos adiantarmos para evitar os danos e intervir na produção social dos danos é muito baixa. Por exem-

plo: nos dados que temos do SINASC (Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade, as crianças mortas a cada ano são quase sempre as socialmente esperadas, com base no perfil das mortas anteriormente. E todos os anos ficamos contando quantas já morreram daquelas que sabemos que vão morrer, o que mostra o nosso fracasso. Devemos mudar o nosso olhar e nossa capacidade de intervenção, para isto serve um enfoque como o da estratégia promocional.

Quando estive na Conferência Pan Americana de Promoção da Saúde em Santiago do Chile em outubro de 2002, me espantou que em toda a Conferência só se falou de tabagismo, atividade física e dieta. Os fatores ambientais e de estratificação social praticamente não existiam. Parece que vivemos em um mundo ideal, em que depende apenas de minha mudança de hábitos, para resolver toda a situação de minha saúde e de meus concidadãos. E se você não mudar, a culpa é sua. Você vai enfartar. Essa é a visão desconectada de uma promoção da saúde tradicional, que não vê a determinação social dos problemas e que, portanto, não constrói estratégias sociais. Com isso não estou dizendo que não haja elementos de opções para as pessoas, em seus estilos de vida. Agora, considerar que isso é uma questão de decisão individual absoluta é uma simplificação grotesca, onde apenas culpabilizamos as pessoas. No caso do tabagismo, o hábito de fumar está se concentrando nas classes mais pobres, nas mulheres e nos jovens, todos segmentos ainda fragilizados de nossa sociedade. Mas sobretudo é um problema das classes sociais mais pobres. Se não considerarmos classe social, gênero, idade no desenho de uma estratégia promocional, qualquer ação que desenvolvermos terá pouca potencia para enfrentar o problema em seus determinantes, o que neste caso também significa ter uma estratégia clara para enfrentar os interesses da indústria do tabaco e criar barreiras de acesso econômico ao tabaco.

Na tipologia da promoção da saúde de French (Figura 4), há uma visão sintética organizada em esferas, na qual a esfera essencial é aquela que opera na produção de políticas que promovem a saúde e a qualidade de vida, determinando as outras esferas. Nas outras esferas temos a prevenção, a educação, o manejo de doenças, com todos os serviços representados nas diferentes esferas – ambulatórios, hospitais, abrigos... representando os serviços em relação a uma estratégia promocional. Acho que é muito útil enxergar isso, para não esquecermos que a estratégia promocional tem que se ex-

pressar em um reordenamento dos sistemas e serviços, envolvendo o modo de atenção e de gestão.

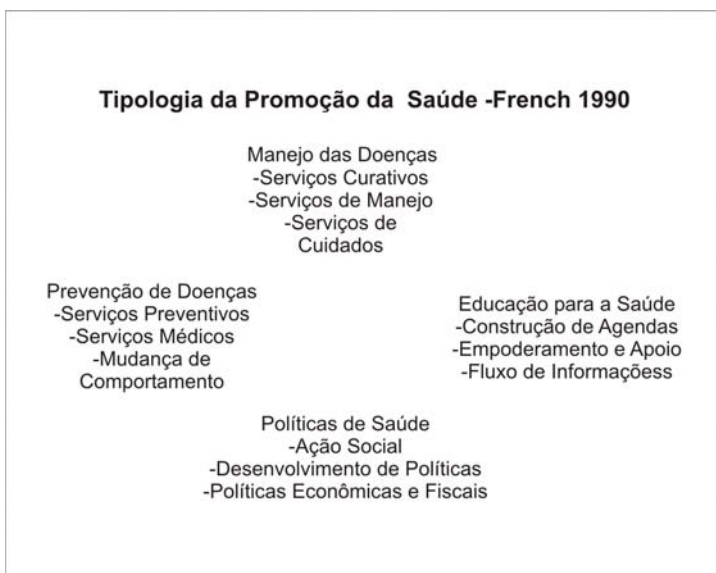


Figura 4 – Modelo de French (1990), para uma Tipologia da Promoção da Saúde.

Para expressar uma alternativa aos programas verticais trabalhamos com uma matriz que criou quatro projetos estruturantes de qualidade de vida e saúde (Figura 5) - na infância, na adolescência e juventude, na vida adulta e na terceira idade. Essa é a nova organização administrativa que nós temos para as ações estratégicas de saúde. Estes quatro ciclos são transversalizados pela condição de classe social – território social, de gêneros, de etnias e raças. Pois a infância, não é infância genericamente, depende da classe social da criança, que sexo e gênero é essa criança e que raça e etnia ela é porque isso define uma série de possibilidades sociais para sua evolução inclusive biológica. O que vale também para os adolescentes e jovens, adultos e da terceira idade. Isso obriga a uma outra lógica no desenho das políticas de qualidade de vida e saúde, com um enfoque de cuidado integral. Estamos agora adaptando nossa estrutura administrativa do planejamento e ações programáticas a essa nova matriz, inclusive no seu conceito de espaço físico.

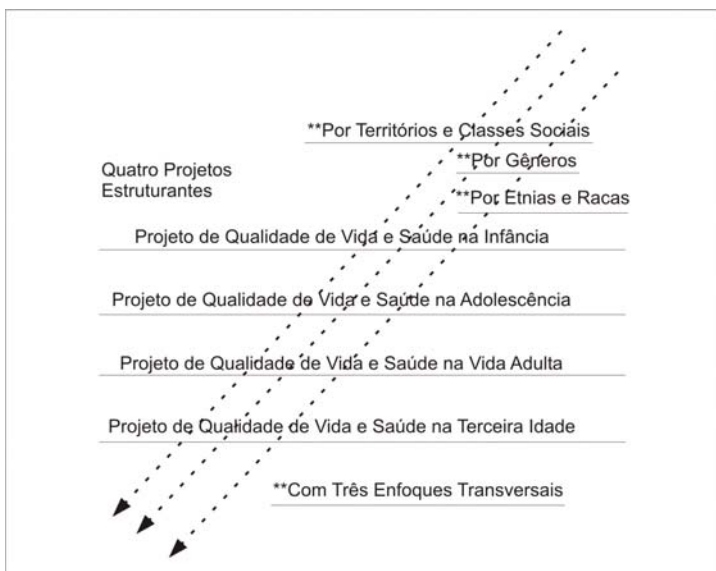


Figura 5 – Projetos Promocionais Estruturantes por Ciclos Vitais

O que fizemos para completar essa matriz foi o cruzamento com os projetos de desenvolvimento da autonomia (Figura 6), que constituem uma espécie de transição dos programas tradicionais em relação a este novo enfoque promocional, onde projetos de desenvolvimento de autonomia frente aos agravos crônico-degenerativos, os infeto-parasitários, os de saúde mental, os de saúde bucal, os da sexualidade e reprodução e os relacionados a ambientes naturais, tecnológicos e sociais com potencial de dano cruzam com os ciclos vitais e suas características sociais criando a totalidade da matriz para fins de planejamento e avaliação – criando uma perspectiva de preservação de autonomia frente aos agravos em todos os ciclos vitais.

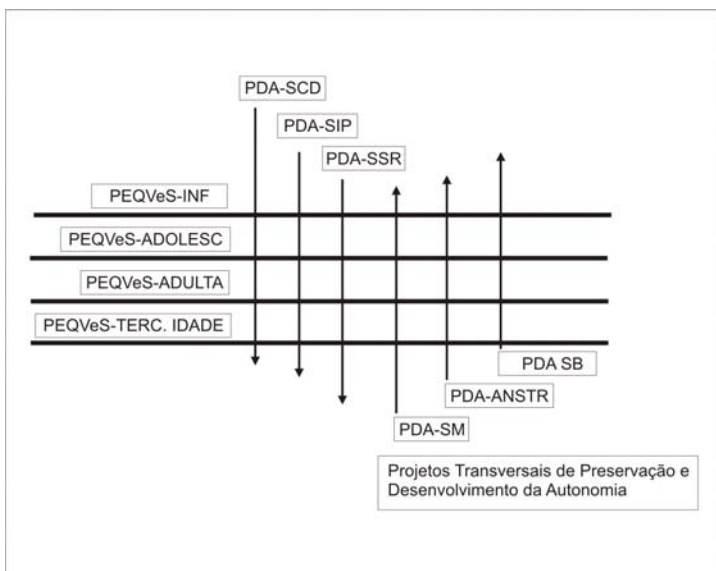


Figura 6 – Matriz de Projetos Estruturantes com projetos de Desenvolvimento de Autonomia.

Isto permite abrir na matriz temas que tradicionalmente não enfocamos como as doenças crônico-degenerativas na infância, nos levando inclusive a pensar em temas como a mensuração da pressão arterial das crianças, controle de obesidade e alimentação dentre outros temas, saindo da agenda clássica da saúde infantil. Os problemas hipertensivos na infância, freqüentemente não diagnosticados conduzem diretamente a problemas de insuficiência renal. Por isso ao colocar a pressão arterial das crianças na agenda de trabalho, como parte do cuidado integral da infância, começamos toda uma revisão de nossa política que vai desde termos os esfigmomanômetros adequados para fazer isso até discutirmos a presença de sal, gorduras e açúcar nos alimentos servidos nas escolas ou vendidos nos mercados, nas propagandas de alimentos dirigidos às crianças, nos fast food da vida... Se não trabalhamos em uma matriz promocional integrada, facilmente esquecemos destas leituras populacionais e sociais. A consequência direta são iniciativas que, em diferentes espaços, se constituem como respostas promocionais, como o projeto de lei para regulamentar o que as cantinas escolares podem colocar a venda para as crianças ou o padrão

da distribuição dos produtos nos supermercados, de maneira que certos produtos não fiquem ao alcance das mãos das crianças.

A estes projetos de autonomia estão vinculadas todas as funções dos direitos sociais. Então não é só uma questão da saúde, e sim de todos os campos de políticas públicas – educação, habitação, transporte, meio ambiente... combinando também o conjunto de recursos de governo com as iniciativas da sociedade, criando redes sociais, que nós entendemos como a combinação das redes de serviços públicos com as redes solidárias da comunidade.

Um exemplo que temos trabalhado muito intensamente é dar uma maior dimensão para os círculos de alcoólicos anônimos e seus familiares, como uma estratégia pública ampliada para criar redes de vínculos para aqueles que querem deixar de consumir álcool. Porque as nossas estratégias tradicionais de atendimento clínico individual são um fracasso. Então, se elas não se associarem a uma estratégia de agenda social ampliada, não conseguimos atender às necessidades sociais em toda a sua dimensão. Nem em número de pessoas que precisam ser atendidas, nem no tipo de vínculo que precisam ter para sustentar-se socialmente. É um desafio de qualidade e quantidade. Nós trabalhamos estes assuntos dentro das noções de redes sociais ampliadas. Temos que gerar, dentro de redes sociais ampliadas, agendas sociais. Quando nos referimos a agenda, trata-se da formulação política do assunto. Temos trabalhado muito com um tipo de metodologia que é a construção de narrativas. Só conseguimos palpar o problema se contarmos uma história que explique a natureza do problema e, ao mesmo tempo, torne claros os ganchos que podemos pegar para intervir nos determinantes do referido problema. Se formos falar da questão da violência contra adolescentes em uma região, temos que compor uma narrativa da situação daqueles adolescentes, situando a questão da violência a partir de suas várias causalidades e com isso já apontando os caminhos para ações que enfrentem os determinantes do problema. Essa é a matéria-prima de um trabalho transetorial contextualizado, a construção da narrativa como um exercício compreensivo. Nós temos uma educação muito positivista e muito quantitativa e, freqüentemente, não sabemos como interpretar e o que fazer com os números. Se estruturarmos a narrativa, damos um sentido para esses números. Mas precisamos construir uma disciplina para compreender as situações desde seus determinantes.

Para exemplificar, podemos ter uma captação de informação na porta de um pronto socorro para saber do que as pessoas se acidentam e o tipo de violência que há. De forma complementar podemos também captar em detalhe um caso, e captar toda a informação que aquele caso tem, como suas circunstâncias, histórico, etc., e construirmos daquela narrativa, uma compreensão ampliada, que dá sentido aos números captados na porta do pronto socorro. Porque embora sejam apenas um ou poucos casos, nos permite estruturar os elementos compreensivos sobre a realidade e seus determinantes. Este tipo de exercício é fundamental, pois permite ir superando uma dificuldade geral que encontramos, que é a de construir uma história onde os aspectos subjetivos das causalidades tenham um sentido articulador de contexto e das possibilidades de sua transformação. É como um bom contador de histórias, que não apenas conta uma história que tem princípio, meio e fim, como também te abre muitas possibilidades para interpretar o que de fato aconteceu ou que poderia acontecer se tivessem ocorrido outras variações ao longo do roteiro. Neste caso a narrativa permite construir um marco geral de interpretação dos problemas, permitindo o desenho da estratégia promocional. Permite ganhar poder sobre o problema. Construir o poder de entender para poder intervir.

Para desenhar uma organização de metas das estratégias promocionais convém definir elementos de visão zero ou de tolerância zero. Trata-se de uma definição política adotada, onde certos problemas não são mais tolerados, porque temos as condições materiais e econômicas para resolvê-los, temos os conhecimentos técnicos, o apoio político e a mobilização social necessárias, portanto não ha sentido em continuarmos a ter este tipo de problema em nossa sociedade. Trata-se de uma declaração de não tolerância, de não aceitar mais certos problemas como naturais ou inevitáveis e construir um princípio de recusa ética em continuar a conviver com a sua existência. A Tolerância Zero nos obriga a um olhar sistemático sobre as causalidades relacionadas com o problema e cria outras tolerâncias zero com os fatores associados e determinantes. Assim foi que adotamos em Porto Alegre 28 tolerancias zero, onde estão a mortalidade infantil, as mortes por acidentes, o diagnóstico tardio de câncer de colo de útero e mama e outros. Para a evolução de minhas tolerâncias zero crio um debate comparando os melhores indicadores dentro da cidade, no estado, no país e no mundo e vou criando uma competição positiva onde nós também podemos ser melhores

do que somos e do que os outros são, levando a uma revisão sistemática dos determinantes e das inequidades geradoras dos fatos que queremos eliminar.

Com isso introduzimos a idéia de indicadores positivos a partir dos quais podemos ir afirmando os avanços na condição de qualidade de vida e saúde da cidade, ao notificarmos nenhum caso de violência doméstica, nenhum atropelamento, nenhuma morte por infarto antes dos 50 anos, etc...

Para concluir, creio oportuno destacar que uma estratégia promocional se aplica em territórios sociais concretos, com características específicas. Serão nestes territórios sociais, descritos em nossas narrativas que poderemos construir esta estratégia promocional de qualidade de vida e de saúde, de construir um marco de transetorialidade, de trabalhar com esses núcleos de problemas que falem para nós de sua complexidade, o que permitira atuar sobre os seus determinantes e suas conseqüências. Na definição concreta dos problemas em seus territórios é que começo a criar as condições para superar a realidade. Gerando ações que se articulem entre instituições governamentais, não governamentais e comunidade, gerando agendas e redes sociais ampliadas. A transetorialidade se materializará nos territórios sociais. O que não anula a necessidade de uma agenda promocional para o conjunto da cidade e do país, mas será nos territórios sociais definidos em sua identidade específica como espaços de problematização, que vamos verificar o impacto de nossas estratégias sobre a vida cotidiana das pessoas, do impacto sobre as inequidades e os déficits de respostas sociais .

Por essa razão que em 2001 buscamos reformar totalmente a lógica dos nossos distritos sanitários, que passaram a ser distritos sociais de saúde, os gerentes distritais que antes cuidavam da rede de serviços de saúde, agora olham a dinâmica do território social em sua totalidade, trabalhando em torno a núcleos de problemas tratados transetorialmente.

Nesta perspectiva fomos avançando lentamente na configuração das redes de serviços e redes sociais ampliadas nos territórios sociais dos diferentes distritos. É um trabalho ainda incipiente e lento em sua progressão mas com resultados interessantes em experiências como a de combate a violência contra adolescentes na Região da Restinga em Porto Alegre.

Como resposta específica dentro do setor saúde decidimos criar um conceito de redes de atenção (Figura 7), superando a divi-

são tradicional entre rede ambulatorial e rede hospitalar, propondo quatro redes – de atenção primária, de ambulatorios especializados, de atenção as urgências e de atenção em internações hospitalares. Complementadas por redes de apoio diagnóstico, de reabilitação, de assistência farmacêutica e de vigilância em saúde. Complementadas por linhas de atenção transversais de cardiologia, traumato, pediatria, etc, que configuram a atenção destas áreas em cada uma das redes.

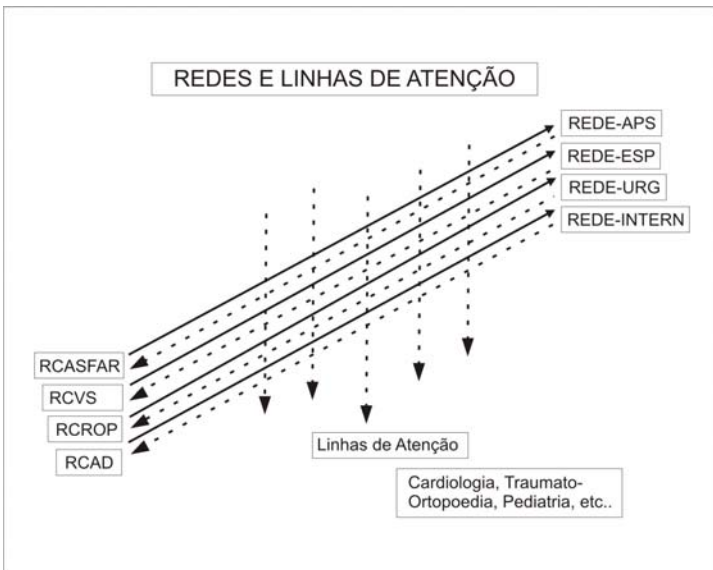


Figura 7 – Redes e Linhas de Atenção.

Estas redes configuram uma matriz que aplicada sobre a matriz dos projetos estruturantes de qualidade de vida e saúde e os projetos de autonomia (figura 8), permitem criar intersecções onde podemos perguntar o que cada rede ou linha está fazendo para responder às necessidades de cada projeto, configurando assim uma hierarquia e um ordenamento de ações articuladas. Com o cruzamento das redes das outras políticas sociais e das redes sociais ampliadas podemos avançar em uma matriz de respostas integradas às necessidades sociais em qualidade de vida e saúde. Construímos assim a arquitetura de um sistema para operar as estratégias de qualidade de vida e saúde, cujo funcionamento depende de uma acumu-

lação de capacidades políticas e de amadurecimento de um conjunto de tecnologias aplicadas a este novo enfoque.

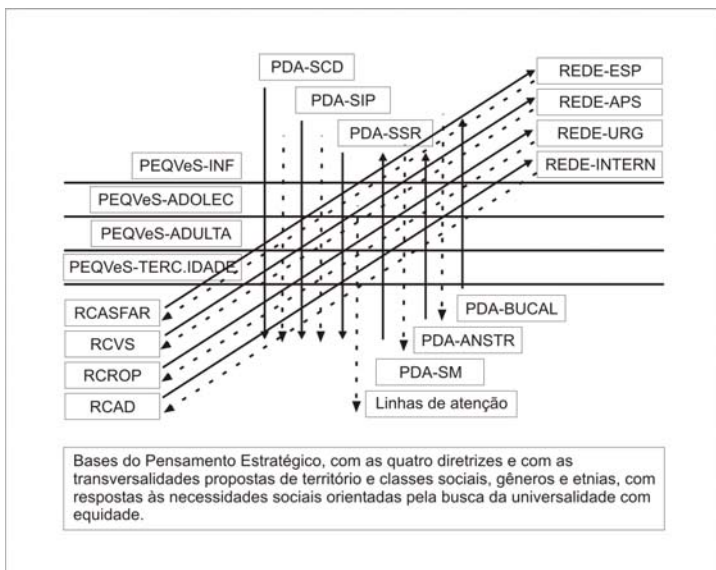


Figura 8 – Matriz das redes de atenção com os projetos estruturantes e de desenvolvimento de autonomia.

Gostaria de concluir destacando que para enfrentar a complexidade e dimensão dos problemas em qualidade de vida e saúde, necessitamos romper os limites conceituais e operacionais que manejamos e nos lançarmos em outros campos de realização. Acredito que a estratégia promocional aqui apresentada tem esta potencialidade de transformação. É muito importante desenvolver uma perspectiva que permita que a promoção seja entendida como uma estratégia, pois se assim não for perde completamente sua potencia transformadora e sua capacidade de responder à complexidade dos problemas. A produção social da doença é uma matriz complexa, de onde deriva toda a complexidade de nosso campo de trabalho, por isso a necessidade de enfrentar esta produção social com as ferramentas que permitem produzir socialmente a saúde – com a promoção da qualidade de vida e saúde em um marco transetorial.

Capítulo II

USO DO TERRITÓRIO E SAÚDE* Refletindo sobre “municípios saudáveis”.

*Maria Adélia Aparecida de Souza*³

Introduzindo uma nova discussão.

Uso do Território é o conceito proposto para a compreensão daquilo que vem sendo chamado de “territorialidade”⁴ da saúde, vale dizer, o território efetivamente usado por tudo aquilo que está relacionado ao denominado setor saúde: a distribuição dos equipamentos, serviços, doentes, médicos, pacientes, tratamentos, remédios, *etc.* Tudo isto é passível de uma análise geográfica, na perspectiva de compreensão do território usado como uma categoria social de análise.

A esta conceituação é necessário juntar aquela referente à compreensão do funcionamento do mundo atual, um mundo voraz, acelerado, onde finalmente a possibilidade de sobreposição espaço/tempo acontece: ligo a televisão e trago para dentro da minha casa,

* Texto elaborado à partir da conferência proferida durante a reunião de Secretários de Saúde da Rede Municípios Saudáveis. Pedreira, 21 de agosto de 2003.

³ Professora Titular de Geografia Humana da USP; Presidente do TERRITORIAL- Instituto de Pesquisa, Informação e Planejamento.

⁴Discordamos da expressão territorialidade aplicada a qualquer setor. Tudo o que existe implica no uso do território, logo desnecessário explicitar a sua "territorialidade". O uso do território que implica no território efetivamente usado é sinônimo de espaço geográfico, entendido como instância social, ou seja, aquilo que se impõe a tudo e a todos. Logo não existe territorialidade de alguma coisa, pois tudo é, por definição, essência e natureza, territorializado. A discussão que se coloca é portanto outra, aquela do direito ao uso do território por algo: a saúde, a educação, a moradia, o plantio, *etc.* Esta é a discussão central, para a qual a geografia, hoje entendida como uma espaciologia, pode em muito contribuir.

ao mesmo tempo algo que está acontecendo em outro lugar. Assim, me emociono com os eventos que aprecio, uma partida de futebol, uma missa papal, mas também um bombardeio, uma guerra. É o acompanhamento das coisas do mundo em tempo real. Isto é fascinante e faz da humanidade algo superior, dotada de recursos capazes de, se assim o desejar, promover, finalmente, o bem estar de todos. As disponibilidades e possibilidades técnicas estão dadas. Agora, o que importa são as decisões políticas: o que fazer e onde fazer.

Estes princípios aplicados a setores vitais para a manutenção material da vida como o abrigo, a comida, a saúde e a educação podem hoje ser plena e satisfatoriamente realizados em benefício da humanidade. As possibilidades técnicas e de conhecimento estão construídas. Basta apenas a vontade política para implementá-las, com justiça. É preciso compreender que o mundo hoje vive um tempo de racionalidade política e não apenas econômica. É como se tudo fosse possível, basta querer. Basta a sociedade querer e o indivíduo estará salvo. Este mundo novo é completamente diferente do mundo velho de uns vinte anos atrás. Mas, atenção, o tempo agora avança mais rapidamente, ou seja, temos a possibilidade, com o auxílio da técnica e da ciência, de fazer tanta coisa concomitantemente, que aceleramos o tempo. Fazemos muita coisa em uma mesma unidade de tempo. Com isto, tudo anda mais rápido. Daí nos surpreendermos a todo instante com o que acontece no mundo, coisas inimagináveis e que não compreendemos. Mas agora somos informados, o acontecido chega mais rápido, como informação, até nós.

É preciso fazer um esforço teórico, abstrato e imaginar uma enorme complexidade, milhares de coisas acontecendo, ao mesmo tempo!!! Não conseguimos mais acompanhar as quantidades, dada a sua imensidão. É chegada a hora da qualidade, tão esperada por todos. E qualidade é liberdade, é vida digna, é justiça ainda que com as múltiplas visões que a humanidade tenha disso. Não adianta mais o argumento de que tantas coisas existem, quantitativamente: é preciso dizer como e onde existem. Daí não entendermos muita coisa que acontece na atualidade. Pior ainda, damos nomes velhos a fatos novos que não compreendemos. Por exemplo, será que tudo o que se chama de terrorismo, o é em realidade? Ou terrorismo também poder ser um nome que se dá a busca de justiça, de dignidade, de combate a opressão. Até pouco tempo, os opressores eram inatingíveis. Neste mundo novo, não são mais. Como não conhecemos o

novo, temos a sensação de estarmos sempre sob ameaça: de atentados, de assaltos, de catástrofes e assim por diante.

Antigamente não era assim, o mundo era lento, as coisas custavam a acontecer, dava tempo de se preparar para evitar que elas acontecessem. Hoje, o mundo requer um preparo prévio para o imprevisto, que não é quantificável, mas qualificável, porque as coisas acontecem e vão acontecendo cada vez mais rapidamente. É preciso compreendê-las, para enfrentá-las e aceitá-las. Este é o mundo novo, sobre o qual poucos querem ou se dispõem a compreendê-lo. Explicá-lo, impossível!

Então, esse mundo é um outro mundo. Por que? E por que esse mundo também é e será melhor?

Hoje podemos ver pela *Internet* ou pela televisão, por exemplo, fotos do planeta Terra, de Marte, em tempo real. Inacreditável: vemos a foto da Terra em movimento, estando nela! Isto é um fato novo na história da humanidade e só foi possível a partir da ida do homem à Lua e isso foi “ontem”, no final da década de 60.

Parece banal este fato do “lindo planeta azul”, como disse o Yuri Gagarin, quando viu a Terra, em sua viagem a lua. E se apaixonou por ela quando viu que era azul. Mas não é disso que se trata.

Essa possibilidade de fotografar o planeta mudou a natureza do mundo e a natureza da vida no mundo. E é por conta dessa possibilidade que temos condições a partir de um lugar, a partir da minha casa, do meu computador, ver o planeta em movimento. Não precisamos mais de fotógrafo, de ninguém, se estivermos minimamente aparelhados. Assim, eu domino o mundo. Por quê? Essa foto significa tão simplesmente que a partir daí, de tudo o que aconteceu e tudo o que acontece em torno dessa possibilidade de obter informações (a foto do planeta, por exemplo), o mundo passou a ser movido por uma arma poderosíssima, a grande arma do presente, que é a informação. A fotografia que se faz do planeta permite a organização de poderosíssimos bancos de dados, que são usados por uns e outros para fazer isto ou aquilo. Aqueles que tem a possibilidade de deter informação, dominam o mundo.

Sempre soubemos que em uma sociedade moderna qualquer, o exército detinha a capacidade e a função de deter informação. Quando se declarava guerra o Estado Maior do Exército sabia que podia declarar guerra a outro país porque ele detinha informações e tinha certeza de que a ganharia. Então, sempre quem declara a guerra acha que vai vencê-la, porque detém informação.

Outra instituição que também detinha e cada vez detém menos informação, era a Universidade. Vemos a dificuldade que tem os pesquisadores hoje, para obter informações mesmo aquelas que deveriam ser publicizadas. Informação é poder. Quem detém a informação a guarda a sete chaves. Às vezes, quem a detém não faz nada com ela e prejudica o avanço do conhecimento de interesse da sociedade.

A terceira instituição que detém informação e atualmente sabe usá-la e muito bem, são as empresas. É por conta disso, que elas se tornaram transnacionais, pois se elas não pudessem buscar informação, lá longe, nos lugares, através de tudo aquilo que surge a partir da possibilidade que foi a informática e a telemática, as empresas não poderiam ter as suas sedes em Milão, Nova York ou Frankfurt, e ter uma empresa em Belo Horizonte, em Salvador, em Camaçari ou mesmo em Pedreira, Campinas ou seja lá onde for.

Então, esse nosso mundo hoje é de outra natureza. Só que ao que tudo indica, há um outro poder que emerge e que se exibiu recentemente, em 2001.

Há uma possibilidade brotando desse mundo novo que leva informação na casa das pessoas. É a possibilidade que se tem a partir de casa, quando se tem um mínimo de conhecimento sobre tecnologias da informação, de enfrentar o mundo. A partir de 2001, tivemos a prova concreta de que isso é possível. Não saiu do Estado Maior do Exército, não saiu das empresas, nem das universidades, saiu de algum lugar do mundo um projeto que abalou o Império e derrubou duas torres, entrou no Pentágono e por um triz não pega a Casa Branca! Esta é uma guerra nova, atualmente chamada de terrorismo. Isto é um fato novo, que antes só acontecia com uma Declaração de Guerra. Hoje, não.

O que isso nos faz pensar?

Primeiro, que precisamos ficar atentos ao *uso do território*, o que acontece no território. O território passa a ser uma categoria de análise social, pois ele cada vez se torna um elemento poderoso para a compreensão da dinâmica socio-espacial, isto é, da sociedade e seus territórios, sua história lá onde ela se faz.

O que isto significa?

Hoje existe a possibilidade de, a partir de qualquer lugar, e, com um mínimo de instrumental técnico, definir um projeto de ataque, ou seja, o mundo de hoje, a partir de 11 de setembro de 2001, consubstanciado com o “apagão” que surpreendeu o povo america-

no e crescido com o ataque ao escritório da ONU em Bagdá, vive sob ameaça vinda de qualquer lugar. Qual o significado desta nova sensação que vivemos, no mundo todo?

Diante daqueles que vem sendo mais ameaçado – o mundo rico - não é qualquer exército que está sendo enfrentado, é um exército poderoso – especialmente o exército norte americano - que diz que ganha todas e que tem um poder hegemônico!

Ganha todas inclusive no setor da saúde e é por isso que eu estou fazendo esta introdução, para falar da relação uso do território e saúde e interesse hegemônico através das empresas.

Então, o que é acontece neste mundo novo é que hoje vivemos sob ameaça. E parece que não sabemos de onde ela virá! Sabemos que convivemos com ela, uns mais (os do Norte do mundo) outros menos – os pobres do Hemisfério Sul. Mas o que estamos propondo é que ela hoje pode surgir de qualquer lugar no mundo, de um uso do território. E é isso que nos interessa discutir: como é que se dá o uso do território, pela guerra, pela doença, pela economia, pelo poder, pela religião. E, o que anda acontecendo nos lugares do mundo, os lugares são saudáveis ou não são saudáveis? Os lugares têm Internet ou não tem Internet? Quem são as pessoas dos lugares?

Porque hoje a melhor e a necessária Política vai precisar ser feita, pois, a saúde do mundo está nas suas mãos e não mais exclusivamente na economia. Hoje o bom funcionamento da economia não garante mais a tranquilidade, nem a paz. A velha idéia do desenvolvimento econômico, do progresso, como sinônimo de saúde e felicidade dos povos, caiu por terra. Tudo o que o “progresso” anunciava aí está e, nem por isso a felicidade e o “saudável” estão presentes para a maioria das pessoas vivas do planeta.

Então, esperar que a economia melhore para que depois tudo seja saudável parece ser uma falácia no mundo de hoje. Esperamos mais de um século para que a economia resolvesse nossos problemas, no entanto, ao contrário, eles se agravaram para muitos. Poucos são aqueles que se beneficiam do progresso alcançado pela humanidade. Não temos mais paciência de esperar o bolo crescer para depois dividi-lo, como nos ensinou a teoria desenvolvimentista, no século passado.

Antes, os lugares, lá onde as pessoas vivem, não tinham as possibilidades de obtenção de informação e, portanto, de definição de estratégias de sobrevivência como aquelas que hoje podem ser definidas. Dos lugares, os ataques podem ser planejados. E eles já

começaram, pois, é nos lugares, lá onde se faz política é onde se constrói a nova resistência que, em muitos casos, equivocadamente vem sendo chamada, como aludido acima, de “terrorismo”. Há um mundo novo que nasce de baixo para cima, por enquanto ameaçador, pois, desconhecido. É a este novo período, de construção de um mundo novo, sobre o qual sabemos muito pouco, que Milton Santos denominou de *período popular da história* e sobre o qual estou trabalhando em minhas pesquisas atuais.

Esta importância do lugar, no mundo novo, sem dúvida vai também dar uma enorme importância ao poder local, no caso brasileiro, ao poder municipal. Se o cidadão lá no município onde vive for politizado a vida local, sem dúvida alguma irá melhorar e o interesse coletivo será defendido a todo preço. Claro que aqui a política é entendida no seu verdadeiro sentido, qual seja as práticas e pactos que visam a defesa do interesse coletivo e não apenas de classe ou individual. A grande política se faz nos lugares do mundo a partir da convivência, a partir daquilo que se forja entre as pessoas, a partir da solidariedade. É isso que constrói o saudável. Neste sentido, o município saudável não é aquele que possui qualidades técnicas com relação aos equipamentos e serviços de saúde apenas. Ele é saudável quando entendeu e se desenvolve de acordo com as exigências do mundo novo, sobre as quais procuramos, ainda que rapidamente discorrer nos parágrafos anteriores.

Essa foto que hoje podemos fazer do planeta, portanto, dá a possibilidade que a humanidade nunca teve de ter informações, no meu lugar, na minha casa, para fazer política. E essa tecnologia que surge e que torna possível essa fotografia, exige que se construa um novo conceito do mundo. As possibilidades de lidar com ele à partir do desenvolvimento científico, tecnológico e informacional que aí está é imenso e novo. E você pode, atualmente, através de seu computador, falar direto e ver a cara do seu interlocutor. Isso é fantástico! Parece que muitos ainda não estão se dando conta de que esse é o nosso mundo.

Claro que há muitos que não usufruem desse mundo por outras razões e, nós precisamos difundir que mundo é esse para não ser enganado pela tecnologia e sua ação perversa, cada vez mais seletiva e gerando cada vez mais desigualdade. Então, nós temos que discutir a tecnologia politicamente, a serviço de que ela é produzida e difundida. Não se pode e nem se deve defender o atraso. Essa discussão, portanto, não se resume a questão se a tecnologia é boa

ou má. Essa discussão é política: primeiro quem usa a tecnologia? Pra que usa a tecnologia? Você pode usar a tecnologia para curar a AIDS ou para promover a guerra. E essa é uma escolha política.

Só que, como cada vez mais o mundo se torna mais político, pois temos mais informações disponíveis, hoje os donos do mundo têm maior dificuldade para a sua ação. Eu posso receber, no meu computador ou na minha televisão, o fato quando ele está acontecendo. Então, eu tenho essa possibilidade de ver o mundo todo, em tempo real, o fato está acontecendo e ao mesmo tempo eu estou interpretando.

O Município saudável, o território usado e o lugar como princípios do mundo novo.

Esse mundo novo, então, me dá elementos para discutir o que é o município saudável.

Eu poderia perfeitamente exibir um mapa, com a localização dos centros de saúde, dos lugares de trabalho, de elementos que caracterizam as comunidades de bairro e falar delas, descrevê-las.

Aqueles que lidam diretamente com a comunidade sabem do tesouro político que têm nas mãos. É sobre isso que eu vou discorrer, pois é só assim que nós vamos construir um município saudável. Esse conceito não pode dizer respeito a uma burocracia, a uma engrenagem. É inacreditável como a má burocracia no mundo do presente tenta impedir os avanços para a construção do município e da sociedade saudável.

O mundo que está aí bom sob todos os aspectos. Primeiro, porque os sistemas de informação vão **publicizando** os processos da existência, todos eles.

O mundo de hoje, dizem, é globalizado. De qualquer modo a globalização existe ou não?

É importante que se diga que ela se apresenta apenas para alguns setores. Globalizar é poder acessar, usufruir e usar em tempo real uma coisa e se beneficiar com ela. Então, os sistemas de informação são globalizados. Eu ligo o computador e a Internet e vasculho o mundo inteiro em tempo real. O meu colega no Japão está pesquisando alguma coisa e eu converso com ele em tempo real, ele fala e eu respondo. Então a informação se globalizou. O dinheiro, que também é informação, se globalizou. Não os nossos salários mas o dinheiro dos bancos, especulados nas bolsas de valores do mundo inteiro.

Os comandos do computador, esteja onde ele estiver, interferem no movimento do dinheiro colocando-o lá longe, onde ele estiver rendendo mais. Nem conseguimos imaginar a loucura desse sistema de informação sobre o dinheiro, que viaja o tempo todo pelas infovias do mundo, indo de Tóquio a Nova York, a Paris, a São Paulo, a Moscou, e assim por diante.. Portanto, o dinheiro nada mais é do que uma informação, que não produz nada. Produz riqueza para poucos e miséria para muitos. Mas ele alimenta o grande jogo contemporâneo realizado por poucos no planeta. Estes, sem dúvida são globalizados.

Se a globalização é para tudo e para todos, porque tantos não usufruem dos seus incríveis benefícios? Por que tantos não jogam nas bolsas de valores? Claro está que esse conceito não se aplica a todos, logo não se aplica á definição de mundo. Então, costumamos dizer que aquilo que não existe de fato na realidade é uma metáfora. É uma fórmula que você cria para retratar a realidade, mas que não existe na realidade concreta.

O mundo é, isto sim, fragmentado e não globalizado. O fragmento é o lugar. Como dito acima, é nele que está o poder das pessoas e elas são maioria na superfície do planeta hoje. Portanto, o poder está com aqueles que não são globalizados, mas que a partir dos lugares podem definir estratégias inimagináveis e criativas para sobreviver. E o fazem a cada dia.

Portanto, esse mundo do presente me permite uma relação em tempo real e ela é a grande novidade trazida pelo desenvolvimento da tecnologia. Essa relação lugar-mundo acontece cada vez mais intensamente, inclusive no cotidiano de nossas vidas. Isto começou acontecendo no Estado maior do Exército soviético e americano, que lançaram foguetes e o homem à Lua. Hoje, do nosso lugar, de casa, se entra em contato e se fala com o mundo: é preciso apenas dispor de um computador, equipamento que a cada dia custa mais barato ou é distribuído como equipamento público na cidade, por várias prefeituras municipais no Brasil.

Então, esse mundo hoje faz com que global e local se interajam e este, especialmente no futuro, será mais importante que aquele. O poder local vai se tornando cada vez mais importante do que o poder nacional. Este dependerá cada vez mais daquele. Ou seja, a base se insinua, no período popular, como sujeito enfim, da história.

Assim sendo, as coisas da política tenderão a ser mais locais, porque é nos lugares que as coisas da vida se passam e realmente acontecem.

Este período em que vivemos, portanto, fundamentado na política, no lugar, na vida cotidiana das pessoas é que denominamos *período popular* da história. O Lugar conhece as novas dinâmicas do mundo novo. Todos os lugares, por mais simples que pareçam, eles são extremamente complexos, exercendo duas importantes características do funcionamento deste mundo novo: a simultaneidade e a instantaneidade.

Todo o desenvolvimento desta reflexão se prende ao fato de introduzir o território usado e o lugar como dimensões centrais da vida social. Não é sem razão que o chamado setor Saúde começa a se inquietar com esta dimensão para a sua atuação.

Mas, há uma discussão que precisa ser feita quando o território e o lugar se transformam em categorias sociais de análise: a contraposição que isto impõe a visão setorial que ainda caracteriza as políticas públicas.

Quando você estuda sob a ótica do uso do território fica mais clara a noção da complexidade, da inter-relação que existe entre a coisas que precisamos para viver. A saúde, por exemplo, não precisa apenas de médicos, enfermeiras, hospitais, ambulâncias, remédios, para se fazer. Ela exige também saneamento básico, ar puro, boa alimentação, higiene, *etc.* São os usos do território pelas distintas funcionalidades requeridas pela existência que nos interessa. Então, a pergunta que se faz é outra! Não importa saber como vai “o social”, o transporte, a economia. Mas, como está tal lugar, tal região, tal cidade, tal bairro. Lá tem tudo? Não basta ter apenas um setor, é preciso que tenha tudo aquilo que dignifica a vida humana, naquele lugar. E a interação e articulação entre todas as coisas é que fará daquele lugar, um lugar bom de se viver, enfim, um **lugar saudável**.

Assim, falar de saúde e território significa mergulhar em cheio na idéia de complexidade, de totalidade, de complementaridade.

Então, os territórios usados, no caso do país, nos permitem uma discussão que está também relacionada à questão da saúde, que é aquela da soberania nacional.

Essa soberania nós temos que estudá-la a partir da dinâmica dos lugares e dos territórios usados.

Uma coisa é o território usado por quem? Pelo povo brasileiro ou pelas empresas multinacionais? Eu vou planejar pra quem?

Para o povo brasileiro ou para as empresas multinacionais? Eu estou criando tecnologia avançada para quê?

Neste sentido podemos fazer interpretações profundas sobre as ações das empresas e das instituições. O território usado é aquele que é usado por nós, que somos vivos e que o usamos. Esse é o território nosso, o território usado por todos nós, por todos os brasileiros. Mas isso também não é simples assim. Há lugares e há usos que muitos brasileiros não podem ter.

Há gente que não tem casa. Cada vez mais há gente que não tem essa possibilidade de uso da habitação, sequer do abrigo. Esta é uma das quatro condições para a reprodução material da vida. Há gente que não tem acesso aos serviços de saúde, pois esse uso é injusto.

Hoje, quando introduzimos o território em nossa perspectiva de trabalho técnico ou científico, precisamos refletir sobre dois conceitos: aquele de todos nós – o território usado - o território brasileiro, fundamento da nação e o outro que é o território como recurso – da empresa, para o qual não importa a noção de fronteira, fundamento do estado-nação. Embora sejam tratados da mesma maneira, na sua funcionalidade são completamente diferentes. O meu Brasil, onde nasci, vivo e quero morrer nada tem a ver com aquele da empresa, que aqui permanece enquanto houver interesse para ela.

Nós não somos globais, nacionais e nem estaduais. A mais difícil política é aquela que se faz nos lugares, porque é lá que o cidadão vive, é lá onde ele tem ou não tem médico, hospital, dentista, comida, amigos. O cidadão é o indivíduo, ser humano, no lugar. Ele precisa ser respeitado, porque se não o for, ele vai começar a cobrar. E isto já começa a acontecer, cada vez mais. E é exatamente por isso, que esse cidadão lá no seu lugar, com toda escassez em meio da qual ele vive, ele ainda não morreu, porque ele é um tremendo construtor de solidariedades de toda ordem, por mais surpreendente e fora de propósito que isto possa parecer. Nossa percepção e nossa racionalidade não tem ainda muita condição para perceber este homem do mundo novo, este homem *pobre e lento* como denominou Milton Santos, que em meio ao mundo da escassez em que vive, não se deixou e nem pode ter acesso a volúpia do chamado mundo moderno.

Lugar como espaço do acontecer solidário.

Hoje, a solidariedade se manifesta sob diferentes formas: a solidariedade humana mais generosa, para acudir aquele que precisa, até a solidariedades mais fortes, organizacionais, para se relacionar politicamente com as instituições, com as empresas, e as solidariedades institucionais, aquelas entre os governos, os Estados. Tudo isto passa a ser ingrediente de política pública. Tudo isto é fundamental para uma reflexão sobre a questão **território e saúde**, fundamentos das políticas públicas.

Só que o grande criador de solidariedade não é o território nacional. A solidariedade é um atributo humano que se forja, neste mundo de hoje cada vez mais, lá nos lugares, lá em baixo da escala social. Eu é quem tomo iniciativa da solidariedade. Eu como cidadã, como empresária, como professora, como deputada, como governadora, como reitora, ou seja lá o que for é quem tomo esta iniciativa, especialmente lá onde eu vivo.

Este Brasil, esse território maravilhoso em que vivemos é produto disso tudo o que foi exposto acima. É um país imenso que vai crescendo aqui em baixo, no Sudeste, que é a área mais rica e será cada vez mais rica. E essa área, se as políticas continuarem do jeito que estão, também será, por mais paradoxal que possa parecer, cada vez mais pobre e as cidades empobrecerão cada vez mais. O rumo do mundo, com o desenvolvimento da tecnologia, o transforma em seletivo, perverso e segregador.

Nós, que vivemos nesta região de Campinas, estamos vivenciando a experiência daquilo que nos anos 1970 denominei de macro-metrópole⁵. A região metropolitana de Campinas é extremamente complexa e como São Paulo tende a um acelerado processo de empobrecimento, dada a duas de suas características principais: as altas densidades tecnológicas e a fluidez do território, cada vez mais buscada.

Como são poucos aqueles que se dispõem a compreender o período popular da história, o planejamento brasileiro, tristemente,

⁵ **Macro-metrópole** é a grande área urbanizada que compreendia a região metropolitana de São Paulo, Campinas, Santos e Sorocaba e os eixos que as uniam, desempenhando funções articuladas e indicadas pelo desenvolvimento da metrópole paulista.

ainda não se despertou para o fato de que não precisa mais atender, com suas proposições à riqueza, através da ação hegemônica sobre os setores da administração pública. Ele precisa agora procurar resolver os problemas do período popular da história, pois, caso contrário os pobres resolverão, a seu modo, como já o fazem, aliás. Em Campinas, eles já começaram... há algum tempo. É o processo que é sempre chamado de violência.

Então, essa região composta de 19 municípios, denominada região metropolitana de Campinas, que todos pensam ser a grande área da riqueza paulista, já se esboça como um imenso poço de pobreza do Brasil e do estado de São Paulo.

Toda região é um produto político e ideológico. A institucionalização da região metropolitana de Campinas, ao que tudo indica, não parece objetivar os interesses dos pobres. Ela foi ideologicamente definida para servir aos interesses hegemônicos das empresas. Basta ler todas as justificativas dos deputados, que propuseram a sua institucionalização.

Há pouquíssimos estudos sobre a região metropolitana de Campinas. Sobre ela como um todo, acabou de sair uma coletânea de dados, que se chama “Região Metropolitana de Campinas”, publicada pelos colegas da UNICAMP, mas que não chega a ser uma interpretação metropolitana. Referem-se ao território, mas não o utilizam como categoria de análise. O território, na maioria das vezes, é uma referência, um palco onde as coisas acontecem. Tanto é assim que não há uma interpretação geográfica dos dados juntados, pois eles não permitem visualizar as diferenças territoriais existentes na região. Para tanto, somente a cartografia se constitui em um instrumento técnico competente.

É preciso examinar, com rigor, por exemplo, o que os transportes planejados para nossa região farão com ela! Aumentará a fluidez do território, ou seja, a capacidade do território de acelerar a circulação de um ponto a outro, sem parada. A região metropolitana de Campinas é passagem: de pacientes dos seus serviços de saúde, de carga dos seus aviões que chegam no pretendido porto seco de Viracopos, de pessoas, enfim de riqueza. E essa fluidez limpa o território, vale dizer, a sociedade. Limpar quer dizer extrair riqueza.

Então, quem se beneficia com estas propostas? Quem a propõe? Esse processo de chegada e saída de riqueza se mede como?

Da fluidez do território a solidariedade do lugar: o município saudável.

Finalmente, tudo está preparado para discutirmos o território usado pela saúde. Diante de tudo o que foi explicitado até aqui, é fundamental entender a saúde, portanto, como complexidade. O problema da saúde não se resolve com centros de saúde, farmácias populares, médicos de família, apenas. O problema da saúde não se resolve no “setor saúde”. Hoje, precisamos cuidar da saúde do território, da saúde do município.

Daí a importância desse programa dos ***Municípios Saudáveis***. Ele permite, e aqueles que nele trabalham sabem e sentem a necessidade, de entender como uma complexidade e o modo de expressar, isto é, a necessidade de trazer o território para a discussão da saúde. Essa é uma discussão urgente no Brasil: a necessidade de “integração” entre os setores da saúde pública. Mas esta é uma discussão falaciosa, pois os setores não se integram, sequer se associam. Cada um deles atua competitivamente em função dos interesses que representam. A saúde tem os seus, os transportes, a educação, a cultura idem.

Então, o que é que integra? Não é um setor com o outro. A única coisa que os integra é o território. Então, é preciso considerá-lo como categoria de análise social.

O que é que está integrando ou desintegrando nos territórios? A injusta distribuição dos homens, da riqueza, dos serviços.

Hoje temos inclusive, dispositivos técnicos e tecnológicos para fazer essa análise, como, por exemplo, o geoprocessamento, a realização da cartografia dos municípios a um preço barato possibilitada pelas imagens e fotos de satélites.

Para que se possa, por exemplo, cumprir as normas da saúde brasileira, como a universalidade do Sistema Único de Saúde; integralidade - atenção à saúde integral; equidade - atender a todos igualmente, descentralização, é fundamental a análise territorial.

Onde estão localizados os equipamentos de saúde? E seus “clientes”? Onde vivem os pacientes? Em que condições? Se ele vive mal, o que adianta cuidá-lo em um centro de saúde modelo e exemplar? É preciso cuidar do lugar onde o cidadão vive, não apenas lá onde ele procura o serviço médico-hospitalar.

Sem esta visão, não haverá **município saudável**, pois ser saudável não significa apenas ter um setor saúde funcionando mara-

vilhosamente bem. É muito mais do que isto. Daí a importância do território como categoria de análise.

Elaborar sobre o território é antes de tudo fazer a **geografia da informação** saber e discutir o lugar das coisas. Então a informação é fundamental para a análises territorial. Os centros de saúde, por exemplo, que informação detêm? Onde são armazenadas? Apenas na Secretaria da Saúde? E os demais aspectos da vida que implicam na qualidade da saúde e da vida das pessoas, como integrá-los?

Fala-se muito hoje em territorialização da saúde. Isto é um enorme equívoco. Vimos anteriormente que o território usado é algo que se impõe a tudo e a todos. Logo, falar em territorialização de uma coisa é uma tautologia, pois todas as coisas necessariamente estão “territorializadas”. Nada pode ser adjetivado com território. Ele é inerente a existência das coisas. É, portanto, errado falar em “territorialidade da saúde”, pois ela só pode significar um uso do território, este é inerente a ela. A discussão, portanto, é outra: aquela da distribuição sócio-espacial ou sócio-territorial dos serviços de interesse social, inclusive a saúde.

Hierarquização, acolhimento, responsabilização e vínculo não existem sem conhecimento do uso do território.

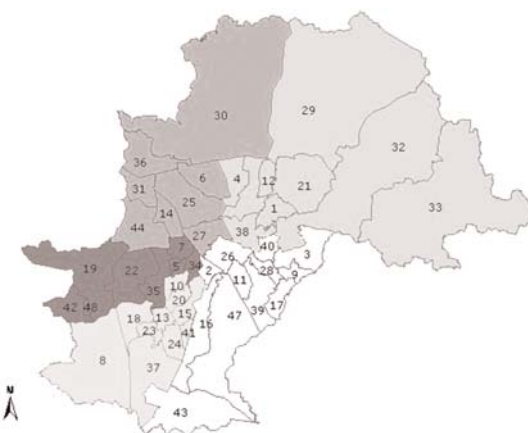
Então como se faz um município saudável?

Vamos examinar uns mapas elaborados sobre o uso do território pelos serviços de saúde em Campinas.

Inicialmente é interessante examinar o mapa que retrata a área construída de Campinas, município já bastante construído. Daí já podemos examinar como é que os campineiros têm usado o seu território.

A saúde de Campinas, como é que está sendo cuidada?
 Para esta análise utilizados dados captados em informações produzidas pela UNIMED, que sabemos parciais e, provavelmente, imperfeitas.

O **Mapa 1**, a seguir, mostra as unidades básicas de saúde de Campinas⁶. Interessante discussão poderia ser feita a partir da compreensão dos critérios de definição dessas unidades, com tamanhos tão variados.



Norte	Sul	Leste	Sudoeste	Noroeste
6 - Santa Mônica	2 - Vila Rica	1 - Conceição	8 - União dos Bairros	5 - Perseu
14 - Boa Vista	3 - Orosimbo Maia	4 - Costa e Silva	10 - Santa Lúcia	7 - Integração
25 - Eulina	9 - Esmeraldina	12 - São Quirino	13 - Aeroporto	19 - Valença
27 - Aurélia	11 - Figueira	21 - 31 de março	15 - Campos Eliseos	22 - Florence
30 - Barão Geraldo	16 - São José	29 - Taquaral	18 - Vista Alegre	34 - Pedro Aquino
31 - Anchieta	17 - São Vicente	32 - Sosas	20 - Capivan	35 - Ipaussurama
36 - São Marcos	26 - Faria Lima	33 - Joaquim Egidio	23 - Dic I	42 - Floresta
44 - Sta. Bárbara	28 - Santa Odila	38 - Centro	24 - Dic III	48 - Itajai
	39 - Ipê		37 - São Cristóvão	
	40 - Parapananema		41 - Itatinga	
	43 - São Domingos			
	47 - Cavalho de Moura			

⁶ Todos os mapas reproduzidos neste artigo foram extraídos da Monografia de conclusão do curso de Geografia de Wagner Camargo e Lucas de Melo Melgaço, meus alunos e orientandos quando eu ainda trabalhava na UNICAMP.

Presume-se que Campinas tenha uma política de saúde que leva em conta esses subespaços e os problemas de saúde servem de base para o planejamento e ação do setor. Há equipamentos e serviços que precisam ser universalizados em todo o território do Município, mas há outros, mais raros e sofisticados, que podem estar mais segregados espacialmente, o que não significa impedimento de uso. Trata-se apenas de uma racionalidade funcional: doenças mais raras, menos frequentes, mais graves, equipamentos e serviços mais caros e sofisticados, necessariamente não podem existir em grande número. Deve haver problemas que são encontrados em todos os municípios.

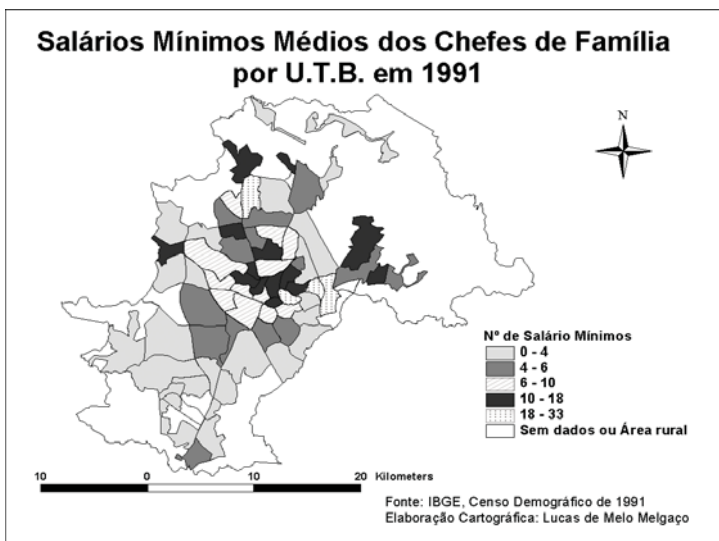
Ainda mais, devem haver problemas que são diferentes entre os lugares: em Barão Geraldo se apresenta de uma maneira, em Viracopos de outra, em Ouro Verde ou Vila Brandina, Oziel ou Cambuí, também. O território mostra visualmente as diferenças.

Logo não se pode ter uma política de saúde unitária para todo o território considerado, seja ele o municipal, o estadual ou o federal. Poderíamos exemplificar: só pensar na construção de centros de saúde, ou só instituir médicos de família, para todos, como política setorial e universal, pode ser um equívoco: cada território pode requerer um uso específico. Políticas únicas nem sempre atendem às diversidades territoriais ou regionais, pois os serviços planejados setorialmente podem se localizar lá onde nunca aconteceu nenhuma ocorrência que necessite desse serviço. A localização, lamentavelmente em nosso país, especialmente dos equipamentos e serviços de interesse social, não atende à essa análise do território, mas a preceitos estritamente políticos-eleitoreiros.

Campinas parece ser assim. Basta analisar os mapas, sua qualidade e a distribuição dos serviços.

Vejamos, por exemplo, o **Mapa 2** que retrata um sério sintoma de doença do território: a distribuição dos salários pelo território do município. Vê-se, claramente, onde é que estão os ricos da cidade. Esta informação deveria ser publicizada pelos governos, mas não apenas tabelas, mas sobretudo os mapas. O território grita sobre as desigualdades e diz qual a relação dela comigo, com meu lugar, lá onde vivo. Democratizar, hoje, é democratizar a informação sobre os lugares e sua qualidade.

Mapa 2 – Campinas: Salários Médios dos Chefes de Família. 1991



É preciso criar nas prefeituras bancos e sistemas de dados, para que o cidadão, lá do seu lugar, possa saber o que está acontecendo na cidade onde ele vive. Isso não era possível antes daquela foto do planeta à qual me referi no início deste texto

Assim, eu posso ver que têm umas áreas em Campinas que são riquíssimas, outras que são mais ou menos e outras que são miseráveis.

Para poder falar de município saudável é preciso também conhecer como está crescendo a população pobre em Campinas, como, por exemplo, o **Mapa 3** que mostra a localização das favelas em 1991 e 1996. Eles demonstram, claramente, como e onde está crescendo a população pobre de Campinas. O que acontece? Amplia o espaço favelado e densifica o que já era. Cresce nos dois movimentos: em quantidade e se espalha sobre o território.

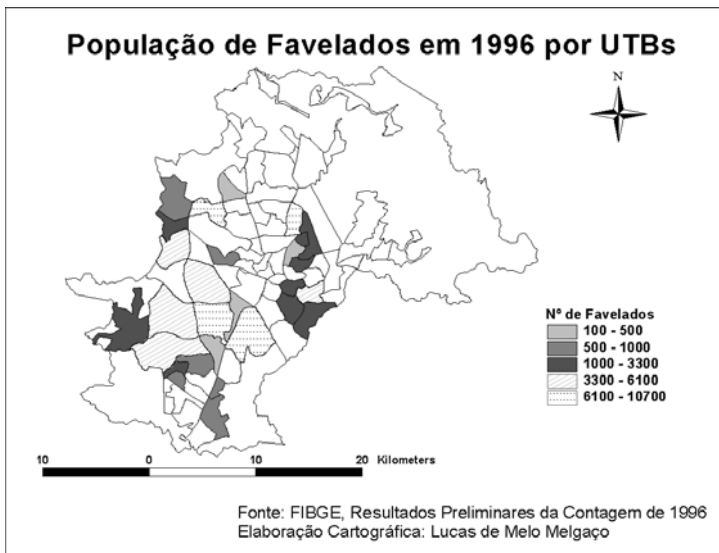
Como explicar tamanho processo de favelização em uma cidade que cidade que produz 11% do PIB nacional? Então essa é a tese paradoxal do mundo do presente: quanto mais rico, também mais miserável. E é isso que nós temos que discutir.

Difícil obter informações para estudar Campinas. Elas estão compartimentadas e muito bem guardadas. A informação pública é

de difícil localização, pois está dispersa. Refiro-me ao seguinte: para obter informações sobre homicídios, por exemplo, vamos a Secretaria da Saúde, não na Segurança Pública, como seria natural.

Então, onde é que Campinas está doente?

Mapa 3 – Campinas - População de Favelados. 1996



É dramática a falta de dados sobre Campinas. Como é possível democratizar as políticas públicas se o cidadão não tem informações para discuti-las? Como se faz política territorial em Campinas que não tem uma planta básica atualizada? Como planejar, elaborar plano diretor? Como discutir a cidade e seus equipamentos e serviços?

Um serviço público não pode sonegar uma informação que é pública a um cidadão. Como é que o secretário de saúde de Campinas faz política? Com que informação? E o cidadão, como é que ele sabe que os hospitais de Campinas estão todos concentrados na área menos populosa e mais rica, para poder discutir política de saúde **Mapa 4?**

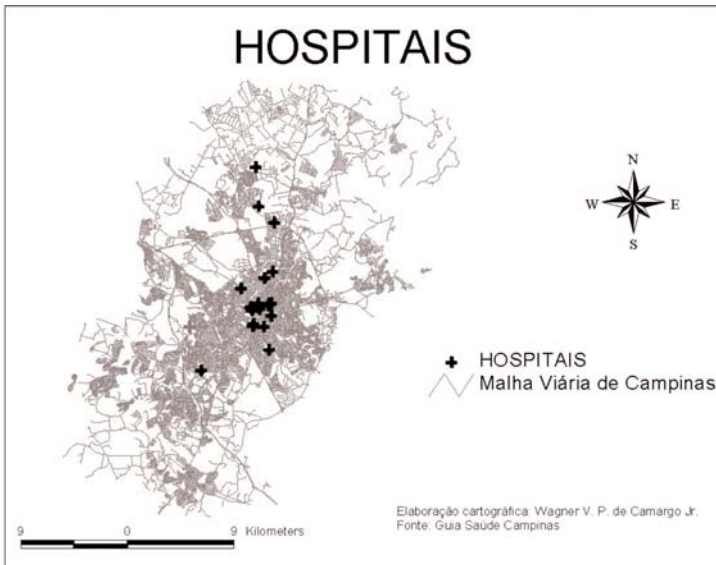
E os pobres, como e com que tem acesso aos hospitais? Como isso se justifica?

E esta é a “geografia da saúde” de todas as cidades brasileiras, e Campinas não foge à regra.

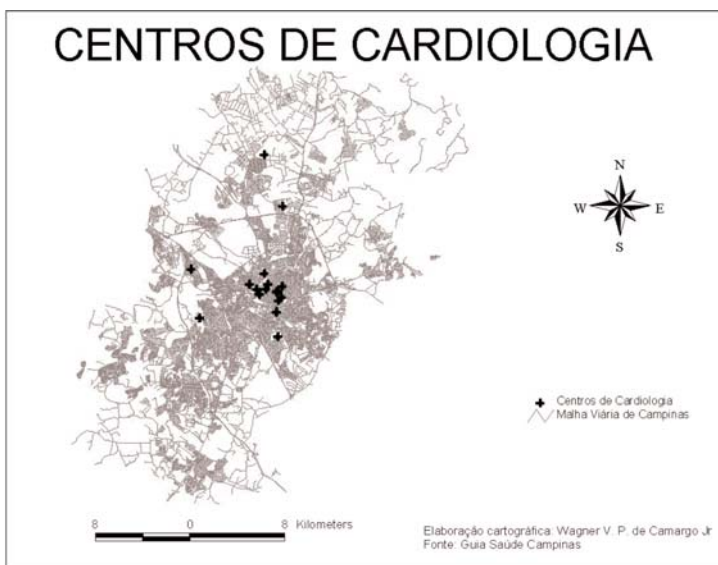
Os mapas a seguir revelam o uso do território por alguns equipamentos de saúde em Campinas. É a centralização o critério fundamental tanto da medicina pública (escassa) quanto da privada.

Como a saúde está cada vez mais privatizada, é óbvio que as clínicas não irão para o Oziel, elas estão concentradas na área central e mais rica.

Mapa 4 – Campinas – Distribuição dos Hospitais. 2000



Mapa 5 – Campinas – Centros de Cardiologia. 2000



No sul da cidade, área mais pobre, não tem nada. O **Mapa 6**, que retrata as clínicas de pediatria, é revelador desta extrema perversidade. Isto porque se olharmos a pirâmide etária do nosso país, veremos o que representam as crianças e jovens. E, para eles, não há saúde, pelo que revela o mapa.

Decidimos investir um pouco na compreensão dessa relação território e saúde e verificamos que de fato ela está merecendo o trabalho e o olhar do geógrafo. Primeiro, porque fala-se em municipalização e descentralização dos serviços. Os mapas revelam, no entanto, outra coisa: uma enorme centralização. Pior, aqueles que trabalham no setor saúde desconhecem completamente a questão territorial para assumir a tarefa da municipalização, da distritalização e da regionalização.

Aqueles pobres que estão ali no Parque Oziel em Campinas, talvez não precisem de clínica cardiológica, mas, certamente precisavam de serviços de pediatria.

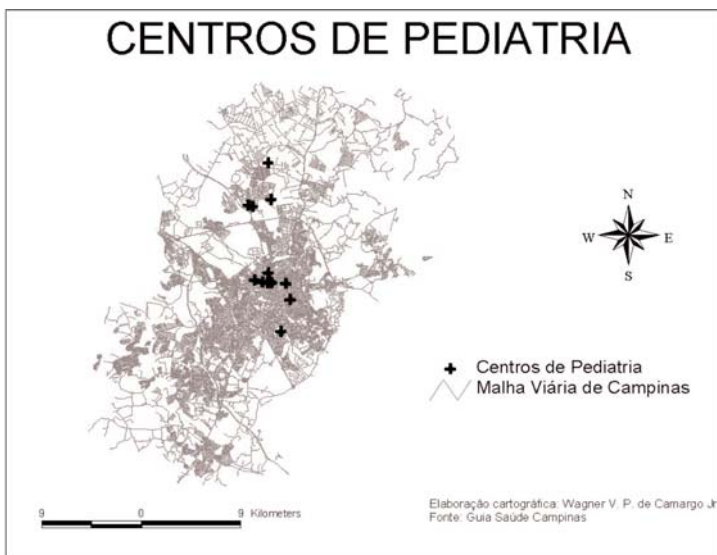
Mas isto quem sugere é o uso do território e toda sua complexidade. A saúde não pode prescindir desta abordagem. Somente assim se poderá falar em **Município Saudável**.

A saúde, essa coisa tão importante para a manutenção da vida, com o avanço que já tem nas políticas públicas brasileiras,

diga-se de passagem, é o setor que tem conhecido o maior amadurecimento, a maior evolução e a melhor e maior prestação de serviços ao cidadão. Eu tenho dados sobre alguns municípios brasileiros, que, num ano, erradicaram algumas doenças epidêmicas.

Portanto, é um setor que primeiro está se interessando em se rever, em se treinar, em se preparar para encarar, de frente, o período popular da história que se fundamenta na compreensão do território usado como uma categoria social de análise.

Mapa 6 – Campinas: Centros de Pediatria. 2000



Capítulo III

Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba

Marcia Cristina Krempel⁷

Simone Tetu Moysés⁸

Samuel Jorge Moysés⁹

Introdução

A construção de uma cidade saudável pressupõe a busca de soluções para as questões que interferem na qualidade da vida de seus habitantes. Desenvolver políticas públicas com foco nos determinantes das condições de vida e saúde é um desafio para os gestores que se propõem a romper com um modelo tradicional de administração pública assistencialista, fragmentada e burocrática. A visão de um novo modelo de gestão, compartilhado com a sociedade, exige uma percepção ampliada do conceito de saúde, capacidade de negociação e articulação e criação de mecanismos de participação democrática e ações resolutivas.

Este capítulo aborda inicialmente questões conceituais sobre a intersetorialidade e promoção da saúde na gestão pública, como base para esta nova forma de olhar a vida e a saúde na cidade. Curitiba vem construindo uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. Parte desta experiência será relatada neste capítulo, incluindo exemplos do desenvolvimento de projetos de saúde construídos com base na intersetorialidade.

⁷ Gestora do Projeto-Âncora Vida Saudável da Prefeitura Municipal de Curitiba / Secretaria Municipal da Saúde.

⁸ Assessora do Projeto-Âncora Vida Saudável. Professora da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

⁹ Assessor do Centro de Informações em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Professor da Universidade Federal do Paraná e Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

A dimensão coletiva da saúde e a intersetorialidade

Saúde, compreendida como dimensão social da cidadania e direito fundamental à vida, é tema da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). As discussões sobre saúde como direito social, no Brasil, tomaram corpo na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, cujo tema era “Democracia é Saúde”. Em seu relatório final apontava o conceito positivo de saúde, definido como resultado dos modos de organização da sociedade num contexto histórico e conquistado pela coletividade. Desta forma, apontava-se como imperativo que o Estado assumisse uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas para garantir a universalidade de acesso, assegurando condições de sobrevivência individual digna e bem estar coletivo.

Fazia parte do ideário da Reforma Sanitária Brasileira a exigência da participação e controle social efetivo, sendo este pressuposto viabilizado com a constituição de Conselhos Municipais de Saúde para a construção do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos, progressivamente, consolidam a presença ativa de múltiplos atores na definição de políticas de saúde. Este tem sido um importante instrumento para que as comunidades adquiram força e consciência de sua capacidade e poder coletivo para enfrentar e resolver problemas. A participação social tem sido uma estratégia de “empoderamento” pela oportunidade de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da saúde.

Neste contexto amplo de fundamentação conceitual e participação da cidadania, a definição de políticas públicas de saúde impõe uma agenda de gestão que implica em ações intersetoriais. Há um reconhecimento, cada vez mais sólido, entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana, que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor saúde, não impacta os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno. Agravos de gênese complexa, como a violência e os acidentes, tornam evidente esta posição. O conhecimento especializado e fragmentado não tem capacidade de explicar os problemas e nem a ação setorial estrita capacidade de resolvê-los.

Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públi-

cas. Atuar integralmente sobre o homem e suas necessidades implica no desenvolvimento de ações intersetoriais, de forma a garantir a resolutividade diante da complexidade e multifatorialidade na determinação da qualidade de vida nas cidades.

A experiência recente, acumulada na gestão de políticas públicas em sociedades urbanas complexas, indica que para desencadear uma ação intersetorial é necessário que o objeto de intervenção proposto tenha alguma transversalidade, tornando-se relevante aos diversos atores/setores envolvidos, seja relativamente estruturado e, portanto, passível de enfrentamento, e que seja capaz de gerar metas mobilizadoras compartilhadas.

Publicação recente da Organização Pan-Americana da Saúde aponta, como um dos elementos essenciais para a implementação de políticas públicas saudáveis, a intersetorialidade traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Estas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almejadas. As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG's), escolas, comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas. Todos estes atores são parceiros potenciais (OPAS, 2003).

Intersetorialidade é, portanto, a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos, e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (FEUERWERKER e COSTA, 2000). Desta forma, a abordagem intersetorial de problemas ou o processo de construção da intersetorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas. É preciso criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação. É preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersetorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutiva.

Uma gestão intersetorial na área da saúde é uma ação compartilhada com diferentes setores sociais para enfrentamento dos problemas que incidem sobre a saúde, tendo como eixo norteador a

qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população (CURITIBA, 2000).

A construção da intersetorialidade pela via do setor saúde

O setor saúde parece ser, no caso brasileiro, o setor que mais enfaticamente provoca articulações intersetoriais. Contribui para isto, além do reconhecimento de seus próprios limites para enfrentar todos os problemas de saúde, também o acúmulo de experiências capilarizadas em vastas redes de intervenção político-sanitária, bem como a capacidade de organizar a sua base operativa contando com recursos oriundos de vários órgãos públicos, principalmente na esfera municipal.

A concepção ampliada de saúde exige a ação intersetorial, na qual profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumem a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Isto, mais uma vez, evidencia o fato de que boa parte das políticas formulada pelos demais setores da sociedade tem conseqüências para a saúde da população (BRASIL, 2003).

Entretanto, como abordado anteriormente, a construção da intersetorialidade pressupõe capacidade de compartilhar saberes, poderes, de negociação, superar conflitos, respeito à diversidade e particularidades de cada setor participante. Especialmente a colaboração para a promoção da saúde é um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros que decidem trabalhar em cooperação para obter um conjunto de resultados de saúde compartilhados (OPAS, 2003).

Dificuldades relacionadas à gestão da saúde pela via da intersetorialidade, tais como a ausência de cultura de ação intersetorial, e dificuldade de financiamento de ações intersetoriais são apontadas por Feuerwerker e Costa (2000). A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, onde o segmento que detém o poder acaba prevalecendo nos processo de decisão, aliada a dificuldade da força de trabalho em olhar para além do objeto específico de sua atuação, muitas vezes, em situações contaminadas pelo corporativismo profissional, onde interesses de classe prevalecem acima dos interesses coletivos, caracterizam aspectos da cultura institucional que devem ser superados. Além disso, as rubricas dos orçamentos públicos são predominantemente setorializadas, o que re-

força a dificuldade de compartilhamento de poder entre os atores envolvidos e dificulta a agilização e resolutividade das ações.

Feuerwerker e Costa (2000) ainda argumentam que, para facilitar o processo, é preciso desenvolver instrumentos de planejamento e avaliação de projetos intersetoriais e capacitar os diversos atores envolvidos no trabalho intersetorial, principalmente para o desenvolvimento de habilidades de articulação e negociação.

O empoderamento dos diversos atores envolvidos através de sua transformação em sujeitos sociais, fortalecendo a participação coletiva na formulação de políticas públicas parece ser uma estratégia essencial para o desenvolvimento de ações intersetoriais na área da saúde. Assim, é fundamental que o setor saúde assuma o papel de estimular o envolvimento dos diversos setores públicos e sociedade na prática de gestão intersetorial, de modo a avançar de modo sustentado na conquista de melhor qualidade de vida e saúde.

Promoção de saúde e qualidade de vida pela via da intersetorialidade

A discussão contemporânea de promoção de saúde busca novas respostas sobre como diferentes ambientes na sociedade poderiam tornar-se ambientes de suporte para promover saúde. Nas últimas décadas, a Organização Mundial da Saúde tem disseminado o conceito e apoiado a criação de Ambientes Saudáveis - como cidades, escolas, locais de trabalho - estimulando agências nacionais e internacionais, comunidades, organizações governamentais e não governamentais e o setor privado a investirem nesta estratégia pelo seu potencial em promover a saúde física, social e emocional de comunidades (KREMPEL e MOYSÉS, 2002).

Tal estratégia oportuniza ações de promoção de saúde que reforçam a compreensão e aplicação dos compromissos assumidos internacionalmente, tanto na área específica da saúde, quanto nas áreas de direitos sociais e desenvolvimento sustentável, amplamente discutidos na Declaração de Alma Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), nas Conferências de Adelaide (1988) e Sundsvall (1991), na Declaração de Jacarta (1997) e na Conferência do México (2000), bem como na Agenda 21 (1992), Carta do Caribe (1993) e na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente (1995) (BRASIL, 2002). Para Andrade e Barreto (2002), algumas questões-chave puderam ser evidenciadas nestes eventos, especialmente a reafirmação da importân-

cia da Promoção da Saúde e a necessidade de focalizar os determinantes estruturais da saúde.

A compreensão da Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida na América Latina pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais, no marco dos direitos universais fundamentais, posto que o direito à saúde evidencia-se como expressão direta do direito fundamental à vida. A Promoção da Saúde, assim, volta-se para o desenvolvimento e reforço de potencialidades e da autonomia na busca da qualidade de vida através do enfrentamento de seus determinantes sociais (ABRASCO, 2003).

Ações de promoção da saúde pressupõem que: (i) saúde deve ser parte integrante de ações voltadas para o desenvolvimento; (ii) saúde pode ser melhorada através da modificação do ambiente físico, social e econômico; (iii) as condições em espaços sociais como a casa, a escola, a universidade, a comunidade, o local de trabalho e a cidade influenciam profundamente a condição de saúde das pessoas; e (iv) ações intersetoriais voltadas para a saúde são necessárias no nível local. É essencial, portanto, que pessoas e organizações assumam seu papel na criação de oportunidades e escolhas saudáveis, através do comprometimento político com o desenvolvimento sustentável e a redução das desigualdades sociais e de saúde (BRASIL, 2001).

Intervenções promocionais nas cidades passam então a atuar nos ambientes que estão gerando distorções com vistas a prevenir situações de exclusão. Aproveitando as potencialidades dos recursos locais, em um processo de construção de viabilidades para o enfrentamento dos problemas urbanos, a busca da equidade passa a ser possível através de parcerias com a comunidade e os diversos setores da sociedade numa visão interdisciplinar sustentável.

Assim, inovações na gestão pública, incorporando as estratégias promocionais de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, passa a ter importância fundamental para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em cidades onde a desigualdade sócio-sanitária é bastante acentuada (BUSS, 2000).

Curitiba Capital Social: intersetorialidade como um caminho para a qualidade de vida

A cidade de Curitiba, como a maioria das cidades de grande porte no Brasil, tem construído sua especificidade no desenvolvimento de políticas urbanas pautadas pela diversidade cultural e étnica, contradições sócio-ambientais e desigualdades decorrentes do processo de urbanização.

Nas últimas décadas, a cidade tem recebido destaque nacional e internacional por caracterizar-se como um espaço social onde a promoção de saúde e qualidade de vida tem norteado o desenvolvimento de políticas públicas em áreas como saúde, educação, transporte, abastecimento, meio ambiente. Através do estímulo a gestão compartilhada na interação e integração entre o setor público e a sociedade, o desenvolvimento destas políticas tem procurado valorizar a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos.

A primeira evidência de gestão voltada para a qualidade de vida em Curitiba pode ser talvez caracterizada pelo processo de organização do espaço urbano, proposto na década de 40, pelo arquiteto francês Alfred Agache (MOYSÉS, 2000; MOYSÉS e BARACHO, 1998). Com uma concepção de padrão de crescimento da cidade de forma radial e centrífuga, o Plano Agache organizava a cidade por zonas e funções onde se previam áreas residenciais, de comércio e lazer que teriam impacto na disposição espacial e social da cidade.

Estes princípios nortearam, na década de 60, as ações de planejamento desenvolvidas pelos arquitetos e urbanistas do Instituto de Planejamento e Pesquisa Urbana de Curitiba (IPPUC), seguindo esta lógica de organização e desenvolvimento da cidade com vistas à qualidade de vida de sua população.

Apesar da configuração deste planejamento urbano, a década de 70 foi marcada pelo impacto do processo de intensa migração associada à crise econômica e social do país, a qual teve como consequência modificações demográficas significativas, algumas previstas pelo planejamento e outras ocorrendo de forma imprevista e desordenada.

Para atender as demandas sociais e controlar a degradação ambiental provocadas por este processo, na década de 80 tornou-se imperativo a implementação de políticas públicas envolvendo vários setores municipais da área social. Como exemplo, pode-se citar a

criação da Secretaria Municipal da Saúde, antes estruturada no Departamento de Desenvolvimento Social da Prefeitura.

A década de 90 foi marcada pela absorção de novos paradigmas nacionais e internacionais de Desenvolvimento Humano e do movimento de Cidades Saudáveis, para enfrentar o desafio de superar práticas assistencialistas e burocráticas, e adotar aquelas voltadas para um real comprometimento com o atendimento às necessidades da população. A partir daí, incorpora-se o reconhecimento de que a gestão da cidade é coletiva e deve promover a melhoria da qualidade de vida do cidadão.

Com a reformulação da prática administrativa, o gestor municipal centraliza esforços no sentido de implementar inovações no seu processo de gestão, priorizando a atuação estratégica intersetorial, descentralizada e compartilhada com a sociedade.

A elaboração de projetos e planos de gestão balizadores na formulação do Modelo de Gestão Curitiba (CURITIBA, 2000), partiu de um processo metodológico construído coletivamente, batizado como *Decidindo Curitiba*, onde os diversos atores sociais ligados ao setor público e a sociedade identificaram problemas estruturais da cidade para a definição de prioridades de investimento e intervenção.

O Modelo de Gestão Curitiba, assim criado, integra o processo de pensar, agir e avaliar a gestão pública na perspectiva de analisar e interpretar as questões da cidade e do cidadão no seu conjunto e nas especificidades que lhes são próprias.

Na prática, este modelo constitui um marco teórico de planejamento estratégico situacional e comunicativo, que horizontaliza relações políticas e articula o planejamento e o orçamento, ambos monitorados e referenciados nos indicadores sociais do município. Tal prática de gestão, invariavelmente, sugere o direcionamento para a intersetorialidade. Estas características constituem-se em fatores de transformação da cultura pública tradicional para uma cultura voltada para resultados (CURITIBA, 2000).

Assim, um planejamento com visão do futuro da cidade foi desenhando cenários e construindo viabilidades. A organização descentralizada da administração pública oportuniza o compartilhamento e parcerias com instâncias formais e informais da sociedade, favorecendo o desenvolvimento de projetos e ações de forma matriciada, considerando o cidadão em sua totalidade, sempre manifestando necessidades individuais e coletivas.

A expressão desta forma de organização matriciada se dá na formulação de projetos estratégicos, denominados Projetos-Âncora, que partem da compreensão da complexidade da cidade, a qual exige o desenvolvimento de ações multiinstitucionais para serem mais resolutivas.

Os Projetos-Âncora representam as estratégias promocionais de articulação intersetorial e mobilização das comunidades que passam a ser incorporadas na agenda de políticas públicas de forma intersetorial, considerando o papel de todos os setores públicos e da sociedade na condução de ações que influenciem a qualidade de vida na cidade.

A gestão municipal, com suas diversas secretarias e demais órgãos da administração direta e indireta, reorganiza sua forma de atuação em espaços territoriais específicos na cidade, o que se reflete na formulação de políticas setoriais compartilhadas, agora conectadas pela visão ampliada de gestão.

Na Secretaria Municipal da Saúde isto pode ser observado pela crítica e busca de reorganização de um sistema de atenção fragmentado para um Sistema Integrado de Serviços de Saúde, que passa a incorporar conceitos de resolutividade, coordenação e responsabilização. A atenção básica é reconhecida como o primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde, que passa a coordenar e organizar uma rede longitudinal de atenção, rompendo com a concepção hierarquizada por complexidade. Além disso, este Sistema assume a responsabilidade pela atenção integral da saúde e qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade.

Seguem alguns exemplos de projetos gerenciados pela Secretaria da Saúde de Curitiba que tem a intersetorialidade como estratégia para seu planejamento e desenvolvimento.

Programa Vida Saudável: A Cidade como espaço de Promoção de Saúde

A forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem estão relacionadas ao contexto e cultura do espaço de sua cidade, aos hábitos adquiridos nos ambientes familiares e sociais e ao conhecimento que lhes é disponibilizado.

É essencial capacitar as pessoas no seu espaço de viver cotidiano para lidar com sua vida e sua saúde. O desenvolvimento da autonomia requer a contínua socialização das informações, opor-

tunidades de aprendizado para assuntos de saúde e cidadania, além de processos de participação social. Estratégias populacionais de intervenção sobre os problemas de saúde desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, sob uma nova forma de compreender e abordar saúde, tendo como eixo norteador a melhoria das condições de vida e saúde na cidade.

Com este referencial teórico o Projeto-Âncora Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba, centrada na estratégia da intersetorialidade envolvendo Secretarias Municipais da Saúde, do Esporte e Lazer, Educação, Fundação Cultural, Companhia de Desenvolvimento de Curitiba, Fundação de Ação Social, Diretoria de Trânsito e Secretaria do Abastecimento.

O objetivo é promover a saúde individual e coletiva com ações direcionadas para a população e para o ambiente. Espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” da população para hábitos mais saudáveis.

O desafio de fortalecer ambientes sociais para que se tornem espaços de suporte à promoção da saúde e facilitem as escolhas saudáveis, ampliou em 2003, as ações para as escolas, empresas e universidades. O sub-projeto “Ambientes Saudáveis” mobilizou 5 universidades, 23 empresas e 18 escolas de ensino fundamental no desenvolvimento de ações de promoção de saúde e troca de experiências.

Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados na cidade. A solicitação crescente por materiais educativos, o interesse da mídia em divulgar as atividades realizadas e o número de solicitações para realização de eventos em comunidades e instituições reafirmaram a necessidade e a busca das pessoas por suporte a práticas saudáveis.

A intersetorialidade é consolidada pelo crescente número de ações realizadas em parcerias com associações comunitárias, ONG’s, associações de classe, entre outros, o que tem proporcionado o compartilhamento de conhecimentos, capacidade de mobilização, organização e custos dos eventos. Este cenário reforça a responsabilidade do setor público, em conjunto com a sociedade, de dar su-

porte e garantia de uma vida saudável aos cidadãos que vivem na cidade de Curitiba.

Alfabetizando com saúde

Neste projeto, as Unidades de Saúde (US) de Curitiba transformam-se em salas de aula no final da tarde ou à noite, para os seus usuários. É um trabalho intersetorial, conduzido pelas Secretarias Municipais da Saúde e Educação.

O projeto é executado exclusivamente por voluntários da comunidade, que são capacitados pelos técnicos de ambas as secretarias. O material didático é inédito e foi elaborado por técnicos da Secretaria de Saúde e Secretaria da Educação, com conteúdos que cumprem, no mínimo, duas finalidades pedagógicas: ao mesmo tempo em que alfabetizam, orientam quanto à prevenção de doenças e promoção do autocuidado. Demais materiais utilizados pelos alunos são doados pela Secretaria da Educação e outros parceiros, como Clubes de Rotary e empresários.

O programa está implantado em 30 US, com a participação de 413 alunos. A faixa de idade dos alunos está entre 45 e 80 anos, sendo na maioria participantes dos programas de Hipertensos, Diabéticos, Saúde Mental e Mãe Curitibana.

Adolescente Saudável

O Programa Adolescente Saudável foi lançado em 30 de novembro de 2002, para todas as US da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, vindo preencher uma lacuna da atenção, a ser realizada de maneira integrada e sistematizada, voltada aos adolescentes, de ambos os sexos, entre 10 e 20 anos incompletos, seguindo a referência da OMS.

O Programa Municipal é pioneiro, ao levar o acolhimento solidário e a assistência integral à saúde do adolescente, de maneira descentralizada, sensibilizando e capacitando a equipe multiprofissional de todas as US, em consonância com as diretrizes do Sistema Integrado de Saúde e do SUS. A atenção integral incorpora ações de prevenção e de assistência, realizada pela área da saúde e em parceria com organizações governamentais e não governamentais, sempre pelo viés do protagonismo juvenil. Isto induz o

adolescente a desenvolver sua autonomia e responsabilidade, indispensáveis para a construção de um adulto saudável.

Inicialmente 400 adolescentes multiplicadores foram capacitados por técnicos das Secretarias de Educação e Saúde.

Em 2004 o Projeto “Sexualidade – prazer em conhecer” será implantado em parceria entre a Prefeitura Municipal de Curitiba, através da Secretaria da Saúde e da Educação, UNIMED e Fundação Roberto Marinho. É prevista a capacitação de professores das 11 escolas municipais e 10 US envolvidas com estas escolas. Curitiba também participa no projeto piloto – “Saúde e Prevenção nas Escolas” realizado em parceria nos três níveis de governo.

Programa Mulher de Verdade

A violência contra a mulher constitui violação dos direitos humanos e liberdades fundamentais e trata-se de um fenômeno que atinge mulheres de diferentes raças, etnias, religiões, escolaridade e classes sociais.

Em março de 2002 a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba lançou o Programa de Atendimento à Mulher Vítima de Violência, com um enfoque principal na estruturação de serviços para o atendimento à vítima de violência sexual.

A estruturação desta proposta teve como princípios básicos: o atendimento humanizado, a atenção integral e a integração entre os serviços de saúde, de segurança pública, a área social e jurídica e a sociedade civil organizada.

Nesta perspectiva estruturaram-se no município 3 hospitais de referência para o atendimento e acompanhamento das vítimas de violência sexual. Formulou-se, também, um Protocolo de Atendimento que contempla os diferentes aspectos pertinentes a questão. Ou seja: estabelece um fluxo de atendimento desde as Unidades de Saúde até os serviços de referência, com orientações detalhadas dos procedimentos que os serviços devem adotar e as informações importantes a serem repassadas para a vítima.

Parceria estabelecida entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança proporcionou um trabalho integrado entre as equipes dos hospitais e dos médicos peritos, fazendo com que a vítima passasse a ser atendida de modo integrado no próprio hospital.

Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes são fenômenos que acontecem independentemente de classe social, etnia, religião ou escolaridade dos agressores e se constituem em importantes causas para as demais formas de violência urbana. Na medida em que ensinam um padrão de comportamento para o enfrentamento de conflitos, baseado na violência, abrem caminho para a marginalidade de crianças e adolescentes e geram adultos que tendem a reproduzir tal padrão de relacionamento familiar e social.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, objetiva contribuir para a redução deste problema, em especial da violência doméstica. Busca-se sensibilizar e capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a este grupo populacional para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança ou ao adolescente e de ajuda à família para que ela tenha condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Dessa forma, objetiva-se intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos. Objetiva-se também produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas e projetos voltados para a prevenção da violência, especialmente envolvendo a comunidade.

Participam da formulação e implantação deste projeto as Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, da Criança, do Meio Ambiente, a Fundação de Ação Social, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, a Secretaria do Estado da Educação, os Conselhos Tutelares e a Sociedade Paranaense de Pediatria. Além destes parceiros, foi possível discutir a concepção da Rede de Proteção com um grupo significativo de técnicos vinculados a outras instituições que, em momentos e intensidades diferentes, deram sua inestimável contribuição.

O monitoramento e a produção de informações e indicadores que permitam conhecer melhor o problema e construir propostas voltadas para a prevenção da violência é um dos objetivos desta proposta. Dados preliminares apontam que o aumento registrado no número de notificações, percebido quando se compara com os da-

dos de anos anteriores do SOS Criança, denota que o subregistro desta forma de abuso está diminuindo, possibilitando que mecanismos de proteção possam ser acionados.

Conclusões

Neste capítulo, questões conceituais e experiências concretas tratando da intersectorialidade e da promoção da saúde na gestão pública da cidade de Curitiba foram colocadas.

As lições aprendidas com estas experiências na Cidade, particularmente na última década, mostram que nas comunidades onde a participação social e a coordenação intersectorial propiciada pelo poder público são consistentes, existe grande possibilidade de êxito. A questão chave continua sendo a capacidade de motivar suficientemente todos os atores envolvidos, fornecendo clareza conceitual, recursos de conhecimento, transparência de informações e partilhamento de poder.

O comprometimento dos vários atores envolvidos em projetos intersectoriais, no médio e longo prazo, também é questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas, especialmente aquelas voltadas para a promoção da saúde. Neste sentido, além da abrangência e relevância social das políticas, há que se pensar na formação e manutenção de redes colaborativas, apoiadas na diversidade de atores e instituições, bem como em bases políticas e legislativas que permitam que a intervenção continue, independentemente de eventuais mudanças das autoridades locais.

A experiência concreta de Curitiba, construída nas últimas décadas mostra que, mesmo em meio a grande diversidade de cenários e atores, a sustentação da ação intersectorial é possível no longo prazo. A qualidade de vida, já desfrutada hoje pelos curitibanos, demonstra que esta prática é saudável.

Referências Bibliográficas

ABRASCO, Pró-GT de Promoção de Saúde e DLIS - Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. Delineando um Marco Conceitual para a Promoção da Saúde e da Qualidade de Vida. Relatório técnico. Porto Alegre. 2003

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de e Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: M. C. d. S. Minayo e A. C. d. Miranda (Ed.). Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 151-171.

BRASIL. Constituição da república Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal. 1988

BRASIL, Ministério da Saúde. Projeto de promoção de saúde. <http://www.saude.gov.br/programas/promocao/progsaud.htm>: Acessado em 25 de janeiro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Ministério da Saúde. Brasília, p.56. 2002

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Construindo a política nacional de promoção à saúde; documento preliminar. Brasília. 2003

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção de saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.1, p.163-177. 2000.

CURITIBA, Instituto Municipal de Administração Pública. Modelo de Gestão Curitiba. IMAP. Curitiba. 2000

FEUERWERKER, Laura e Heloniza Costa. Intersetorialidade na REDE UNIDA. *Divulgação em Saúde para Debate*, n.22, p.25-35. 2000.

KREMPEL, Márcia Cristina e Simone Tetu Moysés. Ambientes saudáveis; uma estratégia de promoção de saúde. Projeto técnico. SMS-Curitiba. Curitiba. 2002

MOYSÉS, Samuel Jorge. Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to “healthy cities” policies in Curitiba, Brazil. (PhD Thesis). The Royal Free and University College Medical School, Department of Epidemiology and Public Health, University College London, London, 2000. 386 p.

MOYSÉS, Samuel Jorge e João Carlos Gonçalves Baracho. Curitiba! Uma cidade saudável. In: E. V. Mendes (Ed.). A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 337-359

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde, Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. Municípios e comunidades saudáveis. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. OPAS, W.K. Kellogg Foundation. Brasília, p.70. 2003