

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.

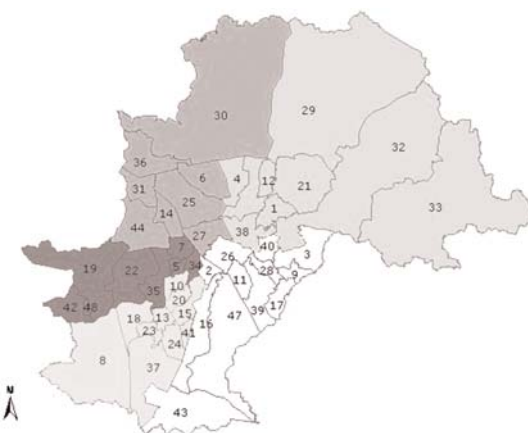
Então como se faz um município saudável?

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.

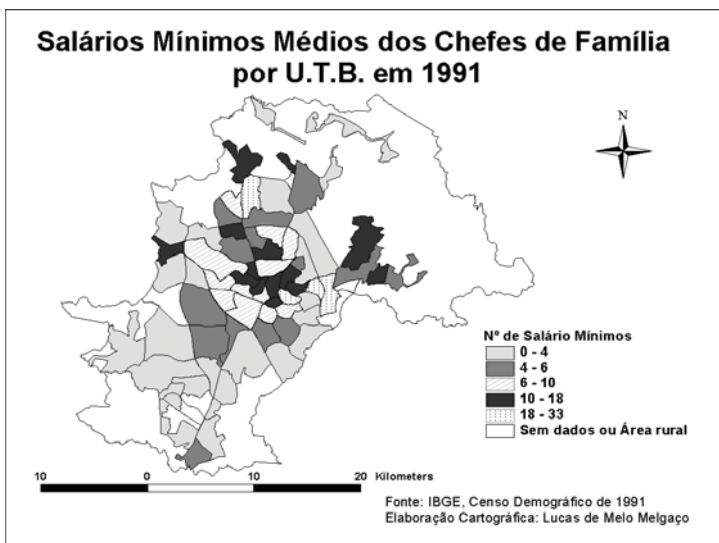
Ainda mais, devem haver problemas que são diferentes entre os lugares: em Barão Geraldo se apresenta de uma maneira, em Viracopos de outra, em Ouro Verde ou Vila Brandina, Oziel ou Cambuí, também. O território mostra visualmente as diferenças.

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.

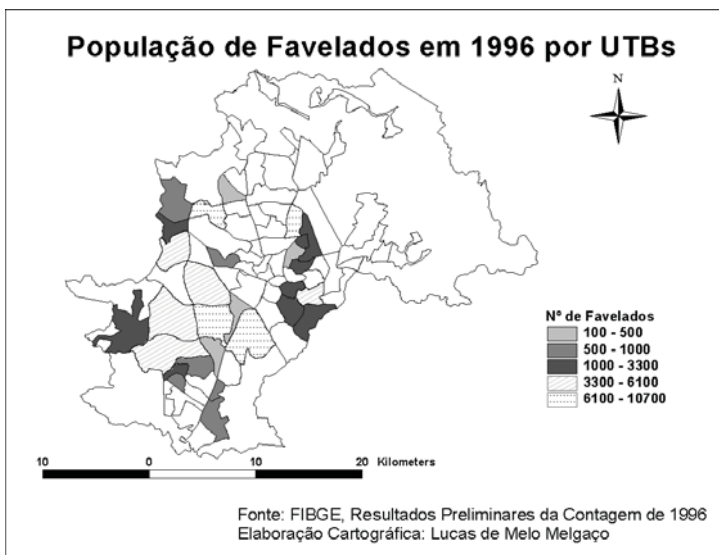
Como explicar tamanho processo de favelização em uma cidade que cidade que produz 11% do PIB nacional? Então essa é a tese paradoxal do mundo do presente: quanto mais rico, também mais miserável. E é isso que nós temos que discutir.

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?**

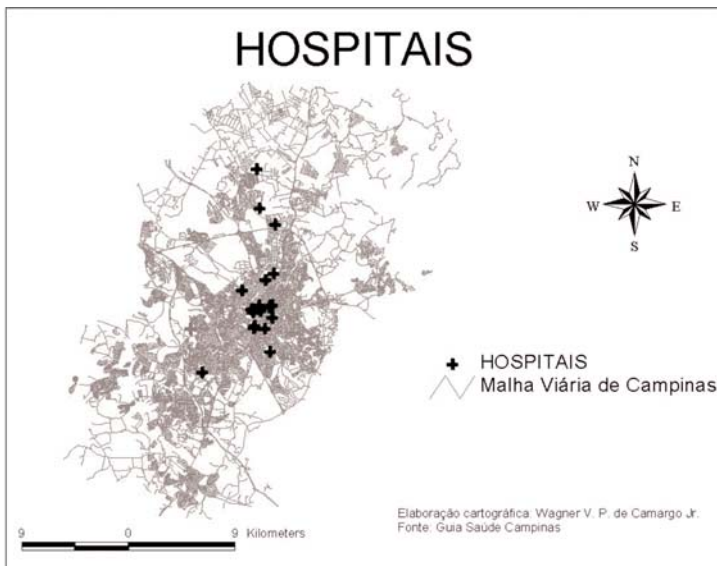
E os pobres, como e com que tem acesso aos hospitais? Como isso se justifica?

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

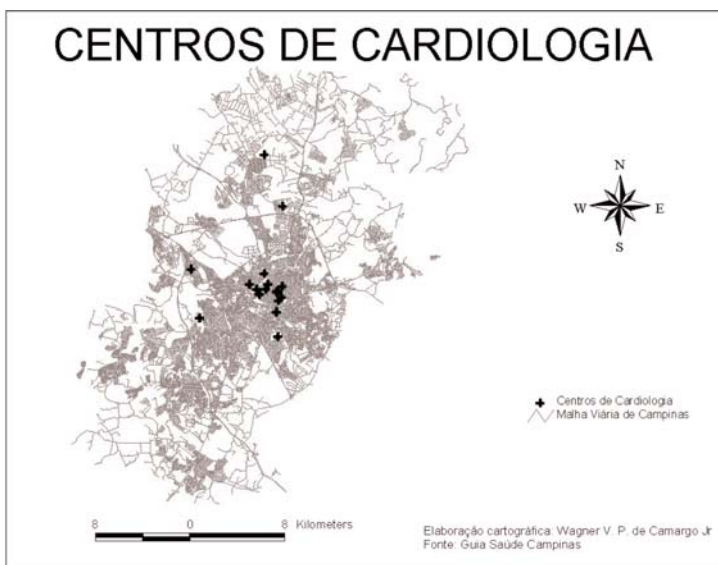
Os mapas a seguir revelam o uso do território por alguns equipamentos de saúde em Campinas. É a centralização o critério fundamental tanto da medicina pública (escassa) quanto da privada.

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.

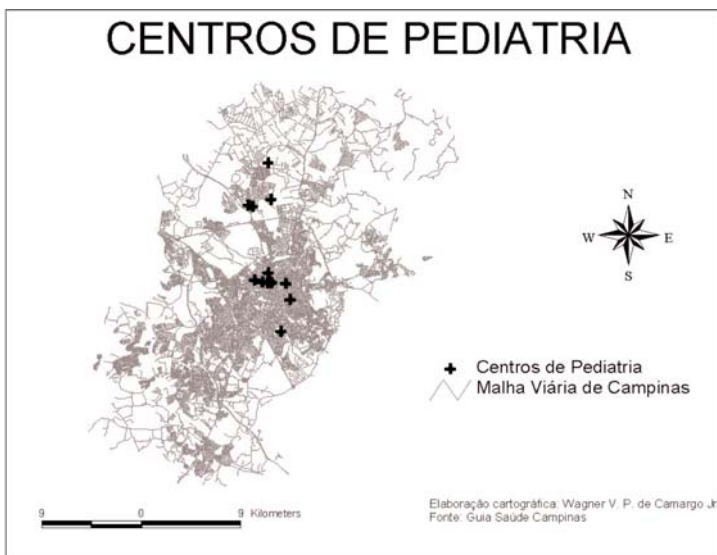
Mas isto quem sugere é o uso do território e toda sua complexidade. A saúde não pode prescindir desta abordagem. Somente assim se poderá falar em **Município Saudável**.

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