

# Campinas no Rumo das Comunidades Saudáveis





Universidade Estadual de Campinas

Reitor

Carlos Henrique de Brito Cruz

Coordenador Geral da Universidade

José Tadeu Jorge

Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários

Rubens Maciel Filho

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação

Alex Calixto de Matos - PREAC - Unicamp

# Campinas no Rumo das Comunidades Saudáveis

---

## **Organizadores:**

José Pedro Soares Martins e  
Humberto de Araújo Rangel

## **Colaboradores:**

Aguinaldo Gonçalves  
Ana Maria Girotti Sperandio  
Antonio Cruz  
Carlos Roberto Silveira Correa  
José Armando Valente  
Karla Fabiana Fonseca  
Miguel Malo  
Octavio Henrique Pavan  
Roberto Vilarta  
Rubens Maciel Filho

---

C156      Campinas no Rumo das Comunidades Saudáveis / organizado por  
Martins, José Pedro Soares e Rangel, Humberto de Araújo -  
Campinas, SP : IPES Editorial, 2004.

193p.

1. Saúde pública - Campinas (SP). 2. Saúde. 3. Medicina social -  
Campinas (SP). 4. Comunidades Saudáveis. I. Martins, José Pedro  
II. III. Título.

CDD  
614.098161

---

ISBN: 85-98189-04-9

Nenhuma parte desta publicação pode ser gravada, armazenada  
em sistema eletrônico, fotocopiada, reproduzida por meios  
mecânicos ou outros quaisquer sem autorização dos editores.

# Sumário

|   |     |
|---|-----|
| Prefácio.....   | 7   |
| Introdução.....   | 9   |
| Primeiras palavras.....   | 19  |
| Capítulo I.....   | 29  |
| <i>História das cidades e da luta pela vida saudável</i>                        |     |
| Capítulo II.....  | 47  |
| <i>Campinas e o município saudável</i>  |     |
| Capítulo III.....   | 77  |
| <i>São Marcos, o retrato das metrópoles brasileiras</i>                         |     |
| Capítulo IV.....  | 101 |
| <i>Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil</i>                       |     |
| Capítulo V.....   | 119 |
| <i>Proposta de política pública para a Região do São Marcos</i>                 |     |
| Capítulo VI.....  | 137 |
| <i>O III Encontro Comunidade Saudável e os desafios do futuro no São Marcos</i> |     |
| Capítulo VII.....   | 161 |
| <i>Propostas e ações na área da saúde</i>                                       |     |
| Capítulo VIII.....  | 207 |
| <i>Educação continuada para a paz e a cidadania</i>                             |     |
| Capítulo IX.....  | 229 |
| <i>Economia solidária</i>   |     |
| Sites na internet.....  | 243 |
| Glossário.....  | 245 |
| Linha do tempo.....   | 259 |



# Prefácio

*Miguel Malo*

*Consultor na Área de Promoção da Saúde OPAS/Brasil*

A publicação “Campinas no rumo das comunidades saudáveis” é um exemplo significativo do caminho de construção da promoção da saúde neste vasto e diverso país que é o Brasil.

O livro nos conduz, entre suas páginas, pelo caminho complexo de construção da promoção de saúde desde a definição de seus atores, o percurso histórico dos conceitos e processos globais, a recuperação histórica dos processos locais até sua valoração como eixo fundamental dessa construção.

Começa com a auto-análise de um dos atores principais do processo: a universidade, UNICAMP, que parte de uma inserção na comunidade através de extensão universitária propondo uma transferência tecnológica que leve o conhecimento científico à comunidade. E, neste processo, em coerência com os princípios da promoção de saúde, inicia mudando as metodologias e procurando abordagens multidisciplinares para, em seguida entrar em uma dinâmica de mútua aprendizagem, na qual se valoriza profundamente a “sabedoria” da comunidade e se estabelece um processo intersubjetivo para produção coletiva do conhecimento. Este percurso gera questionamentos no interior da universidade relativos à flexibilidade dos currículos, aos espaços de trabalho multidisciplinar que “...trariam significativa contribuição para avaliação institucional das atividades de extensão universitária e a criação de condições favorecedoras à participação da universidade na elaboração das políticas públicas voltadas para a avaliação transformação social e minimização das desigualdades sociais”.

Seguindo este percurso do macro ao micro, dos atores ao contexto, o livro nos leva a um recontar dos processos de urbanização na história da humanidade, para nos localizar em seguida no processo de Campinas, que passa da cidade do café a constituir-se em um dos pólos mais importantes da América Latina de desenvolvimento científico e tecnológico. Nesta transformação, Campinas não escapa

dos profundos problemas sociais gerados pela urbanização acelerada e dos processos de desenvolvimento da modernidade. Constituindo-se ao mesmo tempo em uma cidade do primeiro mundo, convive com as “marcas de lotamentos clandestinos com a explosão da população favelada”.

Nesse contexto surge o projeto “Campinas Cidade Saudável”, que resgata o melhor da história da cidade, dos movimentos sociais e a gestão intersetorial e participativa, e que consegue colocar, na agenda da cidade, o tema de saúde como um dos eixos prioritários para seu desenvolvimento. Nessa Campinas contraditória do desenvolvimento tecnológico e da marginalidade, a região de São Marcos é o “retrato da metrópole brasileira” mas que a partir do resgate de sua história de luta e organização comunitária, apesar da marginalidade e da exclusão, dá “constantes sinais de esperança na busca de uma nova sociedade...gerando um modelo de cidadania ativa”.

É nesta região que se juntam os esforços da Universidade, do IPES, da Prefeitura, para trabalhar uma proposta de comunidade saudável que, no marco da promoção da saúde, aponta para fortalecer o próprio potencial comunitário “em sua luta cotidiana pela sobrevivência e pela projeção utópica de uma nova sociedade”. Processo no qual os mais beneficiados são os pesquisadores universitários que “abertos ao diálogo com a comunidade, não podem se sentir os únicos donos da verdade... ao contrário, eles devem respeitar os saberes próprios e o rico legado cultural construídos na comunidade, por pessoas com origens e histórias de vida tão distintas”.

Neste livro encontramos, então, esse percurso da enfermidade à saúde, do positivismo cientificista ao reconhecimento de outros saberes, das intervenções verticais à construção coletiva de processos democráticos, em uma experiência que nos mostra, mais uma vez, os potenciais emancipadores da promoção da saúde.



# Introdução

## Reflexões sobre políticas de extensão universitária dirigidas às questões e demandas sociais da comunidade

*Prof. Dr. Rubens Maciel Filbo*  
*Pró-Reitor de Extensão e Assuntos Comunitários, Unicamp*

*Prof. Dr. Roberto Vilarta*  
*Professor Associado do Departamento de Atividade Física Adaptada da*  
*Faculdade de Educação Física e Assessor da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos*  
*Comunitários, Unicamp*

Refletir sobre a extensão universitária, em especial quanto aos aspectos que se relacionam às questões e demandas sociais originadas nas comunidades, devido à amplitude de interfaces com as quais se dá essa relação, requer a delimitação da abrangência da discussão circunscrita a alguns tópicos que, em nossa opinião, exigem premência dado o momento institucional, histórico e social em que vivemos.

Uma forma de visualização da extensão universitária é expressada por Thiollent (1998): “1) como atividade residual estruturada por cursos avulsos, ecleticamente programados para públicos diferenciados; 2) como projeto de pesquisa, intervenção e educação para comunidades locais e, eventualmente sobre temas relacionados com grandes causas sociais e 3) como consultorias e prestação de serviços a empresas ou entidades que são objeto de contrato em função de critérios de mercado”.

Focamos esta reflexão sobre as possibilidades de realização de ações de extensão universitária em populações como as dos bairros carentes das periferias municipais e das escolas públicas destas comunidades, envolvendo os setores prestadores de serviços de saúde e recreação próprios quando existentes nessas localidades.

Este foco realça o entendimento que programas e projetos de extensão podem ser compreendidos sob a luz da interação entre as

metodologias da pesquisa social, formas de intervenção específica sobre problemas e desafios observados nas fases de diagnóstico e avaliação, bem como sobre os processos de organização educacional tradicionais da prática acadêmica universitária.

## **A intervenção da extensão em projetos sociais**

As demandas e questões que emergem do contato com as populações apresentam-se, num primeiro momento, intensas e complexas devido ao significativo número de problemas vividos e sofridos no cotidiano, com poucas ou nenhuma solução que se mostrem facilmente aos que necessitam de apoio, orientação, cuidado ou mesmo da presença de interlocutores que apenas possam dialogar, sem compromissos com resultados ou objetivos práticos.

Entretanto, a complexidade desses problemas tende a se dissipar ao serem analisadas as condições materiais que sustentam a vida nesse espaços, a rede de relações sociais estabelecidas pelo equilíbrio da convivência e os movimentos estruturados nas comunidades para mudança positiva dessas condições e que possam resultar em qualidade de vida para a população.

Tal análise não diminui a gravidade ou abrangência dos problemas vividos, mas favorece a particularização das questões e o estabelecimento de “pontos de partida” para a definição de objetivos e a conseqüente realização de ações de extensão.

Considerando a estruturação de um método para aplicar projetos de extensão nessas comunidades, a experiência demonstra que alguns aspectos podem ser previstos e construída uma seqüência de eventos e reflexões voltadas ao entendimento e eficiência do processo.

Neste caso particular, há de se fazer, inicialmente, uma opção pelo tipo de abordagem extensionista mais adequada para as condições em que vivem estas comunidades. Discute-se, na área social, os benefícios e resultados diferenciados de estratégias assistencialistas em contraste com efeitos mais duradouros de processos que priorizam ações de cunho transformador das comunidades, e nesse particular tem sido divulgado e valorizado o chamado processo de “empoderamento” das populações, entendido como forma de investimento de poderes dos indivíduos pela incorporação consciente e legítima de direitos de cidadania.

Ultrapassados os momentos de contato com os problemas da população e definição das estratégias de abordagem, os agentes de extensão, comumente docentes e alunos envolvidos com projetos e programas, vêm-se instigados na proposição de ações efetivas para resolução dos desafios. Nesse aspecto, em particular, percebe-se e estimula-se uma aproximação entre a prática acadêmica estabelecida por tradição e o contexto geral da comunidade/sociedade onde será realizado o projeto de extensão.

Realiza-se aí uma interessante forma de “bricolagem” onde a prática é constantemente adaptada às condições presentes na comunidade. Nos espaços disponíveis para a intervenção extensionista, raramente pode-se contar com equipamentos e condições adequadas às quais todos nos acostumamos na universidade. Frente a este contato com a realidade, cabe aos promotores a idealização e revisão constante dos objetivos do projeto original. Passam a ser comum a mudança semanal de técnicas e práticas, adaptações do espaço físico e inclusão de novos conteúdos por solicitação dos participantes nos projetos. A abertura para desenvolvimento de novas metodologias passa a ser valorizada pois os problemas mostram-se modificados a cada instante, exigindo dos docentes e alunos o estudo e a elaboração de formas alternativas de resolução.

## **Extensão em projetos sociais e o processo ensino-aprendizagem**

O processo acadêmico tradicional, onde o docente ensina e o aluno aprende, tem redefinida sua configuração e modificada sua forma de explicitação no campo de realização das ações de extensão. Mais uma vez os objetivos são mudados e há grande possibilidade que sejam dirigidos para a realização do aprendizado entre os pares – docentes, alunos e usuários –, estimulada a construção de relações de diálogo da comunidade e dos alunos, reconhecimento de proposições inovadoras originadas por essa interação e reflexão sobre o papel da universidade no processo de mudança social, transformação da sociedade e redução das desigualdades tão presentes na atualidade.

Cria-se, portanto, um conceito diferenciado da tradição universitária e a resolução dos problemas mostrados pela comunidade

passa a basear-se na aplicação de metodologias científicas, tanto para obtenção de dados como para o desenvolvimento de abordagens pedagógicas diferenciadas, onde prioriza-se a integração das ações de extensão, ensino e pesquisa. Neste particular, a experiência de graduação de nossa universidade com a criação das disciplinas AM – Atividades Multidisciplinares, em 1998, favorece o contato dos alunos não apenas com as temáticas de grande relevância para a sociedade, mas também a possibilidade de vinculação destas disciplinas com experiências aplicadas na extensão. As experiências em projetos de extensão que envolvem alunos de pós-graduação têm gerado demandas para a criação desse tipo de vinculação com disciplinas AM para mestrandos e doutorandos. Com a conscientização sobre a possibilidade de integração da universidade com a sociedade pela extensão, tem-se observado uma demanda criativa dos pós-graduandos para a realização de trabalhos de pesquisa dirigidos à resolução de problemas presentes nas comunidades.

Outro aspecto, diretamente relacionado com projetos de extensão vinculados ao processo ensino-aprendizagem, diz respeito às perspectivas de integração de conteúdos nas Práticas de Ensino ou Estágio Profissional Supervisionado onde os professores passam a desenvolver os conteúdos disciplinares em concomitância à aplicação dos saberes acadêmicos e entender os reflexos desta aplicação sobre os estudantes e o público-alvo da atividade de extensão. Ao aluno ampliam-se as percepções sobre as possibilidades de integração multidisciplinar, aspecto este tão evidenciado em projetos pedagógicos de cursos de graduação, no entanto, pouco materializado como prática corrente no cotidiano acadêmico. Ações de extensão, disseminadas e integradas à realização de disciplinas durante a graduação, e não apenas presentes nos últimos semestres da formação universitária, facilitam a estruturação de currículos inovadores e estimulam a integração universidade-sociedade voltada à reflexão sobre as questões comunitárias.

Vê-se o impacto das atividades de extensão reconhecido, também em discussões sobre o ensino, em especial o de graduação, como aquelas resultantes do Fórum de Pró-Reitores de Graduação, realizado em Niterói (RJ) em 2000. Foram consensualizados conjuntos

de proposições que apontam para o aprendizado integrado e constantemente confrontado com a realidade, onde

“os elementos curriculares adquirirão novas formas; os conteúdos não serão memorizados, mas apreendidos compreensivamente; a relação professor-aluno será a de parceiros; as metodologias serão variadas e ativas; a avaliação não será a cobrança da falta ou o reforço do comportamento obediente, mas a análise do processo, dos alcances e da reorganização das ações”  
(ForGRAD 2000).

Uma forma de estruturação acadêmica capaz de responder a vários dos conceitos que dizem respeito à integração da extensão no processo educacional universitário, refere-se àquela conhecida pela organização de “grupos temáticos” agregadores de atividades de ensino e pesquisa, centralizadas nas demandas originadas pela extensão. Neste modelo, as atividades de ensino tais como o oferecimento de disciplinas eletivas e as da grade curricular comum, estágios supervisionados e práticas de ensino, bem como as bolsas de apoio didático são todas planejadas considerando possibilidades de vinculação a ações e projetos de extensão, aspectos particulares de suas temáticas, interesses dos alunos e perspectivas de interação com a comunidade.

Também a pesquisa e a pós-graduação podem ser estruturadas no grupo temático considerando as demandas e desafios apresentados no contato com as atividades de extensão. Geram-se, deste modo, novos horizontes de produção acadêmica de monografias, dissertações, artigos, vídeos, editoração, eventos e prestações de serviços, onde a comunidade passa a ser coadjuvante na definição das temáticas objeto do ensino e da pesquisa e não apenas o receptor final do processo acadêmico gerador do conhecimento.

O estudante também torna-se beneficiário direto do processo de organização de grupos temáticos, pois adquire formação curricular diferenciada e experiência dirigida à vida profissional, além de preparo à educação continuada em estudos na pós-graduação.

Neste contexto, a extensão, antes uma atividade marginal e descaracterizada no processo da materialização curricular, torna-se

elemento nucleador influenciando a construção dos conteúdos das disciplinas, entendido como currículo temático, estruturado pelo processo de construção do conhecimento, alcançando “níveis cada vez mais elevados de complexidade e inter-relação, superando o conceito do aprendizado linear, cumulativo, isolado e solidificando a interdisciplinaridade” ( ForGRAD, 2000).

## **A avaliação do impacto acadêmico e social dos projetos de extensão**

Um dos modelos possíveis de avaliação das ações de extensão foi recentemente proposto pelo Forum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras ( MEC/SESu, 2001). Tem como ponto de partida alguns dos objetivos definidos pelo Plano Nacional de Extensão 1999 / 2001 que expressa a necessidade de:

- a) tornar permanente a avaliação institucional das atividades de extensão universitária, tomando-a como um dos parâmetros de avaliação da própria universidade;
- b) criar condições para a participação da universidade na elaboração das políticas públicas voltadas para a maioria da população, bem como para o reconhecimento dessa instituição como organismo legítimo de acompanhamento e avaliação da implantação de tais políticas.”

De fato, a análise aprofundada sobre as questões institucionais que envolvem a extensão nos indica a importância do desenvolvimento de metodologia específica, principalmente para se avaliar o impacto das ações de extensão nas comunidades onde são desenvolvidas. Delinear o conjunto de variáveis passíveis de avaliação pode ser um dos caminhos para a formulação dessas especificidades, tendo em conta a diversidade de influências que programas e projetos desta natureza podem sofrer em todas as fases de sua aplicação.

Visando a ampliação dos itens afeitos à extensão, atualmente avaliados nos relatórios de atividades docentes, dos departamentos e das unidades de ensino, a Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários tem discutido aspectos passíveis de análise para

estabelecimento do impacto das atividades de extensão junto aos segmentos sociais envolvido nas ações acadêmicas.

O primeiro deles considera os resultados da interação entre a unidade de ensino, departamento ou grupo temático considerando as formas de apropriação do conhecimento gerado nos projetos de extensão, bem como a utilização efetiva pelas comunidades dos produtos desse processo e o impacto dos benefícios sobre os usuários finais.

Outro aspecto digno de atenção refere-se às formas como esse conhecimento é replicado dentro da própria academia, considerando as novas possibilidades de integração na unidade de ensino entre as ações de extensão e as da graduação, da pesquisa e da pós-graduação.

Pode-se aprofundar esta discussão buscando relacionar a vinculação dos projetos de extensão e o impacto de seus resultados nas comunidades à existência ou criação de programas pedagógicos, científicos, culturais e artísticos.

Também se questiona a existência de estrutura acadêmica flexível o bastante para incorporar a extensão nos currículos regulares, formas de transferência de conhecimento e tecnologias ali geradas e a contribuição desta integração da universidade e sociedade para formação da cidadania. Podem ser incluídas, ainda, as formas de discussão que favoreçam a participação da comunidade externa na gestão da extensão nas fases de concepção, desenvolvimento e avaliação.

Vemos que a estruturação de instrumentos dirigidos ao diagnóstico das demandas e condições materiais da comunidade, planejamento e avaliação das ações de extensão traria significativa contribuição para a avaliação institucional das atividades de extensão universitária e a criação de condições favorecedoras à participação da universidade na elaboração das políticas públicas voltadas para a transformação social e minimização das desigualdades sociais.

## **Programas e projetos de extensão dirigidos às questões e demandas da sociedade**

Nos dois últimos anos a comunidade acadêmica tem desenvolvido um conjunto de programas e projetos cujos objetivos e principais resultados são descritos a seguir:



## Projetos apoiados pela Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários / Unicamp

| Projeto  | Pessoal Envolvido  | Objetivos   | Público Alvo  |
|--|--|---|---|
| Projeto Programa de Alfabetização Solidária - PA5 - resp. Prof. <sup>a</sup> Sylvia Bueno Terra/IEL      | 01 docente<br>01 professor da rede pública<br>01 funcionário<br>01 estagiária<br>08 alunos de graduação e pós<br>05 funcionários (voluntários)<br>20 alunos de graduação e pós | Estimular jovens à integração aos ciclos regulares do ensino fundamental e promover sua qualificação profissional.  | 1245 alunos alfabetizados<br>86 professores capacitados   |
| Bato de Sol - Prof. <sup>a</sup> Fumiko Takano/CCEL  | 01 estagiária<br>08 alunos de graduação e pós<br>05 funcionários (voluntários)<br>20 alunos de graduação e pós   | Propiciar alternativas de cultura, lazer, esporte e formação para os moradores dos bairros contemplados (Jardim Novo Mercúrio e Jardim Fernandópolis).  | 50 a 70 pessoas da comunidade.  |
| Instituto de Pesquisas Especiais para Socialidade - Resp. Prof. Dr. Carlos Curitiba/FCM                  | 01 secretária<br>15 docentes<br>20 alunos de Pós Graduação<br>25 alunos de Graduação   | Desenvolver projetos que visem a utilizar o conhecimento específico em benefício direto para a sociedade em geral e mais particularmente para as populações de menor poder aquisitivo.  | 600 agentes comunitários treinados,<br>sendo 25 para atuar a Comunidade<br>10.000 pessoas que o Projeto assiste<br>diretamente, os demais para Capacitação. |
| Projeto Artístico para o Desenvolvimento Social - PADES - Resp. Prof. <sup>a</sup> Sara Pereira Lopes/EA | 01 docente<br>01 Professor COTUCA  | Utilizar os elementos criativos, educacionais e sociais da arte em benefício da comunidade de Campinas.   | 1100 participantes das apresentações,<br>semitrês e oficinas ao longo do ano.   |
| Dança Educação e Auto Estima - O Brasil que Queremos - Resp. Prof. <sup>a</sup> Luis Enrique Aguilar/FE  | 12 alunos de graduação e pós<br>01 docente<br>02 alunos de pós e graduação   | O Projeto visa desenvolver um trabalho de natureza pedagógica, disciplinar, relacionado a dança com as questões sociais inerentes aos participantes e aos seus familiares. Oferecer atividades e dinâmicas que contribuam para uma melhor saúde mental e física.  | 38 crianças atópicas diretamente.<br>700 crianças atópicas indiretamente  |
| Projeto Vila Ipe - Resp. Prof. <sup>a</sup> Sandra Tunes/CESET   | 01 docente   | Elaborar um projeto de articulação e apoio às ações de melhoria de qualidade de vida na região, atuando sobre os casos de aumento do consumo e tráfico de drogas na região, do índice de gravidez precoce e da incidência de doenças sexualmente transmissíveis nos adolescentes da região.   | 250 membros da comunidade   |
| Grupo do Saram - Resp. Prof. <sup>a</sup> Olga Von Simons/CMU  | 01 docente<br>02 estudantes de pós<br>06 ex-alunos formados pelo EA  | Estabelecer a comunicação entre a universidade e a comunidade de Barão Geraldo e, através dela, obter material para a pesquisa de uma linguagem étnica popular.   | membros da comunidade   |
| Artes e Esporte Social - Resp. Prof. <sup>a</sup> Sandra Tunes/CESET                                     | 01 docente<br>13 alunos de graduação e pós   | Tem por objetivo realizar junto aos moradores de rua que frequentam a Casa de Apoio São Francisco um trabalho de discussão e conscientização de sua situação de rua. Esse trabalho é desenvolvido por meio de uma técnica teatral chamada teatro otimista, conduzido principalmente (mas não exclusivamente) por alunos do Instituto de Artes da UNICAMP. | membros da comunidade   |
| Iniciadora Tecnológica de Cooperativas Populares - ITCP - Resp. Miguel Juan Busic                        | 08 docentes<br>15 alunos de pós e graduação  | Qualificação e inclusão de cooperativas populares   | 13 cooperativas qualificadas nos<br>Municípios de Campinas e Amparo,<br>envolvendo 396 trabalhadores.<br>Capacitação de 77 mestres                          |

## Referências Bibliográficas

ForGRAD. Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras. **Indicadores de avaliação e qualidade na graduação.** Oficina de Trabalho de Campinas/SP, 16 a 18 de agosto de 2000.

MEC/SESu. **Avaliação nacional da extensão universitária** / Forum de pró-reitores de extensão das universidades públicas brasileiras. – Brasília – MEC/SESu; Paraná : UFPR; Ilhéus ( Ba) : UESC, 2001. 98 p.

Thiollent, M. **Extensão universitária e metodologia participativa.** Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1998.

# Primeiras Palavras

No dia 31 de outubro de 1997, um grupo de pesquisadores universitários, reunidos em assembléia na sede da Associação dos Docentes da Unicamp (Adunicamp), deliberou pela criação do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES). Com um texto curto, assim os idealizadores do IPES justificaram a sua criação:

“Durante os últimos 150 anos a humanidade experimentou um desenvolvimento extraordinário dos seus conhecimentos e da sua capacidade de intervir na natureza, em um ritmo que não encontra precedentes em toda sua história.

Limitado nos seus deslocamentos ao próprio passo e a andadura dos animais, o homem venceu as distâncias com o trem de ferro e o automóvel, viajou pelos mares com o barco a vapor, alçou-se aos ares com o dirigível e o avião, foi à Lua e envia sondas para outros planetas e para além do sistema solar. Limitada a sua comunicação imediata ao alcance do próprio grito, alargou-a com o telégrafo, o rádio, a televisão, o radar e os computadores e se comunica para além das fronteiras transformando o planeta em uma aldeia global. Venceu a dor com os anestésicos e afastou a morte, duplicando a expectativa de vida com as vacinas, os antibióticos, e todo o arsenal terapêutico que permite o controle das doenças.

Este extraordinário progresso foi tornado possível porque o homem passou a usar o raciocínio de modo sistemático como um instrumento eficaz na busca de solução dos seus problemas. Em vez da aceitação passiva da interpretação consagrada pela autoridade, ele procura ativamente conhecer os fatores que estão em jogo e busca alterá-los para obter o efeito desejado. Ele investiga, experimenta e conclui. Enfim, usa o método científico de investigação e torna-se um agente inteligente e ativo na transformação do seu ambiente e da sua sociedade.

Esta revolução científica e tecnológica que libertou o homem, permitindo-lhe ultrapassar os próprios limites impostos pela natureza, infelizmente não beneficia igualmente a todos os homens. Vastas camadas da população, marginalizadas no processo sócio-econômico, acham-se excluídas desses benefícios e vivem, nos dias de hoje, em condições iguais ou piores do que as que prevaleciam antes da revolução

científica. Assim assistimos ao retorno de doenças que já haviam sido vencidas, como a dengue, o cólera, a tuberculose; convivemos com uma taxa de criminalidade comparável às da idade média em época de crise e sentimos a ameaça de substituição do Estado de Direito pela ação de grupos organizados que seqüestram, roubam e matam como uma forma esdrúxula de justiça.

O raciocínio científico não é apanágio de sábios, de ricos ou de qualquer grupo social. Mesmo crianças e iletrados, desde que devidamente treinados, são capazes de utilizá-lo para resolver os seus problemas. Experiências bem sucedidas em várias partes do mundo, realizadas pela ONU, mostram que a melhor proposta para se obter melhoria sustentada nas condições de vida de populações carentes, passa necessariamente pelo lema milenar: *Não dar o peixe, mas ensinar a pescar*, não dar as soluções, mas participar, ensinando a resolver problemas.

Baseados nessas considerações um grupo de docentes e pesquisadores de diferentes instituições brasileiras (UNICAMP, USP, UNESP, PUC-Campinas, Instituto Butantan, ITAL) resolveram fundar o **Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade – IPES** – uma organização não governamental, apartidária, sem fins lucrativos, que tem como objetivo:

“Desenvolver projetos que visem a utilizar o conhecimento científico em benefício direto para a sociedade em geral e mais particularmente para as populações com menor poder aquisitivo”

Ficou claro, por esse texto, o propósito do IPES em ser um agente estimulador da transmissão dos conhecimentos adquiridos pelas Universidades e centros de pesquisa, em benefício das populações excluídas do progresso social e econômico. Ao mesmo tempo, o IPES está consciente do quanto os pesquisadores universitários têm a aprender com os saberes, conhecimentos e valores culturais presentes na comunidade. Em outras palavras, o IPES considera que é fundamental estabelecer um diálogo entre Universidade e comunidade organizada, no sentido do empoderamento dos membros dessa

comunidade, para que eles sejam protagonistas das transformações sociais de que necessitam.

Assim, desde a sua criação o foco de atuação do IPES tem sido o de promover a participação ativa da comunidade universitária e dos diversos centros de pesquisa sediados em Campinas em ações voltadas para promover a substancial melhoria da qualidade de vida dos moradores da região São Marcos, uma das áreas com piores indicadores sociais da cidade.

A perspectiva de ação dos pesquisadores envolvidos é a dos princípios defendidos pelo Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, que é estimulado em especial pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS), ligada à Organização Mundial da Saúde (OMS), dando continuidade aos esforços históricos que vinham sendo feitos nessa região.

Mais do que tudo, porém, o que o IPES e demais instituições envolvidas nesse esforço vêm fazendo é apoiar e qualificar a organização que os próprios moradores da região São Marcos vêm procurando viabilizar, como meio de dar respostas eficientes e criativas para os enormes desafios que enfrentam diariamente. O conjunto de bairros conhecido como a região São Marcos tem uma história de mobilização e de lutas por melhorias na qualidade de vida de seus moradores. O que os pesquisadores universitários vêm tentando executar é dar a sua contribuição, fruto das inúmeras conquistas da Ciência feita no Brasil e no mundo, no sentido de acelerar as mudanças sociais tão necessárias nessa região, na direção de um momento marcado pela justiça social, pela vigência da cidadania e pelo respeito à vida em plenitude, dos seres humanos aos recursos naturais.

O objetivo desse livro foi o de documentar o esforço histórico que vem sendo realizada para mudar a realidade da região São Marcos e de indicar as propostas para que essa mudança aconteça de forma sustentável, consistente e duradoura, em benefício de toda a sua população. Nesse sentido, a intenção é que esse livro não seja e nem poderia ser diferente, o registro do ponto final de uma trajetória. Pelo contrário, que seja mais um instrumento dessa construção coletiva rumo a uma cidade mais bonita e feliz – em uma palavra, mais saudável, considerando a saúde em seu sentido mais amplo, como se verá ao longo do livro.

## Uma nova visão sobre a saúde e a qualidade de vida

Um novo entendimento sobre o que é Saúde vem ganhando espaço no Brasil e em vários países. Não se trata mais de encarar a Saúde como ausência de doença, mas da criação de condições para que os moradores de uma cidade ou de uma comunidade específica tenham Qualidade de Vida.

Ter Saúde é, em resumo, ter Qualidade de Vida, de acordo com esse novo conceito, que vem se tornando cada vez mais aceito por causa dos esforços do Programa Municípios e Comunidades Saudáveis. O Programa é uma iniciativa da *Organização Mundial da Saúde* (OMS) e da *Organização Panamericana da Saúde* (OPAS).

Para um Município ou uma Comunidade ter Qualidade de Vida, conforme o que estipulam a OMS e a OPAS, é necessário que sejam criadas plenas condições para a população ter acesso à Educação, à Cultura, ao Lazer, a um Meio Ambiente equilibrado, a uma Atividade Produtiva remunerada justamente e, claro, acesso também a serviços tradicionais de Saúde decentes.

É o conjunto de ações em todas essas áreas que define um Município ou Comunidade Saudável, que destine, assim, real Qualidade de Vida para sua população. Outro elemento muito importante da nova forma de enxergar a Saúde como promoção da Qualidade de Vida é a atenção que se dá à participação da comunidade nas decisões sobre os assuntos que lhe dizem respeito.

O que uma comunidade, em conjunto com o poder público, pode e deve fazer para ter Educação de qualidade? Quais as prioridades que um Município deve seguir nas áreas da promoção da Cultura, do Lazer e da proteção do Meio Ambiente? Essas perguntas podem ser devidamente respondidas, dependendo do grau de participação popular nas decisões que forem tomadas a respeito desses assuntos.

O diretor da OPAS, Dr. George A. O. Alleyne, assim define um Município ou Comunidade Saudável:

”É aquele que tendo alcançado um *pacto social* entre as organizações representativas da *sociedade civil*, as instituições de vários setores e as autoridades políticas locais, compromete-se com a promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população” (in OMS-OPAS, 2002: I).

Para o Dr. George, uma Comunidade ou Município Saudável é construído, então, pela ação coletiva dos seus vários setores sociais. Poder público, empresas, *organizações não-governamentais*, associações de moradores e outros setores devem atuar juntos, em parceria, para que as suas respectivas comunidades ou seu Município todo sejam considerados saudáveis.

É dessa forma, com a participação de todos na construção de um projeto coletivo, que será alcançada a verdadeira *cidadania*, acreditam os dirigentes da OMS e da OPAS. Ainda nas palavras do Dr. George Alleyne:

“Todos os cidadãos e suas famílias devem envolver-se nos assuntos referentes à sua cidade e bairro onde vivem, trabalham e se divertem, para buscar uma ação coletiva pela solução compartilhada dos problemas da sua comunidade no que se refere às condições de vida e saúde, melhorando o meio ambiente, estilos de vida, serviços públicos, segurança, convivência e outros fatores protetores” (*in* OMS-OPAS, 2002: II).

Este livro, “Campinas no rumo das Comunidades Saudáveis”, é o relato de uma das várias experiências coletivas de construção de Comunidades e Municípios Saudáveis na América Latina. Campinas foi uma das primeiras cidades do Brasil a assumir os compromissos relacionados à construção de um Município Saudável, de acordo com as propostas da OPAS-OMS. Esses compromissos foram parte do programa de governo da administração municipal de 1993-1996, mas as ações voltadas para a construção de um Município Saudável prosseguiram, mesmo depois de encerrado o mandato.

Vários grupos de cidadãos, incluindo profissionais da área da Saúde e pesquisadores e professores universitários, continuaram empenhados, nos últimos anos, na tarefa de fortalecimento em Campinas dos conceitos ligados à Comunidade e Município Saudável.

Um conjunto de ações de maior peso vem sendo desenvolvido, de modo especial, na região do São Marcos, uma das áreas com maiores desafios sociais em Campinas. Busca-se estabelecer na região Núcleos de Trabalho e Pesquisa, constituídos por membros da comunidade,

profissionais dos equipamentos sociais, membros do setor produtivo, docentes e alunos das Universidades, para identificarem os problemas que restringem a melhoria da qualidade de vida para buscarem soluções que conduzam a auto-gestão e afirmação dos direitos de cidadania.

Neste livro, são contadas as ações desenvolvidas nos últimos anos, direcionadas para promover, sobretudo, uma cidadania ativa entre os moradores da região São Marcos. São os cidadãos plenos, conscientes de seus direitos e deveres, que vão efetivamente construir uma Comunidade e um Município Saudável.

O que o livro mostra, enfim, é basicamente como os fios da história vêm sendo manipulados, por diversas mãos, em uma das áreas mais empobrecidas de uma das cidades mais ricas da América Latina. Mostrar como, em um local que resume o drama brasileiro, vem sendo tecida a trama para a redução das desigualdades sociais, rumo à conquista da Comunidade e do Município Saudável, é o objetivo primeiro dessa publicação.

## **Como ler o livro**

A intenção é que este livro sirva de guia de ação, para motivar a atuação cidadã dos agentes comunitários e profissionais envolvidos com o processo da Comunidade Saudável na região São Marcos, sobretudo porque a experiência relatada possa contribuir com iniciativas semelhantes em outros pontos do Brasil e da América Latina.

Desta forma, o livro foi montado de modo a facilitar a reflexão e os debates sobre os temas tratados. A seqüência dos capítulos, nas duas partes, já mostra como o propósito é ilustrar a história da experiência de Campinas em Comunidade e Município Saudável e, ao mesmo tempo, indicar possíveis tendências, sugerir questões que merecem ser melhor discutidas e tratadas por todos os envolvidos com o compromisso de promoção plena da Qualidade de Vida.

Na Primeira Parte, é resumida a trajetória de construção da Comunidade Saudável na região São Marcos e são apontadas as propostas para a transformação social nessa região. No Capítulo I, é resumida a história da luta das cidades por uma melhor Qualidade de Vida para suas populações. É uma história antiga e longa, que se inicia com os primeiros assentamentos humanos e prossegue, atualmente, com o drama das grandes áreas metropolitanas, como a de Campinas, no interior de São Paulo.



O Capítulo II é dedicado ao relato do esforço feito em Campinas para a conquista de uma Comunidade e um Município Saudável. Esse capítulo pretende deixar claro como o caso de Campinas é uma síntese perfeita de todos os encontros e desencontros que marcam o crescimento das cidades brasileiras.

No Capítulo III é mostrada, de modo particular, a experiência de promoção da Qualidade de Vida na Região do São Marcos. Como os moradores têm enfrentado os enormes desafios sociais colocados em suas vidas? Como os profissionais de uma das principais Universidades da América Latina têm se envolvido no processo de construção da Comunidade Saudável nessa região? No Capítulo IV, os autores traçam uma trajetória da evolução das políticas públicas em Saúde no Brasil. O Capítulo V apresenta uma proposta de política pública para a região São Marcos. E o Capítulo VI reúne a síntese das discussões e propostas desenvolvidas no III Encontro Comunidade Saudável, realizado na Unicamp, em maio de 2003, e que propiciou um balanço de toda uma comunidade, além de resumir os desafios para a consolidação das várias iniciativas já deflagradas na região São Marcos.

Na Segunda Parte do livro estão indicadas ações já em desenvolvimento na região, e que contam invariavelmente com a participação de pesquisadores/professores da Unicamp. Eles são os autores de artigos que resumem as principais propostas nas áreas de Promoção da Saúde (Capítulo VII), Educação Continuada (Capítulo VIII) e Economia Solidária (Capítulo IX), muitas delas já em desenvolvimento na região.

Várias “**Questões para Debate**” são citadas nos Capítulos VI e IX, para estimular a reflexão e discussões pelos agentes comunitários. Na Segunda Parte do livro estão reunidos ainda um **Glossário** e **Referências Bibliográficas**. O Glossário é destinado a comentar com mais profundidade algumas palavras e expressões usadas ao longo do livro e que são citadas na forma de *negrito itálico* no texto. Já as Referências Bibliográficas indicam os nomes completos de livros, documentos e artigos citados no livro – e que não foram citados anteriormente nos capítulos específicos – que permitem uma melhor compreensão do Brasil e de Campinas.

As citações ao longo do livro são indicadas dessa forma, entre parênteses: (**autor** do livro, artigo ou documento, seguido do **ano** da

publicação do texto e, depois do sinal “:”, a **página** de onde foi tirada a citação, **reproduzida entre aspas**).

Por exemplo, tomemos a citação do diretor da OPAS, George A. O. Alleyne, a respeito de sua definição de Município ou Comunidade Saudável: “É aquele que tendo alcançado um pacto social entre as organizações representativas da sociedade civil, as instituições de vários setores e as autoridades políticas locais, compromete-se com a promoção da saúde, visando a melhoria da qualidade de vida da população” (*in* OPAS, 2002: I).

A palavra em latim “in” indica que esta frase, ou citação, foi retirada de um livro em que o autor é a própria OPAS. O ano de publicação é 2002 e, depois do sinal ;, o número I indica a página de onde foi tirada a frase ou citação. O nome completo do livro em questão é citado nas Referências Bibliográficas, desta forma:

*OPAS, Municípios e Comunidades Saudáveis – Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida*, Washington, 2002.

OPAS é o autor do livro (quando o autor for uma pessoa específica, o nome próprio é citado em primeiro lugar); *Municípios e Comunidades Saudáveis – Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida* é o título do livro; Washington é a cidade onde o livro foi editado; e 2002 é o ano da edição. Geralmente a indicação de um livro, nas Referências Bibliográficas, é acompanhada da Editora responsável pela produção e publicação do livro.

As Referências Bibliográficas também indicam sites na Internet que podem ser consultados para melhor esclarecimento sobre os assuntos tratados em alguma parte do livro.

**PRIMEIRA PARTE**

**A EVOLUÇÃO DO MOVIMENTO MUNICÍPIOS/  
COMUNIDADES SAUDÁVEIS**



# Capítulo I

## História das cidades e da luta pela vida saudável

*José Pedro Soares Martins*

Em 1498, dois anos antes da chegada ao Brasil da esquadra portuguesa comandada por Pedro Álvares Cabral, o pintor holandês Albert Dürer produziu uma de suas obras-primas, a série de telas conhecida como “Visões do Apocalipse”. Uma das mais assustadoras dessa visões é aquela que coloca lado a lado os quatro cavaleiros do Apocalipse, na concepção de Dürer. São eles, ou elas, a Peste, a Fome, a Guerra e a Morte.

Com este quadro o artista holandês estava fazendo um alerta para os europeus da época, muito entusiasmados com o ritmo das grandes navegações e das “descobertas” de outras terras – a esquadra de Cristóvão Colombo havia aportado em terras americanas em 1492, e pouco depois seria a vez da “descoberta” do Brasil.

Dürer estava advertindo para que os portugueses, espanhóis, ingleses, holandeses e franceses, entre outros povos envolvidos com as navegações, não se esquecessem de que até aquele momento a Europa, entre outras partes do mundo então conhecido, havia sofrido muito com seqüências de peste e fome e com múltiplas guerras, tudo isso significando destruição e mortes, muitas mortes.

As “Visões do Apocalipse” eram, então, um contraponto à euforia que tomava conta da Europa, que por causa das seguidas “descobertas” de novas terras estava sonhando com um momento novo na história da humanidade. O próprio Dürer foi influenciado pela “descoberta” dos novos continentes. Ele chegou a conceber uma “cidade ideal”, e o modelo que o inspirou não era o dos conglomerados urbanos europeus. O seu modelo de “cidade ideal” era Tenochtitlán, o nome original da cidade do México antes da destruição da capital do império asteca pelos conquistadores espanhóis, comandados pelo implacável Hernan Cortés.

Mas, com as suas “Visões”, Dürer mostrava, ao mesmo tempo, que também era um humanista realista. Com base no que a história da

humanidade mostrava até aquele momento, o artista avisava que era preciso se esforçar, e muito, para traduzir a série de conquistas representadas pelas “descobertas” de novas terras em condições de vida realmente melhores para as pessoas que em sua maioria ainda enfrentavam condições desumanas nas cidades em formação em todo planeta.

Esta tem sido a característica central da história das cidades. A história da formação dos assentamentos humanos é a história da luta por melhores condições de vida de seus moradores. Através dos tempos as cidades se transformam, se reinterpretem, adquirem novas características físicas, urbanísticas, arquitetônicas e espaciais, e tudo isso em função das respostas que dão às demandas das populações por melhorias concretas em suas condições de existência. Acompanhar a trajetória das cidades é perceber, assim, como elas são organizadas, dependendo do maior ou menor grau de participação política de seus moradores e da sensibilidade e disposição dos governantes em colocar os interesses públicos acima dos interesses pessoais ou de pequenos grupos econômicos ou partidários. Quanto maior o sentimento de cidadania, de atuação política, de consciência dos direitos e deveres coletivos, melhor uma cidade é organizada para dar qualidade de vida a seus habitantes. Essa tem sido a característica comum, o traço que une a história das cidades ao longo da trajetória da humanidade.

## **Cidade e cidadania para os gregos**

O conceito que temos de cidade e de cidadania é herdado das antigas civilizações gregas e seus grandes pensadores. *Filósofos* como Platão e Aristóteles foram os primeiros que pensaram sobre o que significava ser cidadão e sobre o que uma cidade representava. A palavra cidade, aliás, vem do grego “pólis”.

É conhecida a definição de Aristóteles de que o homem é “um animal político”. A sua visão de cidade e de cidadão é, em consequência, uma visão claramente política. Cidade, por exemplo, para Aristóteles, é “um certo número de cidadãos”. O conceito de cidade não está desvinculado, portanto, do conceito de cidadão.

O cidadão, por sua vez, para o filósofo grego, é aquele que tem “a faculdade de intervir nas funções deliberativa e judicial de uma cidade”. Não existe cidade, desta forma, sem a existência do cidadão,

a pessoa que deve necessariamente atuar de modo político para interferir nas decisões que lhe dizem respeito, que afetam a sua vida e a de todos os moradores dessa cidade.

Uma decorrência direta do conceito dos gregos de cidade e de cidadão é o conceito de democracia, que também vem do grego “demos”, que significa povo. Democracia seria o governo do povo, pelo povo e para o povo. Ou seja, democracia é o sistema de governo em que os interesses do povo estão acima de todos os interesses, individuais ou de grupo.

Não podemos nos esquecer que a democracia era restrita, limitada, na Grécia antiga que criou os conceitos de cidade, cidadania e da própria democracia. Os escravos, que constituíam grande parte da população grega na época, eram desprovidos da cidadania, não podiam participar das assembleias que decidiam sobre os assuntos gerais de interesse da população. As mulheres também eram cidadãs pela metade, não tinham todos os direitos que os homens. Para os gregos, ser cidadão era, na prática, ser homem e proprietário de bens materiais.

Ao longo dos tempos, a história da construção da cidadania e da ação política se resumem fundamentalmente a aprimorar o que os gregos pensavam e praticavam a respeito. A história da cidadania e da política tem sido a história de como tem aumentado a participação política dos cidadãos e de como esses cidadãos melhoram as suas condições de vida, deixando de ser escravos – ou de estar em outra condição econômica e social desumana semelhante – e transitando para uma situação econômica e social superior, mais digna de sua condição humana.

A forma como as cidades são desenhadas, em termos físicos, urbanísticos e arquitetônicos, reflete diretamente o nível de cidadania e de ação política de seus moradores. Assim, é possível verificar, através da história, a existência de cidades mais ou menos saudáveis, de boa ou má qualidade de vida, dependendo do grau de atuação política e, portanto, de respeito à cidadania de seus habitantes.

Antes das cidades gregas, as primeiras com a idéia que temos hoje de cidade, cidades existiram em todas as civilizações, de todas as formas e características, e todas com um índice maior ou menor de cidadania e de respeito à qualidade de vida dos moradores.

## As primeiras cidades

Um dos primeiros conjuntos arquitetônicos que se conhece com características próximas a de uma cidade é um grupo de edifícios que teria sido usado por operários, em sua maior parte escravos, que trabalharam na construção da pirâmide de Sesostris II, no Egito, aproximadamente entre 1897 e 1879 Antes de Cristo (AC).

O desenho dessa “cidade”, na localidade de Illahun (Kahun, atualmente), era composto de linhas geométricas muito bem definidas, e a preocupação sanitária era indicada pela presença de um sistema de descarte de águas pluviais e de esgoto.

Ao lado de exemplares incipientes de cidade como esse, o Egito e outras civilizações foram pródigos em construção de cidades-templos, dedicadas ao culto dos respectivos deuses. São os casos das cidades egípcias construídas em Tebas, Tell-el-Amarna e Menfis, entre outras.

Cidades marcadas por características religiosas foram igualmente erguidas nas proximidades dos rios Tigre e Eufrates, na antiga Mesopotâmia, outra civilização antiga muito importante na história da humanidade e hoje correspondente ao território do Iraque. A civilização assíria também deixou amostras interessantes de cidades, como a de Korssabad. Ela foi edificada de modo a proteger os moradores das freqüentes inundações, com todos seus efeitos negativos decorrentes, inclusive em termos de saúde.

A cidade de Babilônia é a mais famosa da civilização mesopotâmica. Cortada pelo rio Eufrates, tornou-se uma lenda pelos jardins suspensos construídos por Nabucodonosor. Eram jardins idealizados para atender principalmente ao imperador, mas que não deixavam de representar uma precoce preocupação com a beleza e com a qualidade de vida no meio urbano propiciadas pela vegetação.

As cidades gregas foram se transformando à medida que o conceito de democracia foi se consolidando. As primeiras cidades na Grécia foram construídas de acordo com as características físicas da península. O território grego é muito irregular, recheado de cadeias de montanhas, e além disso constituído de centenas de ilhas. Nessas condições, era natural que fossem construídas aglomerações igualmente irregulares, sem obedecer a desenhos urbanos mais definidos. São os casos dos famosos santuários de Olímpia, Delos e Delfos, onde eram cultuadas algumas das divindades gregas mais conhecidas.



As mudanças foram verificadas com o avanço da democracia nas chamadas cidades-estado, que eram comunidades com enorme grau de autonomia política e administrativa, como as de Atenas e Esparta, as mais conhecidas e importantes.

Nas cidades-estado que mais sofreram influência dos incipientes conceitos de cidadania e democracia foram construídas edificações e espaços dedicados basicamente à prática da política, como as grandes praças públicas batizadas de ágora, onde as assembleias populares eram realizadas. Locais especiais de reunião para os membros das câmaras municipais também foram edificados.

Como um reflexo do sistema político então praticado, os edifícios destinados aos governantes gregos não eram tão imponentes como nas demais civilizações. O pensamento político e filosófico que floresceu na Grécia antiga foi responsável, ainda, pelo surgimento dos primeiros urbanistas como são conhecidos hoje. São os profissionais destinados a pensar de modo mais racional, científico, a organização física e espacial das cidades, para que elas sejam locais de fato adequados para a vida coletiva. Um dos primeiros urbanistas de que se tem notícia é Hippodamos, nascido em Mileto. Registros históricos indicam que Hippodamos contribuiu para a reconstrução de Mileto, que havia sido destruída pelos persas em 494 a C.

## **Em Roma e no Islã**

Durante o império romano, o urbanismo evoluiu de modo significativo. Roma seguiu os passos iniciados pelos gregos e buscou aprimorar um desenho de cidade correspondente à sua visão política, muito marcada pela hierarquia e pela organização. É preciso lembrar que as sementes do Direito moderno foram lançadas pelos romanos, como um meio de garantir a unidade de suas colônias espalhadas por várias regiões do mundo conhecido na época. Eram necessárias, para administrar todas essas colônias, leis muito coerentes e claras para os moradores.

Algumas inovações que haviam sido introduzidas pelos gregos em suas cidades, para assegurar a qualidade de vida dos habitantes, foram melhoradas pelos romanos. Casos dos sistemas de água corrente, de saneamento e de serviços contra incêndio. Os enormes aquedutos, construídos para viabilizar o transporte de água a longas distâncias,

são uma das principais heranças da cultura romana para a história da melhoria das condições sanitárias nas cidades.

Muitas das cidades mais importantes do mundo foram fundadas pelos romanos. São os exemplos da cidade francesa Lyon, das cidades espanholas Córdoba e Mérida e da capital inglesa Londres. Roma, a cabeça desse imenso império, obviamente, foi o espaço em que o urbanismo romano foi mais característico. O conjunto de templos, anfiteatros, circos, termas e palácios romanos constitui, ainda hoje, a principal atração turística da atual capital italiana.

Roma conheceu o seu auge e, também, o seu declínio como centro de um grande Império no momento de afirmação do Cristianismo como uma das religiões que se tornariam muito poderosas e abrangentes no planeta. As cidades que se tornaram cristãs foram aquelas, fundamentalmente, de origem grega ou romana.

O período imediatamente seguinte ao da crise e queda do império romano é marcado na história pelo nascimento e crescimento do Islamismo, o conjunto de crenças religiosas lançado por Maomé no século VI depois de Cristo. Entre os séculos VIII e X o Islã – também conhecido como mundo muçulmano – construiu outro grande império, maior do que o romano em termos territoriais.

Uma das características das cidades islâmicas criadas no período é a sua enorme identidade. São cidades que guardavam as mesmas características em qualquer ponto em que estivessem, no Sul da Espanha ou no Oriente Médio. Em termos urbanísticos as cidades islâmicas são consideradas pelos especialistas como mais simples do que as anteriores gregas e romanas, mas o mesmo não se pode dizer de seus conjuntos artísticos e arquitetônicos, dotados de grande beleza. Os palácios de Alhambra, em Granada, e as construções originais de Toledo e Sevilha, ambas na Espanha, confirmam o refinamento da arte e da arquitetura muçulmanas.

Ao contrário das cidades gregas, as aglomerações urbanas islâmicas não valorizam tanto a praça pública como local de reunião. A cultura islâmica valoriza, em geral, mais o mundo privado do que o público. Por isso, os jardins internos das casas islâmicas são todos esplendorosos, refinados, em contraste com a aparência mais modesta dos espaços públicos.

Uma das principais preocupações do mundo muçulmano era com o armazenamento de água, tão rara nas terras de onde se propagou

o islamismo e em muitas das colônias conquistadas. Por esse motivo as cidades islâmicas foram equipadas com sistemas sofisticados de circulação hídrica. Os jardins internos de Alhambra representam uma clara homenagem à água, no caso recolhida do alto das montanhas de Granada.

O império do Islã começou a declinar com a reação de alguns reinos cristãos europeus no período conhecido como Idade Média. A Península Ibérica, formada por Espanha e Portugal, foi um dos locais onde mais se multiplicaram as guerras de cristãos contra os muçulmanos ou mouros, como também são conhecidos.

O último reino muçulmano na Espanha, o de Granada, foi derrotado em 1492. Nesse ano, os muçulmanos e também os judeus foram definitivamente expulsos da Espanha, 1492 também foi o ano em que a esquadra comandada por Cristóvão Colombo chegou à América, a serviço dos reis espanhóis Fernando de Aragon e Isabel de Castela. Mas apesar do refluxo do Império, a influência cultural muçulmana foi mantida nas antigas colônias, como no caso supremo da Andaluzia, o território correspondente à região Sul da Espanha.

## **Cidades na Idade Média**

O período conhecido como Idade Média é um daqueles em que foram mais intensos os esforços para garantir qualidade de vida para as populações, vítimas de constantes epidemias, surtos de fome e múltiplas guerras. Tudo isso trazendo morte, muita morte, como nas “Visões do Apocalipse” de Dürer.

A Europa vivia uma fase de crescimento demográfico intenso. As cidades cresciam de modo habitualmente desordenado. Foi um momento de enormes êxodos populacionais. As más condições sanitárias e sociais facilitavam a proliferação de diversas doenças. Hanseníase (ou lepra, como era conhecida), tuberculose e a Peste Negra foram os fantasmas que mais assolaram as cidades, européias e de outras regiões do planeta, exigindo reformulações permanentes das concepções e dos desenhos urbanísticos.

Hanseníase é o nome científico que a doença passou a ter, depois da descoberta de que ela é provocada pelo bacilo de Hansen, uma microbactéria “parente” do agente biológico que causa a tuberculose. Mas durante a maior parte da história humana, a doença foi conhecida mesmo como lepra, e como leprosos identificados os

seus portadores.

A lepra sempre foi carregada de forte conteúdo simbólico e religioso. Por uma visão religiosa distorcida, os leprosos foram identificados com os “impuros”, “infiéis”. A existência da lepra indicava que o seu portador – ou a humanidade inteira – era originalmente pecador. A lepra era a marca do pecado original, era a “prova” de que o ser humano seria “culpado” desse pecado. O “pecado original”, como se sabe, foi o momento, na tradição judaica e cristã, em que Adão comeu da maçã, o “fruto proibido” do Paraíso, conforme determinação de Deus. Ao desobedecer a Deus, Adão – como representante de toda a humanidade – tornou-se impuro, culpado, pecador para sempre.

Essa carga simbólica e religiosa muito forte teve de ser transportada pelos leprosos através dos tempos. Os “sãos”, os “puros”, evitavam o contato com os leprosos. Temia-se o contágio pela doença, inclusive porque se desconhecía a forma com que ela era transmitida. O medo de um contato com o leproso estava relacionado ao temor de que o “são” também se tornasse “impuro”.

Os leprosos sofreram, assim, de uma enorme exclusão ao longo da história. Eles eram vítimas de proibições de todo tipo, não podiam circular pelas cidades e nem podiam casar com alguém “são”. Aqueles que desobedecessem às rígidas leis eram, muitas vezes, castigados com a pena de morte.

A lepra é conhecida e registrada no mínimo desde a época do império romano. Na Idade Média, o interesse pela doença adquiriu uma intensidade especial, na medida em que foi um período marcado por muitos conflitos religiosos, sobretudo na Europa.

De modo geral, a lepra sempre foi associada à pobreza e às más condições sanitárias nos aglomerados urbanos em constante crescimento. Para alguns estudiosos, a lepra passou a declinar na Europa depois de 1350, quando a população começou a diminuir como resultado de seguidos surtos de fome e da Peste Negra.

Por uma trágica ironia, como a população se reduziu muito no período, os sobreviventes passaram a ter maior possibilidade de alimentação e, com isso, teriam adquirido maior imunidade à lepra e a outras doenças. De qualquer forma, a lepra, ou hanseníase, permaneceu atormentando as populações mais pobres do planeta e continuou sendo, por muito tempo, sinônimo de exclusão e intolerância.

## Peste negra e tuberculose

A Peste Negra foi outro flagelo que o mundo sofreu na Idade Média, e talvez o maior deles. Os estudos científicos mostram que a Peste Negra foi provocada pelas ratazanas pretas, mas também pelas cinzentas, que “invadiram” a Europa e outras partes do mundo na Idade Média. Alguns autores situam a origem das ratazanas pretas na península indiana, e das ratazanas cinzentas da Ásia Central, nas proximidades do Mar Cáspio.

O crescimento populacional e as navegações teriam facilitado a difusão da Peste Negra, em função da mobilidade maior das ratazanas. Calcula-se que um terço da população europeia morreu de Peste Negra no período, o que representa uma catástrofe sem igual na história da humanidade. As cidades ficaram desertas, os sentimentos religiosos se tornaram ainda mais aguçados.

Mas, foi de qualquer maneira um momento em que a preocupação com as condições sanitárias e sociais nas áreas urbanas ficou ainda mais forte, favorecendo medidas de saneamento básico que iriam melhorar em parte as condições de vida das populações mais pobres e, portanto, mais vulneráveis às epidemias.

O auge da Peste Negra aconteceu entre os anos 1347 e 1348. Cidades inteiras praticamente desapareceram. Alguns historiadores afirmam que a forte diminuição populacional na Europa entre os séculos XIV e XV foi fundamental para estimular o movimento de captura de escravos nos séculos seguintes. Apenas os escravos comprados como mercadoria na África poderiam dar conta da ocupação das novas terras que seriam descobertas entre os séculos XV e, XVI, e especialmente no caso das colônias americanas como o Brasil.

Assim, como no caso da Peste Negra, a tuberculose foi determinante para várias modificações sociais e no cenário urbanístico das cidades europeias no período histórico como Idade Moderna, a partir do século XVI. A exemplo da hanseníase e da própria peste, a tuberculose era conhecida já na antigüidade, e foi apenas em 1882 que um médico alemão, Robert Koch, anunciou ao mundo que o responsável pela doença era um *bacilo*, que acabou recebendo o seu nome.

A partir da descoberta do bacilo de Koch, foram tomadas várias medidas sanitárias e de cunho social para combater a tuberculose. As

principais vítimas eram, novamente, as populações pobres, embora governantes, poetas, músicos e pintores não tenham escapado à doença. O compositor clássico Chopin foi uma das vítimas mais famosas.

Em oposição às opiniões de alguns setores de que os pobres eram responsáveis pelas doenças que adquiriam, na medida em que freqüentavam locais não muito adequados (incluindo casas de prostituição e cabarés, como se os ricos também não freqüentassem esses locais), apareceram, entre o final do século XIX e início do século XX, as posições identificadas com o pensamento político *socialista* em ascensão naquela fase histórica.

Foram vários os pensadores e políticos com nítida preocupação social que incluíram em suas reflexões a temática das condições reais de vida das populações pobres. O líder *comunista* André Lurçat, que atuava em defesa dos operários da região industrial de Paris, fez estudos sobre instalações na área da saúde. Já em 1813 o pensador Saint-Simon afirmava: “É necessário associar todas as questões políticas a questões de saúde”. Cidades inteiras, baseadas em construções comunitárias, foram imaginadas por filósofos socialistas, muito próximos do *anarquismo*, como o americano Robert Owen (1771-1858) e o francês Charles Fourier (1772-1837).

Grandes arquitetos e urbanistas franceses também demonstravam suas inquietações com as condições de vida das populações de baixa renda. Observações sobre a tuberculose eram feitas com freqüência por Le Corbusier, um dos mais importantes arquitetos da era moderna. Sua obra influenciou na forma como os planejadores franceses imaginavam os meios materiais para melhorar as condições de saúde física e espiritual dos moradores.

Um dos urbanistas com maior atuação nessa linha foi o Barão Haussmann. Ele foi o prefeito de Paris que projetou e construiu os *bulevares*, que uniam “fábricas e palácios do povo”. Mas o plano urbanístico aplicado por Haussmann em Paris também seria criticado, porque suas largas avenidas, na avaliação dos pensadores socialistas radicais, teriam facilitado a repressão policial contra manifestações populares. Nas antigas ruas mais estreitas da capital francesa era mais fácil construir barricadas pelos líderes comunitários.

De qualquer modo, era cada vez mais evidente, à medida que se aproximava o século XX, a preocupação com o desenho das cidades modernas. O crescimento industrial e todos os efeitos desse modo de

produção em termos urbanísticos e sociais alimentariam grandes discussões sobre como as cidades deveriam ser planejadas e organizadas, para efetivamente propiciar condições humanas de vida para seus moradores.

### POPULAÇÃO E URBANIZAÇÃO NAS GRANDES POTÊNCIAS

| PAÍS           | POPULAÇÃO (MILHÕES/ ANO) | URBANIZAÇÃO (%)      |
|----------------|--------------------------|----------------------|
| Reino Unido    | 33 (1881) - 46 (1911)    | 63 (1881)- 73 (1911) |
| França         | 38 (1886) - 40 (1911)    | 36 (1886)- 44 (1911) |
| Alemanha       | 41 (1871) - 65 (1911)    | 36 (1871)- 60 (1911) |
| Rússia         | 59 (1851) - 142 (1914)   | 7 (1851)-20 (1914)   |
| Estados Unidos | 39 (1870) - 92 (1910)    | 26 (1870)-46 (1910)  |

*Fonte: Jean-Pierre Rioux, "La Révolution industrielle", Points/Seuil, 1971*

## No século XX

O século XX foi o século das grandes metrópoles. O processo de industrialização implicou no esvaziamento do meio rural e na *migração* de enormes massas populacionais para as áreas urbanas. O resultado foi o crescimento de grandes cidades, inicialmente nos países mais industrializados e depois nos países em desenvolvimento, que passaram a concentrar a maior parte das populações dos respectivos países. Este foi o processo chamado de urbanização.

De fato, até a primeira metade do século XX, sete das dez maiores áreas metropolitanas do planeta ainda estavam localizadas nos países industrializados do denominado *Primeiro Mundo* ou do bloco de países liderado pela União Soviética: Nova York (12,3 milhões de habitantes), Londres (8,7), Tóquio (6,7), Paris (5,4), Chicago (4,9), Moscou (4,8) e Los Angeles (4 milhões de moradores). Apenas três *metrópoles* estavam situadas no *Terceiro Mundo*, o conjunto de países em desenvolvimento: Xangai (5,3 milhões de pessoas), Buenos Aires (5 milhões) e Calcutá (4,4 milhões de moradores).

A partir da década de 1950, entretanto, foram crescendo de forma caótica, desordenada, as metrópoles dos países em desenvolvimento, em decorrência da industrialização e dos êxodos populacionais que se intensificaram nesta parte do mundo. Em 1980, seis das dez maiores áreas metropolitanas já estavam situadas nos países em desenvolvimento: Cidade do México (14,5 milhões de habitantes), São Paulo (12,1), Xangai (11,7), Buenos Aires (9,9), Calcutá e Pequim (9 milhões de pessoas) e Rio de Janeiro (8,8 milhões de habitantes). As duas maiores metrópoles, Tóquio e Nova York, com 16,9 milhões e 15,6 milhões de moradores, continuavam no Primeiro Mundo, mas a tendência era clara de uma metropolização cada vez mais intensa nos países em desenvolvimento, o chamado Terceiro Mundo.

O Brasil foi um dos países que mais sofreram os impactos da urbanização acelerada na segunda metade do século XX. Calcula-se que mais de 30 milhões de brasileiros deixaram a zona rural e foram viver nas cidades entre as décadas de 1950 e 1980. Foi um dos maiores movimentos migratórios do planeta. São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte foram os maiores exemplos de metropolização intensiva no



Brasil, mas o fenômeno também foi observado em outros locais, como em Campinas, no interior do Estado de São Paulo.

Enormes favelas, com habitações desumanas e insalubres, trânsito congestionado, desemprego, saturação dos serviços públicos de Educação e Saúde, e áreas urbanas cinzentas, desprovidas de vegetação. Este tem sido o perfil predominante das grandes cidades que cresceram nos países em desenvolvimento nas últimas décadas do século 20. O descontentamento era igualmente crescente, o que motivou uma forte discussão internacional sobre como melhorar o planejamento das cidades, visando uma inserção social mais justa e humana particularmente das populações mais pobres e vulneráveis.

## **A conferência de Ottawa**

A preocupação com o futuro das grandes cidades não se resume ao âmbito dos países em desenvolvimento. Mesmo porque muitas das grandes metrópoles continuam situadas nos países industrializados, o chamado Primeiro Mundo. O termo “megalópole” foi usado pela primeira vez, em 1964, por um norte-americano, Ronald Wraith. “Megalópole - a cidade cujo alastramento ninguém é capaz de controlar”, definiu o estudioso.

Um dos países em que o debate sobre o futuro das cidades é mais efervescente é o *Canadá*, onde estão grandes áreas urbanas como as de Toronto, Vancouver e da capital, Ottawa. Em 1976, Vancouver sediou a primeira Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos, que passaria para a história como a Habitat I.

O texto final da Conferência, a Declaração de Vancouver sobre os Assentamentos Humanos, reuniu algumas das principais preocupações daquele momento com o futuro das grandes cidades, que se tornavam cada vez mais *inóspitas*, mais desumanas. A Declaração já alertava para a necessidade de maior participação política das populações na definição das medidas que deveriam ser tomadas em benefício dos grupos de mais baixa renda, aqueles que mais sofriam os efeitos negativos do crescimento exagerado, sem planejamento, das grandes cidades.

Outra cidade canadense seria o palco, dez anos depois, de outro evento de importância central no debate sobre o futuro das grandes

idades modernas. Foi a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na capital Ottawa, em 1986.

O documento final da Conferência, que ficou conhecido como Carta de Ottawa, consolidou um novo conceito de saúde, mais abrangente do que o conceito tradicional, que define a saúde apenas como a ausência de doença. Esse conceito tradicional é, portanto, muito ligado às questões próprias do que se conhece como saúde, que implicam a existência de hospitais, postos de saúde, médicos e enfermeiros.

O conceito de saúde indicado no documento final da Conferência de Ottawa é *inovador*, e por que não dizer *revolucionário*, porque considera as condições de vida gerais das populações – a forma como elas vivem, a característica de suas moradias, a rede de saneamento básico, os serviços públicos como escolas e espaços culturais.

Uma vida saudável, a partir da Conferência de Ottawa, passou a ser sinônimo de vida digna em todos os sentidos, materiais e espirituais. E para isso é necessário um processo político que leve à efetiva *inclusão social* das camadas mais pobres da população. Essa inclusão social depende, assim, em grande parte, da maior participação política dos setores *excluídos*, na busca de uma cidadania ativa, consciente de seus direitos e deveres coletivos.

Mais participativos, os setores excluídos têm maiores condições de controlar os – ou de, pelo menos, interferir nos – instrumentos existentes para a melhoria de suas vidas. Vida saudável, comunidade saudável não podem existir, nesse sentido, sem democratização efetiva das decisões políticas, no rumo do conceito que os antigos gregos tinham de democracia, o governo do povo, pelo povo e para o povo.

Depois da Conferência de Ottawa, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) passaram a incorporar e a difundir esse conceito mais abrangente de saúde. Nasceram os programas e projetos reunidos sob o nome geral de Comunidades ou Cidades Saudáveis, que seriam aquelas nas quais a visão ampla da saúde era praticada, não se restringindo somente à existência de uma rede eficiente de hospitais ou de médicos.

Este seria então o Município Saudável, na definição de um estudioso do assunto, Jaime Rabelo Adriano:

“Um município saudável, de acordo com a OPAS, é aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorarem a convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão e a democracia” (OPAS *apud* Adriano *et al*, 1996, p.55, citado *in* Adriano, Jaime Rabelo; Werneck, Gustavo Azeredo Furquim; André dos Santos Max, *et al*, “A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.53-62, 2000)

A partir de Ottawa, enfim, estava sendo gerado um processo que levaria lideranças políticas e comunitárias de vários países a pensarem um novo modelo de cidades, mais humanas, mais justas socialmente e preocupadas com a proteção do meio ambiente. Cidades mais saudáveis, em resumo.

## **A conferência Habitat II**

Outro momento importante na história recente, de discussão sobre o formato das grandes cidades e sobre a maior participação popular nas decisões que dizem respeito às populações, foi a Conferência das Nações Unidas sobre os Assentamentos Humanos, ou Habitat II, realizada em Istambul, na Turquia, em junho de 1996. A Conferência foi um marco no debate sobre o futuro das cidades, ao reunir todas as reflexões realizadas ao longo das últimas décadas a respeito do destino das áreas onde passou a viver a maior parte da humanidade.

O clima para a Habitat II foi preparado por eventos anteriores, como a Conferência Européia sobre Cidades Sustentáveis, realizada em Aalborg, na Dinamarca, de 24 a 27 de maio de 1994. O documento

final da Conferência, a Carta da Sustentabilidade das Cidades Europeias, reuniu os conceitos básicos da chamada sustentabilidade dos espaços urbanos. Cidades sustentáveis seriam aquelas marcadas pela justiça social e pelo respeito ao equilíbrio ambiental, em um conceito muito próximo ao de cidades ou comunidades saudáveis.

Afirma o documento final de Aalborg: “Nós, cidades, estamos conscientes que as populações pobres são as mais afetadas pelos problemas ambientais (ruído, poluição atmosférica proveniente do tráfego, falta de lazer, alojamentos insalubres, falta de espaços verdes) e as menos aptas para resolvê-los. A desigualdade das riquezas está na origem de comportamentos insustentáveis, tornando a evolução mais difícil. Nós pretendemos integrar na proteção ambiental as necessidades sociais básicas das populações, bem como programas de ação sanitária, de emprego e habitação”.

Realizada 20 anos depois da Conferência de Vancouver, no Canadá, em 1976, a Habitat II pôde ser incluída no conjunto de eventos realizados por iniciativa da ONU nos últimos anos, sob o nome geral de Ciclo Social. Foram promovidas, entre outras, a Conferência do Rio de Janeiro sobre Desenvolvimento e Meio Ambiente (1992), a Conferência de Viena de 1993 sobre Direitos Humanos e a Conferência de Pequim de 1995 sobre os Direitos das Mulheres.

Uma das marcas dessas Conferências é a intensa participação das organizações não-governamentais (ONGs), um fato novo na história da ONU. Nas discussões em torno da Habitat II teve papel fundamental a Coalizão Internacional pelo Habitat, articulação nascida na Conferência de Vancouver, em 1976, que reúne mais de 300 ONGs de diversos países. Com um fórum próprio na Habitat II, as ONGs conquistaram o direito de pela primeira vez na história da ONU, incluir os seus conceitos na declaração final da Conferência de Istambul.

O fortalecimento do poder local, favorecendo a aproximação dos cidadãos de seus governantes e da gestão dos recursos públicos, é um dos principais conceitos confirmados pela Habitat II. Essa tese sustentada pelas ONGs, e apoiada por muitas organizações representativas do poder local, como a União Internacional de Autoridades Locais, foi incorporada à seção referente à “gestão democrática do território” da agenda da Conferência de Istambul. Seria a gestão marcada pela “descentralização do Estado, o fortalecimento da autonomia dos governos locais e a institucionalização da participação cidadã”.

A busca da cidadania ativa é, então, de novo, uma marca, na linha das discussões citadas sobre cidades saudáveis e cidades sustentáveis. Com a Habitat II foi aprofundada a idéia de que a construção de cidades saudáveis e de respeito aos direitos básicos das populações depende essencialmente do desenvolvimento da cidadania, consciente de seus direitos e deveres. Nos últimos anos, várias experiências locais têm buscado colocar em prática esses conceitos. Por vários aspectos o caso de Campinas é exemplar.

### GRANDES CONFERÊNCIAS DA ONU

| CONFERÊNCIA                      | ANO  | LOCAL                        |
|----------------------------------|------|------------------------------|
| Ambiente Humano                  | 1972 | Estocolmo, Suécia            |
| Assentamentos Humanos-Habitat I  | 1976 | Vancouver, Canadá            |
| Promoção da Saúde                | 1986 | Ottawa, Canadá               |
| Meio Ambiente e Desenvolvimento  | 1992 | Rio de Janeiro, Brasil       |
| Direitos Humanos                 | 1993 | Viena, Áustria               |
| Mulheres                         | 1995 | Pequim, China                |
| Assentamentos Humanos-Habitat II | 1996 | Istambul, Turquia            |
| Desenvolvimento Sustentável      | 2002 | Johannesburgo, África do Sul |



## Capítulo II

### CAMPINAS E O MUNICÍPIO SAUDÁVEL

*José Pedro Soares Martins*

Campinas foi um dos primeiros municípios no Brasil a assumir os compromissos sugeridos na Carta de Ottawa, de 1986, e nos documentos posteriores ligados ao conceito de Municípios Saudáveis defendido pela OMS e pela OPAS. Essa postura de Campinas, assim como de outros Municípios brasileiros, está relacionada ao processo de democratização no País, intensificado com o fim do regime militar, que durou de 1964 a 1984.

A partir de 1985, várias ações foram desenvolvidas no Brasil, no sentido de construção da democracia social e política. Em 1986 foi eleita a Assembléia Nacional Constituinte, com o objetivo de redação de uma nova Constituição para o Brasil, que refletisse o novo momento político e as aspirações da população por melhor qualidade de vida.

Em outubro de 1988 foi promulgada a “Constituição Cidadã”, como foi batizada pelo deputado Ulysses Guimarães, que era o presidente da Câmara dos Deputados e da Assembléia Constituinte. Uma das marcas da nova Constituição é a base que propiciou para **municipalização** das ações sociais, nas áreas da educação, saúde, meio ambiente e outras.

Depois da nova Constituição, foi sendo consolidado o esforço para que as populações aumentassem a sua participação política, com o propósito de que atuassem efetivamente na definição das políticas públicas e na aplicação dos recursos públicos à disposição. A criação dos Conselhos Municipais, de saúde, educação, meio ambiente, entre outros, é um dos mecanismos previstos na Constituição Cidadã, para viabilizar a participação popular cada vez maior na discussão sobre os destinos das respectivas comunidades.

É neste cenário que o conceito de Municípios Saudáveis, defendido pela OMS e OPAS, encontra terreno fértil para dar frutos no Brasil. Além de Campinas, também assumiram compromissos com o conceito municípios como Crateús, no Ceará, Santos e Diadema, em São Paulo, Palmeiras e Céu Azul, no Paraná, entre outros.

O caso de Campinas é um dos mais exemplares, na medida em que se trata de uma das grandes metrópoles brasileiras que cresceram de forma desordenada nos anos 60 a 80 do século XX. A experiência de Campinas em termos de busca das características de um Município Saudável tornou-se uma referência nacional e internacional, pelos efeitos que ela poderia ter em termos de aplicação em outras áreas metropolitanas das ações aqui desenvolvidas.

## **Da cidade do café ao pólo industrial**

Campinas é um exemplo típico de cidade brasileira que cresceu de modo desordenado, indo da economia rural para a economia centrada na indústria e nos serviços. A sua vocação de metrópole estava indicada desde o século XIX, no período em que Campinas se tornou capital nacional do café.

O café foi introduzido em Campinas no início do século XIX, no momento em que ela ainda era a Vila de São Carlos, assim batizada em dezembro de 1797. A Vila cresceu sob a força da cana-de-açúcar e, em 1842, foi transformada na cidade de Campinas, quando o café já despontava como o principal produto econômico.

Os “anos de ouro” do café em Campinas compreenderam as décadas de 1860 e 1870. Nesse momento, os enormes recursos financeiros acumulados pelo café financiaram inúmeras obras que tornaram a cidade como uma das mais progressistas do Brasil, rivalizando inclusive com a capital paulista.

O primeiro jornal local, o “Aurora Campineira”, data de 1858. Entre outras realizações da época, devidas ao café, podem ser citadas a fundação da Companhia Paulista de Ferrovias, em 1867 (começou a funcionar em 1872), do Colégio Culto à Ciência, em 1869 (foi inaugurado em 1874), do Colégio Internacional (1869), da Companhia Campineira de Gás e Gasômetro (1875), da Companhia Campineira de Carris de Ferro, com bondes transportados por cavalos (1879) e outros jornais, como “O Conservador” (1860), “Gazeta de Campinas” (1869 a 1889), “O Constitucional” (1874 e 1876), “A Mocidade” (1874), “Atualidade” (1875), “Diário de Campinas” (1875 a 1901) e “Opinião Liberal” (1876 a 1883).

Aos poucos Campinas ganhava um porte de área urbana expressiva, que tentava até imitar as cidades européias. O Teatro São



Carlos, de 1850, tornou-se um dos principais do Brasil na época, e recebeu atrações como a companhia teatral da lendária francesa Sara Bernhardt.

O crescimento urbano motivou, por outro lado, as primeiras preocupações com as condições sanitárias, particularmente das populações mais pobres. O Brasil vivia, é bom lembrar, o período da escravidão, abolida somente em 1888. E Campinas sempre foi um dos principais centros escravistas do Brasil, sendo esta a origem do processo de exclusão social vivido pela cidade ao longo dos tempos.

As más condições sanitárias e sociais de boa parte da população favoreceram a ocorrência de várias epidemias em Campinas nas primeiras décadas do século XIX, como de varíola e cólera. Em 1885 o engenheiro Antônio de Paula Souza apresentou o primeiro Plano de Abastecimento de Água da Cidade de Campinas, que segundo alguns estudiosos poderia ter representado um enorme avanço em termos de saneamento básico.

O Plano acabou não indo à prática, em um momento em que o panorama sanitário, ambiental e social da cidade estava se agravando, apesar do crescimento econômico derivado do Ciclo do Café. Uma descrição da “Gazeta de Campinas” na época mostra como a situação era crítica em termos sanitários:

“O Córrego do Mercado, de preferência escolhido para que ali se atirem quanta imundície há na cidade, próximo à rua Barreto Leme, desde as suas bandas até o leito, em grande extensão, e tal é o acúmulo de matérias infectas que impossível é a gente passar por aqueles lados sem suspender a respiração”.

Em 1888, com a abolição da escravatura, centenas de escravos libertos passaram a residir na região central da cidade, em cortiços com péssimas condições sanitárias. Ex-escravos e outros grupos sociais estavam jogados à própria sorte, excluídos do crescimento econômico alimentado pelo café.

Estavam criadas as condições para a proliferação de novas epidemias, e a pior delas aconteceria a partir de 1889, ano da proclamação da República. Foi a epidemia de febre amarela que quase devastou Campinas em cinco principais surtos, até 1897.

A febre amarela, como se sabe hoje, é transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo responsável pela dengue que tanto atormenta as grandes cidades brasileiras no início do século 21. Mas na época em

que a epidemia chegou a Campinas não se sabia os meios de transmissão da febre amarela e os meios usados para o seu controle não eram, então, eficazes. Um desses meios era a queima de alcatrão pelas ruas que ficaram desertas.

Calcula-se que morreram na epidemia de febre amarela em Campinas cerca de 2.500 pessoas, o que correspondia a 6% da população urbana da época. É algo como se hoje, quando Campinas tem cerca de 1 milhão de habitantes, 60 mil pessoas morressem de uma epidemia. Seria uma enorme tragédia, e foi isso o que aconteceu com a cidade na febre amarela.

Todo aquele crescimento econômico e desenvolvimento propiciado pelo café foi bruscamente interrompido. Campinas perdeu definitivamente a disputa com São Paulo pela primazia de ser a principal cidade paulista. Várias modificações importantes aconteceram, como a transferência do Colégio Internacional para o Sul de Minas Gerais. O Colégio Florence, outra importante instituição de ensino de Campinas, também foi transferido, para Jundiá.

A epidemia de febre amarela tornou-se uma clara advertência para os riscos do crescimento urbano desordenado, que não considerasse a situação social dos moradores e as condições ambientais locais. Infelizmente a mesma história se repetiria na segunda metade do século 20.

De qualquer modo a epidemia de febre amarela despertou a atenção das autoridades para a situação sanitária de Campinas. Grandes sanitaristas, como Saturnino de Brito, chegaram a trabalhar em Campinas na oportunidade. A ação de alguns profissionais com preocupações sociais e sanitárias também contribuiu para uma maior atenção com relação à forma como as pessoas viviam e moravam. É o caso do famoso arquiteto Ramos de Azevedo, que iniciou sua carreira profissional em Campinas antes de se transferir para São Paulo, onde foi autor de alguns dos mais importantes prédios públicos da capital paulista, como o Teatro Municipal.

Em Campinas Ramos de Azevedo elaborou vários projetos, como do prédio do Círculo Italiano (atual Casa de Saúde) e do matadouro municipal. Nas várias residências que projetou na cidade, Ramos de Azevedo introduziu as preocupações sanitárias que adquiriu durante o seu período de estudos na Europa.

Campinas chegava assim ao início do século 20 tendo o desafio de buscar uma maior qualidade de vida, superando a crise social e

econômica deflagrada pela febre amarela. Era cada vez mais nítida a vocação da cidade para a economia industrial.

## **Dos cortiços às favelas**

A recuperação econômica de Campinas, em relação à forte crise resultante da febre amarela, deveu-se ao incipiente parque industrial e à atuação de órgãos públicos como a Estação Agronômica Imperial, depois Instituto Agronômico de Campinas (IAC), fundada em 1887. O Instituto foi responsável por várias melhorias na agricultura, que não deixaram Campinas totalmente dependente do café.

Assim a cidade também pôde se recuperar de outra tragédia, que foi a crise social provocada pela quebra da Bolsa de Valores de Nova York, em outubro de 1929. Um dos efeitos dessa quebra foi a redução drástica dos preços do café, que ainda era o principal produto exportado pelo Brasil. A própria política brasileira, que era tradicionalmente dominada pelos grandes cafeicultores, acabou ficando abalada. O poder político, que era concentrado nos estados de São Paulo e Minas Gerais, mudou de mãos, e foi o momento de ascensão do gaúcho Getúlio Vargas e de seu grupo político.

Mas o razoável parque industrial e a diversificação da produção agrícola propiciada pelo Instituto Agronômico foram importantes para a recuperação econômica de Campinas. A localização estratégica da cidade, que era o centro do principal sistema ferroviário do Brasil, também facilitava a recuperação econômica.

Um novo momento de crescimento econômico aconteceu a partir da década de 1950. Coincidindo com a industrialização intensa verificada em outros países em desenvolvimento, o Brasil também passou no período por uma mudança cada vez mais acentuada da economia rural para a economia industrial. Várias indústrias estrangeiras se instalaram no País e a região de Campinas recebeu muitas delas.

A primeira grande empresa multinacional instalada em Campinas foi a Rhodia, ainda em 1942, no então distrito de Paulínia. Nos anos 50 foram instaladas outras grandes indústrias estrangeiras na cidade, como a Singer do Brasil e Duratex em 1951, Pirelli, Hiplex e IBRAS/CBO em 1953 e a Robert Bosch em 1954. Na região também foram instaladas grandes indústrias no período, como a Rigesa e Clark

em Valinhos, Chicago Bridge em Paulínia, 3M, IBM e Wabco em Sumaré. Campinas era ao final dos anos 50 um dos principais centros industriais do Brasil. As condições eram totalmente favoráveis, em termos econômicos, para o enorme crescimento industrial das décadas seguintes, que foram trágicas, porém, em termos de crescimento urbano.

Em 1960 Campinas tinha 213.558 moradores, o que representava um aumento de 65,08% em relação a 1950. A taxa de urbanização em 1960, de 85,88%, já era uma das maiores do Brasil. Em 1962 foi criada a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que favoreceu um surto de crescimento no distrito de Barão Geraldo, na região Norte do Município.

O início do funcionamento da Unicamp estimulou a criação de vários centros importantes de pesquisa na cidade, como o Centro Tecnológico para Informática (CTI), o Centro de Pesquisa e Desenvolvimento da Telebrás (CPqD) e o Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL).

Por um lado, estava sendo consolidada, em Campinas, uma cidade de Primeiro Mundo, constituída pelas importantes indústrias e pelos expressivos centros de ensino e pesquisa, aqui incluída a Pontifícia Universidade Católica, que cresceu a partir das Faculdades Campineiras, de 1942. Por outro lado, também crescia, lado a lado, outra Campinas, marcada pelos loteamentos clandestinos e pela explosão da população favelada.

A cidade industrializada e moderna não estava preparada, não foi planejada para receber o enorme contingente populacional que se instalou em ali à procura dos empregos prometidos pela indústria. Eram migrantes principalmente de Minas Gerais, do Paraná e do Nordeste, que saíram de suas terras também em razão do acentuado processo de concentração fundiária ocorrido no País durante o regime militar.

Entre 1960 e 1991, Campinas receberia 310 mil novos moradores, o que a tornou uma das cidades que mais sentiu o impacto da urbanização acelerada ocorrida no Brasil nesse período. As conseqüências sociais e em termos da qualidade de vida dos moradores eram inevitáveis.

De fato, o crescimento populacional em Campinas e região foi muito maior do que o de outras regiões do Brasil entre os anos 1950 e 1980. Nas décadas de 50/60, a população na Região de Governo (RG)

de Campinas (que tem uma configuração de Municípios semelhante à da atual Região Metropolitana de Campinas) cresceu em uma média de 4,59% ao ano, contra a média brasileira de 3,17%. Nas décadas de 60/70, a taxa de crescimento demográfico foi de 4,74% na RG de Campinas e de 2,76% no Brasil.

A desproporção foi ainda maior nas décadas de 70/80, quando a população na RG de Campinas cresceu em uma média impressionante de 6,21% ao ano, contra a média de 2,48% no Brasil. Seguindo a tendência nacional, o crescimento populacional na RG de Campinas caiu para 3,40% nas décadas de 80/90, mesmo assim superior à média nacional, de 1,93%. No período 1991-96, a população na Região de Governo de Campinas cresceu a um ritmo de 2,37% ao ano, contra o crescimento de 1,38% em todo país.

Ou seja, na região de Campinas, o crescimento populacional e o processo de urbanização foram muito mais rápidos do que em outros locais do Brasil, perdendo somente para áreas como a Grande São Paulo, Baixada Fluminense e Grande Porto Alegre. As conseqüências sociais desse enorme crescimento demográfico em Campinas e região foram muito graves, especialmente para a população favelada.

| CRESCIMENTO<br>POPULACIONAL CAMPINAS |
|--------------------------------------|
| 1940 - 129.940                       |
| 1950 - 152.547                       |
| 1960 - 213.558                       |
| 1970 - 375.864                       |
| 1980 - 664.559                       |
| 1991 - 847.595                       |
| 1996 - 908.906                       |
| 2001 - 982.977                       |

*Fonte: Censos IBGE/Fundação Seade*

**Taxas de crescimento demográfico: (em % ao ano)**

|          | 40/50 | 50/60 | 60/70 | 70/80 | 80/91 | 91/96 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| - Brasil | 2,34  | 3,17  | 2,76  | 2,48  | 1,93  | 1,38  |
| - Camps. | 1,61  | 3,70  | 5,54  | 5,86  | 2,24  | 1,43  |
| - RGCam. | 1,53  | 4,59  | 4,74  | 6,21  | 3,40  | 2,37  |

*Fonte: Censos IBGE*

O drama da população favelada ilustra perfeitamente o caos social que Campinas passou a viver, ao lado de um crescimento econômico e industrial de grande expressão. Um trabalho de Maria Erlinda Cassab, do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Unicamp, explica como ocorreu a favelização acentuada em Campinas:

“A urbanização acelerada, intensa e desordenada que se processou, e onde foi gerada a favelização, teve ainda como fatores importantes e estimuladores a nível local a ausência de planejamento municipal, a legislação de uso e ocupação do solo que possibilitou a especulação com a terra”.

“Esses fatores associados”, completa o estudo do NEPP, “determinaram imensos bolsões com vazios urbanos, e a localização da população de mais baixa renda em áreas periféricas da cidade, onde surgiram favelas, pela incapacidade da administração local em enfrentar a contento o nível das demandas por equipamentos e serviços urbanos, determinadas pelo processo de urbanização referido”.

O crescimento da população favelada foi exponencial nesse momento, muito acima do crescimento da população em geral. Em 1971, Campinas tinha 3.090 favelados, morando em 600 barracos. Seis anos depois a população favelada já tinha sido multiplicada por sete: eram, em 1977, 22.613 moradores de 4.391 barracos. Dez anos depois, em 1987, a população favelada era de 65.899 pessoas, morando em quase 12 mil barracos. E em 1991, eram 96.700 favelados, morando em 17.265 barracos. A população favelada, que, em 1970, correspondia a menos de 1% da população total, já representava no início da década de 1990 mais de 10% da população total.

## Crescimento população de favelas e população total em Campinas

| ANOS        | Taxa cresc.pop.geral | Taxa cresc. pop. favelas |
|-------------|----------------------|--------------------------|
| 1980 - 1991 | 2,24% ao ano         | 5,25% ao ano             |
| 1991 - 1996 | 1,39% ao ano         | 6,78% ao ano             |

*Fonte: Prefeitura Municipal*

Os vários planos e medidas anunciados pela administração municipal, voltados para erradicar as favelas do meio urbano, claramente fracassaram. Isto porque faltou uma política habitacional efetiva, ao lado de medidas de planejamento que também não foram praticadas.

Em 1972, por exemplo, foi anunciado o Plano de Desfavelamento da Cidade de Campinas, que pretendia erradicar, a médio e longo prazo, os 32 núcleos de favelas então existentes. Somente 9 desses núcleos foram erradicados efetivamente, enquanto outros acabariam se instalando no espaço urbano.

Uma nova tentativa de equacionar o drama do processo de favelização, que se tornava cada vez mais dramático, foi feita com a criação em 1977 do Serviço de Assistência Habitacional, no início do primeiro mandato do prefeito Francisco Amaral (1976-1982).

O Serviço de Assistência Habitacional promoveu, ou tentou promover, modificações profundas na forma de encarar a questão das favelas em Campinas. A ênfase na erradicação foi transferida para a implantação de um programa de serviços urbanos no próprio núcleo da favela, “com a instalação de torneiras de uso coletivo, luz elétrica domiciliar, coleta de lixo *etc*, para que as condições de vida da população fossem melhoradas nas próprias favelas, que seriam transformadas em núcleos habitacionais” (Cassab, 1992:4).

Essa mudança de postura do governo municipal em relação às favelas deveu-se a vários fatores, na interpretação do NEPP/Unicamp, como, por exemplo, a dificuldade acentuada da população carente em adquirir a casa própria em um contexto de grave crise social. Mas, o NEPP também explica as mudanças na forma de atuar do governo municipal pela atuação do próprio movimento popular, por meio de instâncias como a Federação de Moradores de Favelas de Campinas e a Assembléia do Povo.

Essas duas organizações, e mais precisamente a Assembléia do Povo, nasceram e evoluíram no cenário de fortalecimento das lutas populares em todo Brasil apontando para o fim do regime militar, que demonstrava claros sinais de esgotamento. Além de cercear os clássicos direitos de expressão, opinião e manifestação, consagrados pela Revolução Francesa, a ditadura claramente não conseguia dar respostas às demandas muito concretas por melhores condições de vida da população. Não por acaso, a mobilização contra o regime militar brasileiro, no final dos anos 70 e início dos anos 80 do século 20, foi incrementada pela atuação dos movimentos de donas-de-casa contra a carestia e dos metalúrgicos do ABC por melhores salários e por democratização das decisões.

Em Campinas, a Assembléia do Povo também tinha a inspiração de pessoas e grupos ligados à Teologia da Libertação, vinculada à chamada Igreja Progressista. Tendo à frente nomes como o peruano Jon Sobriño, os mexicanos Enrique Dussel e D.Sergio Mendes Arceo (bispo de Cuernavaca) e, no Brasil, os irmãos Leonardo e Clodovis Boff e o então arcebispo de São Paulo, D. Paulo Evaristo Arns, a Teologia da Libertação defendida melhores condições de vida para toda a população e, por isso, não via distinção entre fé e política, ao contrário do que historicamente postularam os setores mais conservadores do Cristianismo.

Essa forma de enxergar o Cristianismo, muito típica da Teologia da Libertação, exerceu significativa influência na Assembléia do Povo, que foi fundamental para a formação de lideranças políticas que teriam posteriormente papel relevante em Campinas, como o arquiteto Antônio da Costa Santos e a assistente social Izalene Tiene, eleitos prefeito e vice-prefeita de Campinas em 2000.

Como resposta à atuação da Assembléia do Povo e em coerência com a própria linha que passou a orientar as diretrizes do governo municipal para a área habitacional, a administração de Francisco Amaral e do vice José Roberto Magalhães Teixeira (que ocupou por várias vezes o exercício de prefeito, na ausência de Amaral) criou a 8 de maio de 1980, pela Lei no 4.985, o Fundo de Apoio à Sub-Habitação Urbana – FUNDAP, que teria a função de financiar o material de construção destinado à “melhoria e construção de unidades habitacionais” (Cassab, 1992: 5). Os recursos do Fundo seriam derivados de “empresas municipais da administração direta e indireta, entidades públicas e privadas e operações no mercado financeiro” (Cassab, 1992: 5).



Em uma conseqüência direta do fortalecimento das lutas populares, a Assembléia do Povo passou então a reivindicar a Concessão do Direito de Uso dos Terrenos Públicos, no caso das áreas ocupadas por favelas, e isso foi feito em algumas situações pela administração municipal, “o que gerou polêmica em diferentes segmentos da sociedade”, como lembra Cassab.

Um projeto de lei nesse sentido, de no 5.079, de 30 de março de 1981, prevendo a Concessão de Direito Real de Uso de Terrenos Públicos por Interesse Social, foi encaminhado pelo Poder Executivo municipal à Câmara Municipal. Conhecido como “Lei da Terra”, o projeto foi aprovado em parte pelos vereadores. A Concessão foi autorizada somente em áreas patrimoniais da municipalidade, ou seja, aquelas de propriedade da Prefeitura, e que por lei podem ser alienadas. Não foi autorizada a Concessão, por outro lado, no caso das favelas situadas em áreas de uso comum, definidas como “áreas públicas, obrigatoriamente destinadas pelo loteador de uma gleba, ao uso de praças, escolas, etc, condicionadas portanto ao uso comum, mas não são da Prefeitura, e são inalienáveis”, ou seja, não podem ser destinadas a outros fins que não os citados (Cassab, 1992: 6).

Diante da polêmica criada, envolvendo vários setores sociais, muitos deles contrários à concessão de direito de uso em qualquer situação, o prefeito em exercício, José Roberto Magalhães Teixeira, em ação conjunta com a Câmara Municipal e Arquidiocese de Campinas, decidiu em maio de 1981 – dois meses depois do envio do projeto da “Lei da Terra” – por duas medidas principais:

“1) Levantamento de dados da população residente nos núcleos de sub-habitação, com objetivo de traçar um perfil dos moradores e das áreas ocupadas;

2) Realização de seminário sobre favelas a nível nacional para, num esforço conjunto do poder público e entidades representativas da sociedade, buscar alternativas de solução para os núcleos de sub-habitação existentes em Campinas, considerando e respeitando as peculiaridades locais, ao mesmo tempo em que fossem debatidas e dadas ao conhecimento da população diferentes formas jurídicas de ocupação legítima de terrenos públicos por interesse social, focalizando os aspectos social, jurídico e urbanístico da sub-habitação” (*in* Cassab, 1992: 7).

A pesquisa sobre o perfil da população favelada foi executada em parceria pela Prefeitura Municipal (técnicos da Secretaria de Promoção Social), PUC-Campinas, Informática de Municípios Associados (IMA) e moradores de favelas e representantes da Federação dos Favelados e Assembléia do Povo.

O Seminário Nacional sobre Favelas, por sua vez, foi realizado entre 14 e 16 de agosto de 1981, com a participação de técnicos de várias áreas, entidades sociais, lideranças políticas e população favelada em geral. O Seminário teve repercussão nacional, pois era uma das primeiras iniciativas envolvendo poder público local e população favelada, com o propósito de discussão conjunta de soluções para um dos mais graves problemas sociais do Brasil naquele momento. E o evento foi ainda mais significativo, considerando que o Brasil vivia os últimos suspiros do regime militar.

A partir do Seminário foram definidas as quatro principais linhas de atuação da Prefeitura Municipal em relação à questão habitacional em geral e à situação das favelas em particular:

- a moradia como direito básico e prioritário;
- a moradia como um conjunto de condições que inclui, além da casa, os serviços urbanos e equipamentos comunitários essenciais;
- a participação da população, através das Associações de Moradores, na definição e encaminhamento da solução habitacional;
- a permanência das favelas nos locais em que se encontram implantadas e a urbanização como solução, exceção feita aos casos com limitações reais, impostas pelas condições físicas (topografia da área, por exemplo)". (*in* Cassab, 1992: 8).

São, em suma, linhas que refletem as preocupações em escala mundial com os rumos das cidades contemporâneas, sendo muito próximas dos conceitos discutidos e consolidados em eventos cruciais como a Conferência de Ottawa, de 1986, e as Habitat I e II, em Vancouver e Istambul, em 1976 e 1996. Essa sintonia demonstra como Campinas, em vários momentos de sua história contemporânea, tem estado afinada com as grandes tendências mundiais no sentido de construção de cidades saudáveis e sustentáveis. As decisões práticas

tomadas nesses momentos, apontando para a melhoria real das condições de vida da população, eventualmente acabaram, infelizmente, sendo modificadas, deturpadas ou simplesmente eliminadas, dependendo do grupo político no poder ou dos interesses de grupos econômicos específicos.

## **A era das ocupações**

Um exemplo de mudança radical de posição, determinada por orientação política diversa à dos grupos mais progressistas, é o Decreto 7.277, de 28 de julho de 1981, em que o novo prefeito de Campinas, José Nassif Mokarzel, alterava a composição da Gerência para Assuntos de Sub-Habitação, que havia sido criada no governo Amaral-Magalhães Teixeira para pôr em prática a “Lei da Terra”.

Ligado ao partido que então dava sustentação à ditadura militar em agonia, Mokarzel era o presidente da Câmara Municipal e ocupou o cargo de prefeito com o afastamento de Francisco Amaral e Magalhães Teixeira, que iriam concorrer a novas eleições. O Decreto 7.277 retirava a participação, na composição da Gerência para Assuntos de Sub-Habitação, de representantes dos movimentos populares, da Arquidiocese e de entidades da sociedade civil.

Mas o fato é que, na prática, o processo de urbanização de favelas continuou e, durante o primeiro mandato efetivo como prefeito de José Roberto Magalhães Teixeira, entre 1983 e 1989, foram tomadas novas medidas voltadas para equacionar o drama da favelização que prosseguia. A 10 de junho de 1984 foi criada, pelo Decreto 8.143, a Gerência de Urbanização de Favelas, ligada à Secretaria Municipal da Promoção Social.

Diz Maria Erlinda Cassab: “Com esse órgão, e sua proposta de promoção do desenvolvimento e execução dos programas de urbanização de favelas, partindo sempre de projeto arquitetônico específico para ela, definidos das características das quadras, lotes e vias de acesso, ficou evidente o objetivo de integração da favela à malha urbana” (Cassab, 1992: 9).

Um passo à frente foi dado com a criação, a 9 de agosto de 1987, pelo Decreto 9.254, da Superintendência de Urbanização de Favelas, “como resposta ao desenvolvimento e evolução do processo de urbanização e Favelas no Município, apresentando estrutura já mais

complexa, contando com recursos e corpo técnico próprios e ficando diretamente subordinada ao Gabinete do Prefeito, demonstrando assim o caráter central que o problema foi assumido em Campinas e o peso e importância conferidos ao mesmo pela administração municipal” (Cassab, 1992: 10).

Foi nesse governo municipal de 1983-1989, nota Maria Erlinda Cassab, que efetivamente foi “viabilizado e implantado de fato o processo de distribuição dos títulos de posse da terra aos moradores dos núcleos de favela, após autorização pelo Legislativo, para que o Executivo promovesse a desafetação da área de uso comum para bem patrimonial, do loteamento referente ao projeto de urbanização da favela, por decreto municipal, e a posterior emissão dos Termos Administrativos de Concessão do Direito Real de Uso, a ser registrado no cartório de imóveis” (Cassab, 1992: 10). A participação e a pressão popular continuou durante todo o mandato, como acrescenta a autora.

Nova modificação foi verificada com a transformação da Superintendência de Favelas em Departamento de Urbanização de Favelas, durante o governo de Jacó Bittar. A modificação foi regulamentada pelo Decreto 9.904, de 24 de agosto de 1989, que, entre outras disposições, determinou a transferência da nova estrutura administrativa do gabinete do Prefeito para a Secretaria de Obras e Serviços Públicos, ocupada inicialmente pelo vice-prefeito, o arquiteto Antônio da Costa Santos, que havia tido, conforme citado, expressiva atuação junto ao movimento dos favelados e à Assembléia do Povo.

O novo Departamento de Urbanização de Favelas manteve as linhas gerais de atuação da Superintendência, mas também criou duas novas iniciativas: Programa de Educação e Cultura e Programa de Núcleos Habitacionais. “Estes dois últimos programas vieram complementar o trabalho desenvolvido pelo primeiro no que se refere aos aspectos relativos à parte da infra-estrutura de equipamentos e serviços urbanos, assim como da integração do núcleo da favela ao espaço urbano e aos aspectos que envolvem valores, hábitos, cultura, etc, dos habitantes dos núcleos de favelas” (Cassab, 1992: 11).

No início do governo Bittar, e como herança dos governos anteriores, 26,2% dos núcleos de favela em Campinas já estavam urbanizados e outros 37,9% estavam em diferentes estágios de urbanização, enquanto 35,9% correspondiam ao estágio de atendimento emergencial, contando com a execução de serviços e obras

de até 10% do total previsto.

Durante o governo do prefeito Jacó Bittar, que acabou rompendo em 1990 com o vice Antônio da Costa Santos e acabaria deixando o partido pelo qual fora eleito, foi intensificado em Campinas o fenômeno das ocupações de terra por grupos organizados, em uma nova etapa da mobilização por moradia na cidade. Foi um fenômeno verificado em todo País, mas que, no caso específico de Campinas, geraria novas demandas de atuação por parte do poder público.

Até 1988, segundo dados do Departamento de Urbanização de Favelas, haviam sido registradas sete ocupações em Campinas. Em 1988 foram registradas outras quatro ocupações, onde houve aumento de famílias a partir de 1989. E a partir de 1989 e até 1991, nos primeiros anos do governo de Jacó Bittar, foram verificadas 33 ocupações em Campinas.

A intensificação das ocupações em Campinas correspondeu a um novo momento da vida política e econômica brasileira, marcado pelo esforço da redemocratização e pelo início da política *neoliberal*, durante o governo de Fernando Collor de Mello. A crise social era cada vez mais evidente e, com isso, recrudescer de forma significativa o drama da sub-habitação nas grandes áreas metropolitanas, como a de Campinas.

Eram fundamentais, neste panorama de múltiplos desafios, novos avanços no tratamento das questões sociais, por parte do poder público e em sintonia com as demandas populares. Campinas, especificamente, enfrentou esse duro período da vida nacional, durante o novo mandato de José Roberto Magalhães Teixeira (1993-1996), com novas modificações conceituais na forma de gestão da cidade, em estreita sintonia com os conceitos de comunidades saudáveis que vinham sendo consolidados desde a Conferência de Ottawa, de 1986.

## **Campinas e comunidade saudável**

Campinas foi uma das primeiras cidades brasileiras a buscar a implantação das diretrizes das comunidades saudáveis, indicadas na Conferência de Ottawa. Vários passos foram dados nesse sentido e um dos mais importantes, sem dúvida alguma, foi a tentativa de adoção de um novo modelo de gestão administrativa, fundado na participação popular nas decisões tomadas pelo poder público municipal, na linha

do que propugnava Ottawa e que seria reforçado na Habitat II, em Istambul, em 1996.

O governo de Magalhães Teixeira procurou alguns modelos, praticados em áreas metropolitanas, para se inspirar. E um desses modelos, conforme Magalhães Teixeira lembraria no Seminário “Descentralização e Novos Atores Políticos”, em Quito, Equador, entre 19 e 22 de novembro de 1995, foi o praticado em Barcelona, Espanha, no governo de Jordi Borja. Nas palavras do prefeito:

“A descentralização de Barcelona, no sul da Espanha, parecia ser um modelo a ser estudado. Lá tinham sido considerados todos os aspectos da participação e da representatividade democráticas, da nova estrutura do poder municipal, de como discutir as competências dos atores envolvidos... só que a história e a cultura da Espanha, e da região de Barcelona em particular, eram totalmente diferentes da nossa realidade. O processo de descentralização de Barcelona, iniciado no bojo da democratização espanhola pós-Franco, era natural para todos os participantes, acostumados às discussões sobre a independência de diversas regiões da Espanha e inseridos na criação de um processo democrático multi-partidário, com forte coloração socialista. Nós não teríamos 6 anos para por em prática um modelo semelhante”. (Teixeira, 1995: 5)”.

Magalhães Teixeira deixa claro, portanto, que o modelo *catalão* serviu de inspiração, mas não poderia ser praticado integralmente em Campinas, consideradas as diferenças culturais, sociais e políticas entre as duas realidades. Outro modelo estudado, de acordo com o prefeito, foi o Projeto de Descentralização do Município de São Paulo, desenvolvido durante o período do governo 1989-1992, de Luiza Erundina. O prefeito comenta: “Foi um trabalho elaborado ao longo de três anos e que contara com a participação de dezenas de pessoas e grupos internos. Parecia completo, mas não foi apresentado à Câmara Municipal em tempo hábil para ser apreciado” (Teixeira, 1995: 5).

No caso de Campinas, Teixeira lembrou, no Seminário no Equador, que procurou iniciar sua segunda gestão à frente da Prefeitura de Campinas, em 1993, já com algumas mudanças significativas na estrutura administrativa local, apontando para a *descentralização* das

decisões. Eleito em primeiro turno para a Prefeitura, Teixeira procurou articular a aprovação de um projeto na Câmara Municipal, indicando algumas mudanças que seu programa de governo vislumbrava para o mandato que seria iniciado em 1993. O projeto foi apresentado pelo vice-prefeito eleito na chapa de Magalhães Teixeira, Edivaldo Orsi, que era vereador no final de 1992.

O projeto introduzia modificações importantes na forma de administrar a cidade, que era baseado na atuação das secretarias setoriais muito centralizadas e na existência de 13 administrações regionais e 4 distritos, “que desenvolviam, principalmente, atividades operacionais em serviços de manutenção (limpeza de terrenos baldios e logradouros da periferia, tapa buracos, conservação de vias não asfaltadas, etc.), subordinados a uma Coordenadoria das Administrações Regionais, localizada no Gabinete”(Teixeira, 1995: 6)

Na avaliação de Magalhães Teixeira, esse modelo centralizado, praticado ao longo de anos, tinha criado uma cultura política igualmente centralizada, “de cima para baixo”, que dificilmente seria quebrada de uma hora para outra. Era preciso cuidado, portanto, na implantação de uma nova cultura de administração, para que não ocorresse prejuízos à população na passagem de um modelo para outro.

O novo modelo, que constava do projeto de lei apresentado pelo vereador Edivaldo Orsi, previa a divisão administrativa de Campinas em quatro grandes regiões, cada uma correspondendo a uma cidade com cerca de 250 mil pessoas. A divisão em quatro regiões também levava em consideração critérios urbanísticos e fronteiras naturais formadas por vias públicas e “acidentes naturais”.

Além da divisão em quatro grandes regiões, o projeto também criava: “1) o núcleo central de poder, com o Conselho de Governo e três Conselhos Setoriais (Desenvolvimento Social, Desenvolvimento Urbano e Meios Administrativos), 2) as quatro Secretarias de Ação Regional (SARs), cada uma com três departamentos orientados para as áreas dos Conselhos Setoriais, 3) a Secretaria de Governo, e 4) a Secretaria de Recursos Humanos” (Teixeira, 1995: 7).

Como passo seguinte foi divulgado o documento “CAMPINAS - A PREFEITURA DIVIDIDA EM 4”, que expunha à população o novo modelo de gestão administrativa que seria praticado pelo novo governo municipal. E a Câmara Municipal aprovou o projeto apresentado pelo vereador Edivaldo Orsi, que se transformou na Lei

7421, assinada pelo prefeito José Roberto Magalhães Teixeira em seu primeiro dia de governo, a 1o de janeiro de 1993.

Magalhães Teixeira comenta que a Lei 7421 “deu base legal à descentralização e criou os instrumentos institucionais do novo modelo de gestão: 1) O Conselho de Governo, para as políticas e diretrizes de âmbito municipal, com o Prefeito e todos os Secretários e Presidentes dos órgãos da Administração Indireta, 2) os três Conselhos Setoriais, para as políticas Sociais, Urbanas e Administrativas, cada um com o primeiro escalão da Administração Direta e Indireta respectiva, mais os quatro Secretários das SARs e o Secretário de Governo, 3) as quatro SARs, para o gerenciamento planejamento de operação e execução das atividades e serviços definidos como passíveis de descentralização, 4) a Secretaria de Recursos Humanos, para coordenação das políticas de Recursos Humanos e participar do processo de integração e descentralização administrativa, e 5) a Secretaria de Governo, para articular as ações de Governo, acompanhar e controlar o processo de integração e descentralização, e elaborar o orçamento do município. As Secretarias Setoriais (Educação, Saúde, Finanças ...) foram mantidas com novo papel”.

Estava consolidado, então, o novo modelo de gestão administrativa que o prefeito Magalhães Teixeira buscava praticar em seu segundo mandato à frente da Prefeitura de Campinas. Mas, o modelo, como ele acentuou no Seminário do Equador, ainda deveria ser implantado na prática, o que dependeria fundamentalmente da compreensão dos próprios membros da administração e, sobretudo, da participação popular. Eram desafios que apenas poderiam ser enfrentados ao longo dos quatro anos de mandato, pois significavam mudanças profundas na forma de administração da cidade.

E os desafios seriam realmente enormes, como ficou claro no primeiro dia de governo, quando Campinas viveu as chamadas “chuvas do século”. O próprio prefeito comentou, no Seminário na capital do Equador: “Parecia que a cidade queria mostrar, de uma só vez, todos os problemas que podem acontecer num município tão grande e diversificado quanto Campinas. Tivemos inundações, com centenas de pessoas em situação de risco e sem alimentos, buracos no asfalto, árvores derrubadas, desabamentos, uma estrada recém inaugurada no governo anterior destruída, e todos os outros casos possíveis. A Saúde estava com poucos médicos, face aos salários reduzidos, sem



equipamentos e sem medicamentos, a Educação ficou com escolas em situação precária, o funcionalismo estava com os salários corroídos pela inflação e pela ausência de mecanismos de proteção aos salários...” (Teixeira, 1995: 8).

Diante desse quadro provocado pelas fortes chuvas, o novo modelo de gestão administrativa, que o governo municipal pretendia consolidar, tornava-se um desafio ainda maior. Magalhães Teixeira não esconde que várias dificuldades tiveram de ser enfrentadas:

“Os Secretários de Ação Regional e os respectivos Diretores, sem dotações orçamentárias (orçamento), recursos, pessoal, local para instalação e ainda sem competências claramente definidas, não puderam fazer muito mais do que coordenar as atividades das várias Administrações Regionais de cada região e agir, junto às Secretarias Setoriais, solicitando recursos de toda a natureza para atender às solicitações da população. A visibilidade dos problemas regionais, principalmente da população carente, estava aumentando numa velocidade crescente, conforme era de esperar num modelo que havia colocado muita gente do primeiro escalão da prefeitura em contato direto com o povo, recebendo pedidos e reclamações, conhecendo pessoalmente cada um e sentindo seus problemas. Este período foi uma prova de fogo para as SARs( Teixeira, 1995: 8).

A implantação do novo modelo descentralizado de gestão dependia da participação popular e ela foi incentivada, segundo o prefeito, por meio de reuniões periódicas com representantes de Sociedades Amigos de Bairros e das comunidades, além de representantes de organizações não-governamentais.

No âmbito da administração, eram realizadas reuniões regulares entre os quatro secretários das SARs e respectivos diretores e gerentes, “para a troca de experiências e articulação de ações comuns”, o que na avaliação de Magalhães Teixeira ajudou a construir, nas Secretarias de Ação Regional, “uma cultura diferenciada do resto da prefeitura. Os problemas eram deles, não eram da "prefeitura", às vezes vista como uma entidade abstrata onde poucos se sentiam responsáveis pelas ações diretas junto aos munícipes, e eles brigavam por soluções imediatas, ficando ofendidos quando não eram atendidos” (Teixeira, 1995: 9).

Um primeiro balanço do novo modelo de gestão foi realizado em abril de 1993, coincidindo com a visita a Campinas de Jordi Borja, o responsável pela implantação do modelo de gestão descentralizada

em Barcelona, “e que nos alertou para algumas situações de relacionamento que eles tinham enfrentado. Foi uma reunião importante e divertida, pois nós já estávamos vivenciando algumas daquelas situações, e os presentes identificavam quem estava fazendo o quê” (Teixeira, 1995: 9).

Nesse período alguns vereadores passaram a criticar o modelo de descentralização e foi estabelecida a data de 30 de setembro de 1993 como o prazo fatal para que o prefeito encaminhasse à Câmara Municipal um projeto voltado para a segunda etapa de implantação do modelo descentralizado de gestão. Magalhães Teixeira comenta que, até o envio do projeto, “foram nove meses de discussões, que haviam deixado claro que a descentralização de uma organização com milhares de funcionários não é um trabalho meramente técnico de fazer um novo organograma, mas sim um processo de aprendizagem onde as pessoas precisam aprender a relacionar-se de uma forma diferente” (Teixeira, 1995: 10).

Aprovada pela Câmara e sancionada no dia 15 de novembro de 1993, a Lei 7721 aprofundou a descentralização administrativa, estabelecendo: “1) a missão dos Conselhos e das Secretarias, 2) as competências das Secretarias e dos Departamentos, 3) os cargos de livre nomeação, 4) o uso das Funções Gratificadas, exclusivas do Quadro Permanente, e 5) os critérios para a estrutura dos Departamentos”.

O organograma administrativo, a forma de nomeação de funcionários e a competência de cada setor no modelo de gestão descentralizada estavam definidos. Faltava, realmente, consolidar a cultura da descentralização e da participação popular, que continuava sendo um desafio. Colaboraria de modo decisivo, na implantação dessa nova cultura política, a determinação da Prefeitura de Campinas em assumir os princípios da Comunidade Saudável, o que necessariamente implicava no estímulo à participação popular na tomada de decisões.

## Campinas, cidade saudável

A determinação para que Campinas assumisse o compromisso de implantar as diretrizes do Programa Município Saudável, estimulado pela Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), foi tomada em 1994. Alguns passos foram dados para a sensibilização da comunidade e dos membros da administração, no sentido da importância histórica de Campinas assumir e, claro, principalmente colocar em prática dos compromissos assumidos. Os passos mais importantes são indicados a seguir:

- “Gestão de Política Interna: voltada à sensibilização, através da difusão e discussão, da filosofia do Programa Campinas Município Saudável nos diferentes escalões da Prefeitura (Secretários, Diretores, quadros gerenciais e todos os funcionários da Prefeitura), além da produção e difusão de material informativo interno.
- Reunião/Sensibilização sobre a filosofia norteadora do Programa Município Saudável: em setembro de 1994 quando da definição sobre a implantação do Programa em Campinas, com Secretários Municipais Setoriais e Descentralizados, Presidentes de Empresas de Economia Mista, Autarquias, Diretoras de Desenvolvimento Social das Secretarias de Ação Regional -Norte, Sul Leste e Oeste foi realizada pelo Prefeito, Secretário de Governo, e representantes da OPAS/ Secretaria de Governo.
- I Oficina de Trabalho sobre Indicadores Locais para Municípios Saudáveis: realizada em 23 de fevereiro de 1995, no Auditório do Instituto Agrônomo de Campinas, contou com exposição e avaliação das políticas sociais implementadas em Campinas, particularmente o Programa Município Saudável, quando estiveram presentes o Prefeito Municipal, Secretários, Diretores, representantes da OPAS no Brasil, Secretário do Estado da Justiça, Secretária de Governo de Curitiba, técnicos da Fundação SEADE, UNICAMP, PUCAMP, e técnicos municipais./OPAS/ Secretarias de Governo / Saúde.

- Sensibilização: sobre a filosofia do Movimento Município Saudável, realizada em diferentes ocasiões pela Coordenadora do Programa, com Coordenadores e funcionários de Áreas Sociais, Infra- Estrutura e Administrativa e Financeira, das Secretarias de Ação Regional Sul, Oeste e Leste./Secretaria de Governo.
- Palestra/ Sensibilização: em junho de 1995, com o tema “Município Saudável e o Programa em Campinas”, realizada pela Coordenadora do Programa, para alunos/funcionários da Prefeitura de Campinas, com segundo grau de escolaridade, na disciplina Estudo dos Problemas Municipais, do Curso Técnico de Administração Pública, reconhecido pelo Ministério de Educação- MEC, e sob a coordenação e responsabilidade da Secretaria Municipal de Recursos Humanos./ Secretaria de Governo.
- “Projeto SERvidor – Construindo Campinas Saudável”: desenvolvido, pela Secretaria de Recursos Humanos com vistas ao resgate da auto- estima do servidor público municipal, ao mesmo tempo em que sensibilizando-o para a filosofia do Município Saudável. Foi realizado no período compreendido entre 28 de agosto e 11 de setembro de 1995, durante sete dias úteis e 28 sessões no Teatro do Centro de Convivência Cultural (principal teatro da cidade).” (PMC, 1996: 3-4).

Fica claro, por esse elenco de iniciativas, o objetivo de envolver os diversos setores da comunidade, incluindo obviamente os próprios integrantes da administração municipal, para a implantação dos conceitos do Município Saudável, conforme proposta da OMS e OPAS. Além das medidas tomadas internamente, em Campinas, a administração municipal procurou, igualmente, disseminar os conceitos do Município Saudável, participando e/ou promovendo eventos, no Brasil e no exterior. Alguns desses momentos importantes de difusão dos conceitos de Município Saudável, que ajudaram a reforçar a

credibilidade política da administração municipal em defender esses conceitos foram:

- “Sensibilização dos representantes do Legislativo Municipal para a filosofia do Movimento Comunidades e Cidades Saudáveis: reuniões realizadas junto aos vereadores da bancada do mesmo partido do Executivo (Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB) pela Coordenadora do Programa, e com vereadores de outras agremiações partidárias sempre que solicitado.
- Congresso Internacional de Cidades Saudáveis e Ecológicas/ Madri: realizado em Madri na Espanha de 22 a 25 de março de 1995, do qual participaram o Prefeito José Roberto Magalhães Teixeira e representantes de Campinas, ao lado de representantes da OPAS/OMS, autoridades Internacionais de diferentes países e continentes, com a presença dos reis da Espanha na seção de abertura dos trabalhos, além de Ministros e Secretários de Estado, políticos e técnicos.(...)
- Visitas de Autoridades Estrangeiras a Prefeitura de Campinas: em 23 de Maio de 1995 no período matutino, representantes da OPAS/OMS nos EUA e no Brasil, Ministro da Saúde de Cuba, Senador do Paraguai, Deputados da Colômbia e do Brasil/ Campinas, estiveram em Campinas para conhecer o Novo Modelo de Gestão Descentralizada, Projetos Sociais, Programa Campinas Município Saudável, implantados pelo atual Governo Municipal. (...)
- Seção no Parlamento Latino- Americano- “Experiências Latino Americanas de Cidades Saudáveis”: realizada em 23 de Maio de 1995 no período vespertino, na sala do Parlatino, no Memorial da América Latina na Cidade de São Paulo/Capital, quando foram discutidas, as possibilidades e importância da expansão do Movimento Comunidades e Cidades Saudáveis no Continente Americano, e a necessidade do envolvimento do poder Legislativo. (...)

- Seminário de Alumínio- “A Construção do Bem Estar-Desenvolvimento Saudável”: realizado em 25, 26, e 27 de maio de 95 pela Prefeitura Municipal de Alumínio no Estado de São Paulo, com a participação do Prefeito, Secretários e técnicos do próprio Município, assim como outros de recém- criados Municípios, ao lado de alunos das redes de ensino e entidades sociais locais, técnicos de Secretarias e órgãos estaduais paulistas, e de outros estados da Federação, e o Deputado Federal da Região. (...)
  
- Seminário de Implementação de Iniciativa de Municípios Saudáveis no Estado do Paraná – realizado nos dias 23 e 24 de Outubro de 95 na cidade de Curitiba, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e colaboração da OPAS. (...) Representantes de Campinas realizaram palestras, “Decisão Política – Experiência em Campinas”/Coordenadora do Programa Campinas Município Saudável”; “Construção de Metodologia de Trabalho Intersetorial e de Participação Social do Complexo São Marcos em Campinas”.
  
- Seminário Estadual de Experiência em Projeto na Área de Saúde – Fortaleza no Estado do Ceará – realizado em 26 e 27 de Janeiro de 96, promovido pela Secretaria de Estado da Saúde do Ceará, com objetivo de apresentação e troca de experiências em projetos na área de saúde, especialmente aqueles com caráter intersetorial e participativo desenvolvidos em municípios do Ceará, e em outros de diferentes estados do país. (...)
  
- Conferência Municipal da Saúde- Palmital no Estado de São Paulo: realizada em maio de 96, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde, contando com a presença do Prefeito Municipal, Secretários e técnicos representantes das Secretarias de Saúde, Promoção Social, Educação, Obras, do Legislativo Municipal, ONGs e Entidades de Bairros.(...)

- Saúde e Saneamento – Rondonópolis no Estado do Mato Grosso- Maio de 96, promovido pelas Secretarias de Saúde, Saneamento e Obras da Prefeitura Municipal, inserido nas discussões ligadas a Conferência Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Saúde. Contou com presenças de técnicos e Secretários de diferentes Secretarias Municipais, e representantes de ONGs, entidades de bairro, e da Coordenadora do Programa Campinas Cidade Saudável que realizou a palestra “Descentralização e Intersetorialidade” envolvendo a experiência desenvolvida na Prefeitura de Campinas.

- I Congresso Latino - Americano para Cidades e Comunidades Saudáveis - Campinas : promovido pela Prefeitura Municipal de Campinas e OPAS/OMS, e realizado no período de 4 a 6 de março de 1996. Contou com a presença do Vice- Presidente da República Federativa do Brasil na seção de abertura, de representantes da OPAS/OMS no exterior e no Brasil, de políticos representantes do poderes, Legislativo/ Federal, Estadual e Municipal, do poder Executivo Estadual - o Secretário de Estado da Saúde, como representante do Governador, Prefeitos, gestores municipais e técnicos, de diferentes cidades de países latino-americanos, e de municípios brasileiros dos diferentes Estados da Federação. Reuniu cerca de 600 congressistas que participaram das palestras de caráter conceitual e teórico sobre a filosofia, pressupostos básicos, histórico e estratégias de implantação do Movimento de Municípios Saudáveis. (...)

- Conferência Internacional Perspectivas do Movimento de Municípios e Comunidades Saudáveis: realizado na Cidade do México de 17 a 19 de abril de 1996, promovido pelo Ministério da Saúde com apoio da OPAS. (...) Participaram, representando Campinas, o Secretário Municipal de Governo que apresentou trabalho sobre o “Modelo de Gestão Descentralizada, Políticas Sociais e o Programa Campinas Município Saudável”, incluindo ainda a distribuição de material impresso, e a Coordenadora do Programa em Campinas.

- Reunião Internacional de Municípios Saudáveis- Xalapa – realizada na cidade de Xalapa no México, no dia 20 de abril de 1996, promovido pela Presidência Municipal de Xalapa. (...)
- Visitas de Técnicos Municipais: técnicos de Prefeituras de diversos Municípios procuraram Campinas, em diferentes ocasiões para conhecer o Programa Campinas Município Saudável, e os programas e projetos sociais desenvolvidos a partir de metodologias de caráter intersetorial e participativo, sendo recebidos pela Coordenadora do Programa, que fornece as informações solicitadas, e viabiliza junto as SARs visitas destes, aos espaços onde são realizados os projetos. (Cassab, 1996: 8).

### **As ações do município saudável**

Em vários momentos citados, ficou evidente a importância dada pela administração municipal, no âmbito do Programa Município Saudável, para as ações específicas voltadas para o que denominava Complexo São Marcos, abrangendo uma das regiões mais desafiadoras de Campinas. Mas, o conjunto de medidas ligadas direta ou indiretamente à construção do Município Saudável foi muito maior. Algumas das ações mais importantes foram as seguintes:

- PAICA - Programa de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente – Criado com o objetivo de “promover o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes prioritariamente nos bolsões de miséria”.
- Agente de Solidariedade – Essa figura foi criada com o propósito de “integrar as ações de saúde, educação e promoção nos bolsões de miséria”.
- Ação de saneamento emergencial nos bolsões de miséria, com limpeza de caixas de água, fossas, etc., “visando a saúde, higiene e dignidade das pessoas”.



- Implantação da Notificação Compulsória nos serviços municipais de saúde, nos casos de desnutrição e sub-nutrição, a exemplo do que já acontecia nos casos de cólera, meningite e outros. Era uma tentativa de incrementar os esforços pelo combate à desnutrição e à mortalidade infantil.
- Adoção do Programa de Renda Mínima. Foi uma das principais medidas na área social do governo municipal de 1993-1996, compreendendo o segundo mandato do prefeito José Roberto Magalhães Teixeira. A idéia do renda mínima vinha sendo defendida pelo deputado e depois senador Eduardo Suplicy, e o governo municipal de Campinas foi o primeiro a colocar em prática efetivamente um Programa de Renda Mínima, voltado para a emancipação das famílias de baixa renda, de forma associada à permanência na escola de seus filhos.
- Implantação do Centro de Processamento de Alimentos, que iria operar com produtos não comercializados pelo CEASA, na produção de sopa, merenda e venda de serviços. O Centro de Processamento de Alimentos evoluiu para um Instituto de Solidariedade para Programas de Alimentação (ISA), estruturado em parceria entre a Prefeitura, CREDICARD, Fundação FEAC, Fundação Educar DPaschoal, Associação dos Fornecedores da Ceasa (Assoceasa) e com orientação do ITAL. Outra diretriz nesse sentido foi dar prioridade de matrícula nas creches às crianças identificadas em estado de sub-nutrição ou desnutrição.

Várias ações foram assim praticadas em Campinas, no período 1993-1996, na linha das diretrizes propostas pelo Programa Município Saudável da OPAS-OMS. Como ingrediente fundamental desse processo foi estimulada a participação popular, em diversas instâncias. Algumas das ações desenvolvidas naquele momento, apontando para a participação comunitária nas decisões, conforme o que se propõe para um Município Saudável:

- Criação da Comissão de Solidariedade, envolvendo representantes dos diversos segmentos da comunidade de

Campinas, com o objetivo fundamental de “buscar o resgate da cidadania da população de baixa renda, valorizando com prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à moradia, à educação, ao lazer, à dignidade, à liberdade e a convivência familiar e comunitária”. A idéia original era de criação de uma Fundação Solidariedade.

- Estímulo à participação dos moradores das regiões abrangidas, na discussão de um Plano de Gestão para a Área de Proteção Ambiental (APA) de Sousas e Joaquim Egídio, que havia sido criada por decreto do prefeito José Roberto Magalhães Teixeira em junho de 1993.
- Criação do Conselho Municipal de Segurança (Conseg), com representantes dos vários segmentos da comunidade, incluindo o próprio Poder Judiciário e a Polícia, para discussão de formas de prevenção da violência. Com o tempo foram criados Consegs em diferentes regiões da cidade.

Estímulo à participação comunitária foi, então, uma das marcas do Programa Municípios e Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS que a Prefeitura Municipal de Campinas procurou consolidar no período 1993-1996. As ações se estenderam pelas várias regiões, mas houve efetivamente uma preocupação especial com a região São Marcos, que vivencia uma das situações mais desafiadoras de Campinas.

Tendo essa área como sua preocupação principal, foi então elaborado um Plano de Ação Social para o São Marcos, que contou com a participação, como consultores, de técnicos indicados pela OPAS, além da própria equipe da Secretaria de Ação Regional Norte e de representantes das entidades sociais locais, associações de moradores e outros setores (Cassab, 1996: 9).

Foram considerados, na montagem do Plano de Ação, vários aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida na região São Marcos, como habitação, transporte, saúde, educação e meio ambiente.

O Plano de Ação Social para o Complexo São Marcos começou a ser construído em dezembro de 1994 e teve como base teórica, entre outras contribuições, o Planejamento Estratégico Situacional (PES)

desenvolvido pelo professor Carlos Matus, fundamentado na participação da comunidade e na valorização do trabalho intersetorial com integração das diferentes áreas do conhecimento formal.

A área do São Marcos foi, então, uma das regiões de Campinas onde mais avançaram as discussões relacionadas ao Programa Municípios e Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS. Com o término da administração José Roberto Magalhães Teixeira/Edivaldo Orsi, em 1996, as ações foram abandonadas pelo poder público no período 1997-2000.

Mas o trabalho voltado para a implantação dos conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis no São Marcos teve continuidade, em função dos esforços do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES), da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp, de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e de organizações não-governamentais da região. No dia 11 de novembro de 1997 o IPES promoveu o I Simpósio Ciência e Sociedade: globalização e exclusão social, ponto de partida de um processo que avançaria em várias etapas nos anos seguintes, na linha da organização de uma das regiões mais desafiadoras de Campinas dentro dos conceitos de desenvolvimento sustentável e qualidade de vida próprios do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS e em sintonia com os valores defendidos por outras organizações de abrangência internacional.



## Capítulo III

### São Marcos, o retrato das metrópoles brasileiras

*José Pedro Soares Martins*

A região São Marcos, localizada no Norte do Município de Campinas, é o retrato perfeito do drama vivido pelas metrópoles brasileiras no início do século 21. Duas Campinas convivem lado a lado na região, formada por cerca de 20 bairros, onde vivem mais de 50 mil moradores e situada no distrito de Barão Geraldo. Vizinha do São Marcos, está a Campinas moderna, progressista e rica, representada pelos campus da Universidade de Campinas (Unicamp), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e da Universidade de São Francisco, por vários centros de pesquisa, pela quarta Ceasa em movimentação de alimentos no Brasil, por um parque industrial de alta tecnologia e por condomínios de luxo, devidamente cercados com muros ou grades.

Ao lado dessa Campinas que se projeta no cenário internacional está, na região do São Marcos, a Campinas de dezenas de favelas e áreas de ocupação mais ou menos recente, onde o esgoto corre a céu aberto e as doenças derivadas da falta de saneamento básico estão sempre presentes. Nesta cidade subterrânea, que muitos tentam esquecer ou sufocar, a renda per capita por família é uma das mais baixas de Campinas e, infelizmente, é onde se multiplicam negócios ligados ao narcotráfico. Os índices de violência são altos, a sensação de insegurança toma conta de todos os moradores.

Entretanto, nessa mesma Campinas marginalizada, excluída, têm sido constantes os sinais de esperança na busca de uma nova sociedade. Historicamente, a região do São Marcos está ligada a lutas sociais importantes e, nos anos recentes, é onde a ação da própria comunidade e de organizações não-governamentais e de pesquisadores e professores da Unicamp e outras instituições, muitos deles ligados ao IPES, estão procurando implantar os conceitos e princípios vinculados ao Programa Municípios/Comunidades Saudáveis defendidos pela OPAS/OMS.

Essas ações da comunidade organizada, e que às vezes têm o apoio do poder público, estão ajudando a construir na região São Marcos um modelo de cidadania ativa. A expectativa é a de que essas novas formas de exercer cidadania, baseadas na consolidação de uma economia solidária, em uma educação transformadora e em uma visão ampla da saúde, acabem funcionando como um espelho, no qual outras regiões, que vivem desafios semelhantes, possam se inspirar e, a partir disso, buscar também a necessária mudança de suas próprias realidades.

## **História de mobilização**

A região hoje conhecida como a do São Marcos tem uma trajetória de mobilização social e política muito rica e importante para a história de Campinas. A região está localizada ao longo da bacia do Ribeirão Quilombo, que tem suas nascentes onde atualmente se situa a Escola de Preparação de Cadetes do Exército (Espececx), nos altos do bairro Chapadão, em Campinas. A Espececx foi construída na área da antiga Fazenda Chapadão, uma das primeiras propriedades rurais de Campinas a ter a cana-de-açúcar, na segunda metade do século 18.

A Fazenda Chapadão era uma propriedade da família do capitão Domingos Teixeira Vilela, nascido em Braga, Portugal, e que, durante muitos anos, morou em Baependi, Minas Gerais, antes de se transferir para Campinas com a mulher Ângela Isabel Nogueira e os filhos. Junto com Antônio Ferraz de Campos, a família Teixeira Nogueira é apontada pelos historiadores como responsável pela introdução da cana-de-açúcar na região de Campinas.

Dois filhos do capitão Domingos Teixeira Vilela – Felipe Néri Teixeira e Joaquim José Teixeira Nogueira – são considerados como os primeiros donos de engenho na então Freguesia de Nossa Senhora da Conceição das Campinas do Mato Grosso de Jundiáí, o primeiro nome oficial de Campinas. A Freguesia foi fundada a 14 de julho de 1774. Durante um longo período as famílias Teixeira Nogueira e Camargo dominaram a política local, em conjunto com outras famílias também de senhores de engenho.

A cana-de-açúcar, que começou sua história na região na Fazenda Chapadão, foi responsável pela rápida transformação daquela pequena Freguesia, então um bairro rural de Jundiáí, em uma das povoações mais prósperas da Capitania de São Paulo. Já em 1797, em

razão da força econômica e política resultante da cana, a Freguesia foi transformada em Vila. Foi a Vila de São Carlos, fundada a 14 de dezembro de 1797, o que significava a autonomia em relação a Jundiáí.

Os engenhos de cana construídos na Fazenda Chapadão e outras propriedades próximas foram, então, o motor inicial que acabaria transformando Campinas em uma das cidades mais importantes e ricas do Brasil. Contudo, em torno desses mesmos engenhos, vivia a população escrava, que morava nas senzalas, geralmente em péssimas condições sanitárias. Campinas foi um dos principais pólos de venda e compra de escravos no Brasil e está aqui, nessa característica, uma das origens de um processo de exclusão social e marginalização que no início do século 21 ainda gera muitos desafios.

### População total e escrava de Campinas

| ANO  | POPULAÇÃO | ESCRAVOS |
|------|-----------|----------|
| 1767 | 185       | -        |
| 1797 | 2,107     | 700      |
| 1836 | 6,689     | 3,917    |
| 1854 | 14,201    | 8,19     |
| 1874 | 31,397    | 13,685   |
| 1886 | 41,253    | 9,986    |

*Fonte: Pupo, Celso M.M., IBGE e Camargo, J.F (citadas por Rosana Baeninger, em "Espaço e Tempo em Campinas – Migrantes e a expansão do pólo industrial paulista", Coleção Campiniana, Centro de Memória da Unicamp, Unicamp, Campinas, 1996*

Em um movimento que ocorreu em todo Brasil Colônia, os escravos de Campinas também se rebelaram contra as más condições de vida a que estavam submetidos. Uma das formas de resistência dos escravos brasileiros era a formação de quilombos, comunidades onde viviam os escravos fugitivos, mas também indígenas e mesmo brancos geralmente perseguidos pelo sistema policial da época.

E foi graças a um quilombo, ou a mais de um, que ficou conhecida popularmente a região onde corre o Ribeirão Quilombo, entre a atual Especex, a região Norte de Campinas e os Municípios de Sumaré e Americana, até a sua foz no rio Piracicaba. A região do

Quilombo, assim era conhecida essa extensa área, é ocupada então, nos primórdios da Freguesia de Campinas do Mato Grosso e da Vila de São Carlos, pelos engenhos da cana-de-açúcar, instalados nas sesmarias concedidas pela Coroa Portuguesa aos seus protegidos.

Não existem grandes registros históricos dos quilombos formados nessa região, mas o nome “quilombo” permaneceu na memória popular durante muito tempo e em alguns documentos. Originalmente a região do Complexo São Marcos tem, assim, essa marca história, a de estar muito próxima de um, ou mais de um, dos vários quilombos constituídos por uma população que protestava e resistia contra as condições desumanas em que era obrigada a permanecer. A força da resistência dos escravos, como se sabe, está na base da rica cultura brasileira, formada ao longo de séculos desse encontro, nem sempre pacífico, das raças negra, indígena e branca.

## **O combate de Venda Grande**

Mas a região do São Marcos não tem uma história rica de mobilização social apenas pela importante associação com a luta dos quilombolas, como eram conhecidos os moradores dos quilombos. A região também foi palco de um dos mais significativos episódios da história brasileira, a batalha, ou combate, de Venda Grande, que aconteceu durante a Revolução Liberal ocorrida no País na primeira metade do século 19.

A Revolução Liberal foi liderada, entre outros, pelo padre Antônio Diogo Feijó, que iniciou sua carreira religiosa em Campinas, onde teria sido o primeiro professor de “primeiras letras” da Vila, por volta de 1804. Os documentos da Câmara Municipal mostram que nesse ano os vereadores apelaram ao governador da Capitania, Antônio José de Franca e Horta, para confirmar a nomeação do padre Diogo Feijó como mestre-régio da Vila de São Carlos.

Segundo João Lourenço Rodrigues (em “Subsídios para a História do Ensino em Campinas”, in *Monografia Histórica do Município de Campinas*, IBGE, Rio de Janeiro, 1952, p.390-392), o padre Feijó trabalharia depois por quatro anos em São Paulo, voltado à Vila de São Carlos em 1812, quando além da língua portuguesa passou a ensinar francês, retórica e lógica. Em 1818 o religioso mudou para Itú, para integrar o grupo de professores do Colégio dos Padres do Patrocínio, dirigido pelo padre Jesuíno de Monte Carmelo.



Logo o padre Diogo Feijó se tornaria uma das principais lideranças políticas durante o Império, que se seguiu à Independência proclamada por D. Pedro I em 7 de setembro de 1822. O padre Feijó foi eleito deputado e depois senador o Império por São Paulo, mas o momento de maior influência política ocorreu quando ele foi nomeado regente durante o período em que o príncipe D. Pedro II ainda não tinha idade suficiente para assumir o reinado do Brasil. Feijó foi derrubado do poder em 1837, pelos membros do Partido Conservador, mas entre 1841 e 1842 ele se tornaria um dos principais líderes da Revolução Liberal, que teve como palco principal o Interior de São Paulo, sobretudo no eixo Campinas-Sorocaba.

O objetivo dos liberais era depor o presidente da Província de São Paulo, o Barão de Monte Alegre. Em seu lugar seria indicado o Brigadeiro Tobias. Os primeiros movimentos da Revolução Liberal aconteceram em Sorocaba e depois seguiram para Campinas. O padre Feijó era o responsável pela edição, em Sorocaba, do jornal “O Paulista”, junto com outros membros do Partido Liberal.

A motivação ideológica da Revolução Liberal era a reação contra uma série de atos do governo monárquico, então controlado pelos conservadores que haviam tirado Feijó e os liberais do poder central, no Rio de Janeiro. O governo conservador tinha proposto uma reforma judiciária que criava o Conselho de Estado. As reformas eram consideradas como autoritárias e anticonstitucionais pelos liberais.

O Combate de Venda Grande aconteceu nas proximidades do atual Campo dos Amarais, ao lado do aeroporto do mesmo nome e localizado na região do Complexo São Marcos. No começo do século 19 a área era conhecida como Engenho da Lagoa ou Sítio de Theodoro. Funcionou no local, durante certo período, uma venda de mantimentos muito popular na região. Esta é a origem do nome Venda Grande, pois o prédio da venda tinha grandes proporções.

Neste local, no início de junho de 1842, concentraram-se os revolucionários liderados pelo padre Feijó, já idoso mas que mantinha enorme prestígio junto aos opositores do governo monárquico. Muitos atuantes da Revolução Liberal desejam reformas mais profundas no Brasil, e o movimento é considerado precursor do movimento republicano que também teria Campinas com um de seus principais centros, no final do século 19.

Os revolucionários liberais reunidos na Venda Grande entraram em conflito armado, naquele junho de 1842, com as tropas governamentais comandadas em âmbito nacional pelo Barão, depois Duque de Caxias. Com poucos homens e poucas armas, os liberais que resistiam em Venda Grande foram esmagados pelas tropas enviadas pelo Barão de Monte Alegre.

Os acontecimentos do combate, ou batalha, de Venda Grande ficaram imortalizados na história pelo relato de Amador Bueno Machado Florence. Discípulo do padre Feijó, ele narrou o episódio em uma série de 14 crônicas, publicadas na “Gazeta de Campinas” entre 8 de junho e 16 de julho de 1882, quarenta anos depois, portanto, do episódio que marcou a Revolução Liberal.

Uma parte expressiva do relato é o momento em que Florence nomeia os mortos no combate: “o bravo e generoso Boaventura (do Amaral), deixando numerosa família; o valente e atrevido Antonio Joaquim Vianna; o destemido Nogueira, primo de Joaquim Bonifácio; o João Evangelista Monteiro, primeiro de Juca de Salles; o João Francisco, alfaiate, oficial do Cezarino e um camarada do Bittencourt, cujo nome não me ocorre”.

Estes são os heróis de Venda Grande. Em março de 1843 os líderes da Revolução Liberal foram anistiados. Mais de um século e meio depois um monumento em homenagem aos mortos no combate foi construído, no Cemitério dos Amarais, bem perto de onde ocorreu o episódio. Em junho de 2002, nos 160 anos do combate, a Câmara Municipal de Campinas editou uma publicação especial, com as crônicas escritas por Amador Bueno Machado Florence.

O combate de Venda Grande ajudou, nesse sentido, a construir a importante história de mobilização social e política da região do Complexo São Marcos. Outros fatos expressivos, ao longo do século 20, deram o perfil definitivo para essa simbólica região de Campinas.

## Das hortas ao pólo tecnológico

A cultura da cana-de-açúcar foi substituída em Campinas e região, principalmente na segunda metade do século 19, pelas plantações de café. O “ouro negro”, como o café ficou conhecido na época, foi responsável pela consolidação de Campinas como uma das cidades mais ricas e importantes politicamente no Brasil. Muitos fazendeiros de café participaram do movimento que levou à Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889. O dinheiro acumulado com o café, por sua vez, financiou a construção de ferrovias e os primeiros passos do parque industrial campineiro.

Na primeira metade do século 20, a região do São Marcos ainda tinha um aspecto basicamente rural. Eram grandes fazendas que começavam a ser divididas, pequenos sítios e hortas, muitas hortas que foram decisivas para a instalação na região da Ceasa-Campinas, a quarta em comercialização de alimentos do Brasil. Pequenas indústrias também foram se instalando na região, até que uma série de episódios, nas décadas de 1950, 1960 e 1970, ajudou a mudar completamente o panorama da região.

Uma das situações que definiram o perfil da região do São Marcos é sua vizinhança com o Município de Sumaré, para onde escorre o Ribeirão Quilombo. Sumaré foi um bairro rural e depois um distrito de Campinas, antes de sua autonomia administrativa e política e transformação em Município, em 1953.

Sumaré teve uma economia agrícola até o final da década de 1840, quando começou a instalação de grandes indústrias. A primeira foi a 3M, em 1946. Em 1948, com a pavimentação da Via Anhangüera, o distrito de Nova Veneza, que liderou a emancipação de Sumaré de Campinas, tornou-se muito atraente para novas indústrias, em razão da facilidade de transporte. Em seqüência foram instaladas a Tratores do Brasil (1953), Goodrich (1958), Eletrometal (1961), Minasa (1964) e, posteriormente, Granja Ito, Sanbra, Tema-Terra, Buckmann, Cobrasma-Braseixos e Johnson.

A instalação de várias indústrias importantes aconteceu de forma paralela a uma intensa e desordenada urbanização de Sumaré. A cidade, aliás, foi uma das que mais cresceram no Brasil no período de urbanização intensiva a partir da década de 1960, quando milhões de pessoas deixaram a zona rural e foram viver nas periferias das grandes

idades. Na década de 1970 Sumaré chegou a crescer a uma incrível média de 13,2% ao ano. A cidade só perdeu em crescimento populacional para Marabá, no Pará, onde a população cresceu a 17,5% ao ano, e também para Embu (SP), com 14,8%, e Ariquemes, em Rondônia, com 13,5%. Com esse enorme crescimento a população de Sumaré em 1980 já era de 101.872 pessoas, ou cinco vezes mais do que em 1970, de 23.054 moradores. A esmagadora maioria da população de Sumaré, portanto, passou a ser de migrantes de outros estados brasileiros e outras regiões de São Paulo.

Esse crescimento desordenado de Sumaré se refletiu na Região Norte de Campinas. Migrantes que acabaram não sendo absorvidos pelas indústrias instaladas em Sumaré passaram a morar em núcleos de favela que foram crescendo na região do São Marcos. Passou a haver um intercâmbio comunitário e cultural intenso entre essa região e bairros de Sumaré como o Matão.

Outros fatos foram dando o atual contorno da região São Marcos, e um dos mais decisivos foi a instalação da Unicamp no distrito de Barão Geraldo, na década de 1960. A história da Unicamp começou com a Lei Estadual 4.996, de 25 de novembro de 1958, criando a Faculdade de Ciências Médicas de Campinas. Durante anos a Faculdade funcionou na Maternidade e depois na Santa Casa de Campinas, no centro da cidade, até a sua transferência para o campus da Universidade, no final da década de 1970.

A Unicamp foi criada em 1962, a partir da Faculdade de Ciências Médicas, e em 1965 começou a instalação do campus, no distrito de Barão Geraldo, onde antes havia um canal. A instalação da Unicamp criou um novo eixo de crescimento populacional em Campinas, em direção à Região Norte. Uma consequência foi a elevação do preço da terra na região do distrito de Barão Geraldo. A população de baixa renda passou a ficar cada vez mais confinada aos núcleos de favela e de ocupação, geralmente situados em áreas de risco.

Outro resultado da implantação da Unicamp foi a posterior instalação de outros centros de pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Com isso o distrito de Barão Geraldo, em áreas próximas ou no próprio Complexo São Marcos, passou a sediar um dos mais importantes pólos científicos e tecnológicos da América Latina. O pólo tecnológico reforçou a característica da região do São Marcos concentrar duas Campinas diferentes, a Campinas moderna, ligada no século 21, e a

Campinas que ainda mostra as heranças do período de exclusão da escravidão.

## **Centros de pesquisa em Barão Geraldo / São Marcos**

**Universidade Estadual de Campinas – Unicamp** – Com cerca de 20 mil alunos, responde por aproximadamente 15% das pesquisas universitárias realizadas no País.

**Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)** – Com mais de 60 anos de atividades, tem inserção crescente no mundo científico brasileiro.

**Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Telecomunicações (CPqD)** – Ligado originalmente ao Sistema Telebrás, hoje presta, como uma fundação, serviços a várias empresas na área de telecomunicações e outras.

**Coordenadoria de Assistência Técnica Integral (CATI)** - Responsável pela divulgação, entre os agricultores paulistas, de informações e técnicas atualizadas no setor.

**Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa)** – Ligada ao Ministério da Agricultura, tem três centros de pesquisas na região, o de informática na agricultura fica no campus da Unicamp.

**Instituto Agrônomo de Campinas (IAC)** – Uma das instituições mais tradicionais de pesquisas agrícolas na América Latina, com 114 anos de atuação. A Fazenda Santa Elisa, onde são realizadas pesquisas, está na região São Marcos.

**Instituto de Tecnologia de Alimentos** – Inovações em embalagens e conservação de produtos alimentícios são algumas das pesquisas realizadas pelo ITAL

**Centro de Pesquisas Renato Archer** – Sucede o Centro de Tecnologia para Informática (CTI), hoje desenvolve processos em Informática e

dá suporte a empresas do setor. O Centro está localizado na rodovia D.Pedro I, nas proximidades da Ceasa-Campinas.

**Laboratório Nacional de Luz Síncrotron** – Localizado no campus da Unicamp, é o maior do hemisfério sul e recebe pesquisadores de todo País.

Não se pode esquecer que também está na região São Marcos a Escola Técnica de Campinas (Etec), por onde passaram muitos profissionais das empresas localizadas na região. Na década de 1990 o distrito de Barão Geraldo recebeu duas outras instituições de ensino superior, a Faculdades de Campinas (Facamp) e um campus da Universidade de São Francisco (USF). Além de novas instituições de ensino e pesquisa, a região, na divisa com Sumaré, recebeu o Techno Park Campinas, um condomínio de empresas de alta tecnologia e do setor de serviços.

## **O Instituto Agrônômico e o ITAL**

Duas instituições de pesquisa de Campinas têm uma ligação muito especial com a história da região São Marcos. São o Instituto Agrônômico de Campinas (IAC) e o Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL).

O IAC inaugurou a vocação de Campinas para a ciência e a tecnologia. O IAC foi instalado a 27 de junho de 1887, pelo Imperador D.Pedro II, como Estação Agrônômica Imperial. Em seus quase 116 anos de atividades, o IAC tornou-se uma referência internacional, tendo sido responsável pelas pesquisas dos principais produtos agrícolas consumidos por todos os brasileiros, como arroz, feijão e café.

A principal área de experimentação do IAC é a Fazenda Santa Elisa, localizada na região do Complexo São Marcos, nas proximidades do aeroporto dos Amarais e da área do Exército. Além das experiências agrícolas, a Fazenda Santa Elisa – um oásis de verde no meio da selva de concreto de Campinas – tem sido palco de importantes iniciativas em termos de proteção ambiental, que é uma condição básica para a qualidade de vida nas grandes cidades.

Ex-diretor do Centro Experimental de Herbicidas do IAC, Reinaldo Forster empenhou-se por exemplo na reconstituição fiel, em

uma área da Fazenda Santa Elisa, de um ambiente com vegetação de Cerrados, um dos ecossistemas mais ameaçados pela escalada da devastação, como ratificou o estudo do início da década de 1960.

Iniciativa mais ousada teve Hermes Moreira de Sousa, ligado à antiga Seção de Floricultura e Plantas Ornamentais do IAC. Ele foi o principal responsável pelo plantio na Fazenda Santa Elisa de uma mata com 3.500 espécies de árvores e 400 de palmeiras. Fruto de um trabalho de 40 anos, a mata tornou-se uma das principais coleções de árvores do Brasil, com uma impressionante biodiversidade. A área ficou conhecida como Mata do Monjolinho.

Em terras que eram da própria Fazenda Santa Elisa foi instalado, no início da década de 1970, o Instituto de Tecnologia de Alimentos (ITAL). O ITAL tem sido responsável por importantes pesquisas no setor de alimentação, e teve um efeito importante para a vida da região do São Marcos. Depois de sua instalação foram criadas na região, especialmente no bairro do Santa Mônica, diversas pequenas indústrias do setor de alimentação. Tendo trabalhado nessas empresas, muitos moradores da região adquiriram noções de manipulação de alimentos manufaturados, o que garantiu a geração de renda em pequenos negócios depois que esses moradores também foram atingidos pelo fantasma do desemprego que avançou nos anos 90 no Brasil.

Ao lado das universidades, centros de pesquisa e das indústrias, outros fatores ajudaram a desenhar o cenário social e econômico do Complexo São Marcos. Um deles, importantíssimo, é a montagem da região de um dos mais importantes sistemas rodoviários do interior de São Paulo.

Depois da pavimentação da Via Anhangüera, em 1948, vieram a construção da Rodovia dos Bandeirantes, inaugurada em outubro de 1978, e principalmente da Rodovia D.Pedro I, inaugurada no início da década de 1970. A D.Pedro cortou ao meio a região do São Marcos, tornando-se uma barreira artificial entre os bairros São Marcos e Santa Mônica. A D.Pedro serviu como novo eixo indutor de crescimento na região, contribuindo para levar novas empresas e, também, muitos moradores, geralmente para as favelas e áreas de ocupação, diante da inexistência de uma política habitacional eficiente em Campinas e em toda região metropolitana.

Indústrias em Sumaré e Barão Geraldo, instalação da Unicamp e da PUC-Campinas, construção das Rodovias D.Pedro I e

Bandeirantes, implantação de pólos de pesquisa e ciência, proliferação de favelas e áreas de ocupação. O retrato da região do Complexo São Marcos ficou completo. É neste cenário que estão sendo desenvolvidos esforços envolvendo vários setores da comunidade, com o objetivo de responder a uma realidade desafiadora.

## **A mobilização da comunidade**

Como em todas as grandes áreas metropolitanas, a maior parte da população da região do Complexo São Marcos é de migrantes. Vieram do Nordeste, de Minas Gerais, do Paraná e outras regiões de São Paulo. Foram atraídos pela promessa de empregos nas indústrias localizadas em Sumaré e em Campinas, duas das cidades que tão bem refletem a urbanização intensiva ocorrida no Brasil nas décadas de 1960 a 1980. São em boa parte ex-agricultores ou no mínimo filhos de famílias com origem rural e, na cidade grande, passaram a trabalhar como pedreiros, carpinteiros, vendedores, entre outras atividades formais e informais. Um número menor conseguiu o emprego sonhado no setor industrial.

As seguidas crises econômicas no Brasil, que vieram em ciclos desde a primeira metade da década de 1980 – a Década Perdida, segundo os economistas, porque não houve crescimento econômico e do emprego no período – representaram um freio à urbanização. A ausência de políticas públicas eficientes na área habitacional, por sua vez, ajudou na multiplicação das favelas e das áreas de ocupação, que passaram a ser o local de moradia dos migrantes que não foram mais – ou nunca foram, na realidade – absorvidos pelo mercado de trabalho na *Eldorado* industrial.

Outro fantasma que passou a assustar foi o da violência. Com uma das mais altas rendas per capita do Brasil, Campinas tornou-se uma das cidades mais violentas do País. O assassinato do prefeito Antônio da Costa Santos, a 10 de setembro de 2001, foi o acontecimento que simbolizou com toda a sua crueldade o drama da violência na cidade.



| HOMICÍDIOS EM CAMPINAS |
|------------------------|
| 1988 - 135             |
| 1991 - 263             |
| 1996 - 310             |
| 1997 - 407             |
| 1998 - 486             |
| 1999 - 530             |
| 2000 - 569             |
| 2001 - 609             |

*Fonte: Correio Popular*

O processo de exclusão social com certeza está na base das ondas de violência que colocaram a cidade, de uma forma muito negativa, nos noticiários da televisão e dos grandes jornais do Brasil e exterior. Dados da PNAD (Pesquisa Nacional de Amostragem por Domicílio) mostraram a disparidade de renda existente entre os diferentes bairros e regiões de Campinas. A desigualdade tem sido, sem sombra de dúvidas, um elemento a estimular a violência nas áreas metropolitanas.

#### **Média salarial do chefe da família por regiões de Campinas (em Salário Mínimo)**

Norte - 7,32 SM  
 Sul - 5,99 SM  
 Leste - 11,02 SM  
 Sudoeste - 4,21 SM  
 Noroeste - 3,76 SM

#### **Média salarial familiar em alguns bairros da cidade (em Salário Mínimo)**

São Marcos/Amarais - 0,28  
 Nova Mercedes - 0,29  
 Campo Belo - 3,07  
 Mauro Marcondes/Ouro Verde/Vista Alegre - 3,20  
 San Martin - 3,83

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Fazendinha/Santa Bárbara              | - 3,97  |
| São Fernando/Carlos Lourenço          | - 4,05  |
| DICs                                  | - 4,08  |
| Padre Anchieta                        | - 4,09  |
| Real Parque                           | - 4,79  |
| Jardim Garcia/Campos Elíseos          | - 5,02  |
| Sousas                                | - 5,05  |
| Joaquim Egídio                        | - 5,13  |
| São Quirino                           | - 7,39  |
| Centro                                | - 9,74  |
| Bosque                                | - 11,11 |
| São Conrado                           | - 11,59 |
| Primavera/Taquaral                    | - 11,99 |
| Vila Brandina                         | - 16,01 |
| Cambuí                                | - 17,56 |
| Cidade Universitária                  | - 21,47 |
| Nova Campinas                         | - 24,67 |
| Notre Dame/Alto Nova Campinas/Gramado | - 33,03 |

No início de 2003, as altas carências da região do São Marcos foram confirmadas no estudo “Déficit Social nos Municípios Brasileiros: uma proposta de indicadores para diagnóstico e implementação de programas sociais emergenciais”. Elaborado pelo demógrafo Paulo de Martino Jannuzzi, professor da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) e da Escola Nacional de Ciências Estatísticas (Ence) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e pelo mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisa Social, Enrico Moreira Martignoni, o estudo faz um mapeamento da exclusão social em Campinas, a partir das informações do Censo Demográfico de 2000 do IBGE.

O estudo considerou a existência dos recursos e serviços existentes em uma determinada região, nas áreas de saúde, educação, saneamento e habitação, entre outras. De acordo com o ranking de carências sociais indicado no estudo, as favelas do Jardim Santa Mônica e do Jardim São Marcos são os locais de Campinas com pior condição em termos de recursos à disposição da população. Conforme a pontuação utilizada pelos pesquisadores para montar o ranking, a favela do Santa Mônica obteve 1602 pontos em termos de “Tamanho do

déficit social”. A favela do São Marcos, segunda pior colocada, alcançou 1188 pontos, e o terceiro local pior colocado foi a ocupação de Eldorado dos Carajás, com 1025 pontos. No outro extremo da tabela estão locais da região central e dos bairros Cambuí e Castelo, com um “Tamanho do déficit social” entre 1 e 4 pontos.

Os números confirmam que a região São Marcos é uma das que mais sofrem com a desigualdade e, também, com a violência em Campinas. Os seus bairros ficaram **estigmatizados** pela atuação de alguns grupos ligados ao narcotráfico, os seus moradores sofrem com o preconceito criado em relação a essas localidades.

Mas, de qualquer modo, a vida na cidade grande parece continuar exercendo fascínio e despertando esperanças de “uma vida melhor”. Em número bem menor, é verdade, como também ocorre em outras grandes cidades, que migrantes continuam chegando à periferia de Campinas, e a região do São Marcos não está fora dessa realidade.

São geralmente amigos e parentes de pessoas já estabelecidas, mesmo precariamente, nessas favelas e áreas de ocupação situadas ao lado de indústrias de alta tecnologia e de instituições de ensino e pesquisa “de Primeiro Mundo” como a Unicamp. É impressionante, por exemplo, o número de moradores do São Marcos, oriundos de Padre Paraíso, uma cidade localizada no norte de Minas Gerais, na região de Teófilo Otoni. Em Padre Paraíso esses mineiros que se tornaram campineiros viviam da pesca, de algumas atividades agrícolas e da extração mineral. Na grande cidade tomaram rumos totalmente diferentes.

Essa população numerosa, deslocada de suas origens, procura manter sua identidade de alguma forma. A música popular, as feijoadas e o futebol no final de semana são momentos e espaços para a manutenção dos laços de solidariedade e para a reprodução cultural. As atividades esportivas e de espetáculo no Aeroporto dos Amarais também costumam atrair muitos moradores, em uma região onde as oportunidades de lazer são precárias para a população de baixa renda.

Um fato interessante foi a instalação, em uma área do São Marcos entre a Rodovia D.Pedro I e o acesso ao bairro Matão, em Sumaré, de uma unidade do Serviço Nacional de Transportes (Senat). É um sinal de como a região tem sido importante em termos de transportes e de logística – vários armazéns e transportadoras estão situados nas proximidades.

É este o cenário social e econômico em que vivem os moradores da região São Marcos. É neste cenário que, nos últimos anos, várias iniciativas importantes, no sentido da organização comunitária, ajudaram a reforçar o sentimento da esperança e da confiança em um momento novo, de melhores condições de vida para a maioria da população.

Organizações não-governamentais expressivas estão atuando na região. São os casos do Grupo Primavera, da Associação Beneficente Direito de Ser, do núcleo da Associação Beneficente Campineira, Lar da Criança Feliz e União Cristã Feminina, todas entidades sociais filiadas à Fundação FEAC.

Criado em 1981, por um grupo de voluntários, liderado pelo casal Jane e John Sieh, o Grupo Primavera trabalha com a formação de valores e preparação para a cidadania de meninas da região do São Marcos, Santa Mônica e Jardim Campineiro. A entidade funcionou inicialmente em uma pequena sala do Posto de Saúde do São Marcos.

O Grupo Primavera cresceu, adquiriu sede própria e fez parceria com várias empresas de grande porte. Com algumas delas desenvolve, entre outros, o Programa Recicla, desenvolvido em três escolas da região do São Marcos: EE 31 de Março, do Jardim Santa Mônica, Escola Castinauta e EMEF Padre Narciso, no próprio Jardim São Marcos. O Recicla compreende várias atividades de educação ambiental com os alunos dessas escolas, a partir da coleta seletiva de resíduos.

No início do século 21 o Grupo Primavera passou a investir forte na preparação profissional de suas adolescentes, mas também de moradores da comunidade. Em parceria com o Diretório Central dos Estudantes (DCE) da Unicamp e a Fundação FEAC, desenvolve o PACTO, sigla de Preparando Adolescentes para o Colégio Técnico, uma espécie de cursinho para os jovens que não têm condições financeiras de freqüentar atividade semelhante em outra situação. Com recursos do BNDES o Grupo Primavera também estrutura um Centro de Educação para Empregabilidade. Várias oficinas já são oferecidas a moradores dos bairros da região.

Outro trabalho importante na região é desenvolvido pela Associação Beneficente Direito de Ser. Criada no início da década de 1990, por membros da Igreja Batista, a Direito de Ser oferece educação complementar à escola para crianças e adolescentes do Jardim Campineiro e outros bairros próximos. Um diferencial do Direito de

Ser é sua ênfase nas atividades culturais. Vários talentos em pintura foram despertados na entidade, onde grandes mestres como Van Gogh e Renoir são citados com frequência e muito conhecidos pelos alunos.

Na mesma linha de educação complementar atua o núcleo da Associação Beneficente Campineira (ABC), uma das mais antigas entidades sociais em atuação de Campinas. Ligada à Igreja Metodista, a ABC foi criada a 13 de junho de 1950. Farmácia popular e outros serviços passaram a ser oferecidos pela entidade, durante muitos anos liderada por Elisa Bittencourt. No início dos anos 90 a ABC instalou um núcleo na região do São Marcos, para trabalhar diretamente com a população de baixa renda da região.

O Lar da Criança Feliz, mantido pela Associação Beneficente 13 Pais, também está instalado na região. A entidade é um abrigo para crianças vítimas de violência, onde permanecem à espera de uma adoção ou de outra determinação judicial.

A União Cristã Feminina é outra entidade de destaque, sediada no Jardim Santa Mônica. Desenvolve entre outros o Programa de Atenção à Família, voltado para envolver as famílias dos mais de 200 usuários atendidos, de 4 a 12 anos.

O Comitê pela Democratização da Informática (CDI) e outras organizações não-governamentais significativas também atuam na região do Complexo São Marcos. A Fundação FEAC (Federação das Entidades Sociais de Campinas), que tem 110 entidades sociais filiadas e é considerada a principal organização da sociedade civil de promoção humana na cidade, desenvolve vários de seus projetos na região.

A Escola Estadual 31 de Março, no Jardim Santa Mônica, é uma das escolas que integram desde o início o Projeto Ame a Vida Sem Drogas, desenvolvido em parceria pela FEAC com o Conselho Municipal de Entorpecentes (Comen), Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA), Grupo de Empresários Amigos da Criança (GEAC) e Federação Brasileira de Entidades Terapêuticas (Febract). O Ame a Vida Sem Drogas é desenvolvido à base de oficinas – de ginástica, ballet, teatro de bonecos, capoeira etc – oferecidas como meio de fortalecimento da auto-estima dos jovens e prevenção às drogas.

Na mesma região do São Marcos a Fundação FEAC desenvolve o projeto Ação Regional. A iniciativa visa a integração dos recursos sociais de uma região da cidade, como escolas, postos de saúde,

associações comunitárias, além das próprias entidades sociais. O objetivo é fortalecer a integração e multiplicar os resultados dos recursos existentes em uma região.

O esforço de integração está avançando no São Marcos com o Abraço Social. Promovido desde 1999, sempre no final de cada ano, o Abraço Social objetiva a integração dos diversos recursos sociais existentes na região. O Abraço Social consiste em atividades como feira cultural e outras nas áreas esportiva e histórica, com o propósito de reforçar o sentimento de identidade na região e contribuir para o ideal de unificação de forças e objetivos.

O IV Abraço Social, correspondendo à edição de 2002, foi realizado na Escola Estadual Professora Castinauta de Barros Mello e Albuquerque, com o tema “Reaprendendo a ser feliz”. Exibição de fanfarras e corais, gincana e várias outras atividades culturais (sapateado, peças teatrais, capoeira, conjunto de flautas) fizeram parte da programação, envolvendo escolas, entidades sociais, associações comunitárias e Igrejas, com apoio da Fundação FEAC.

Uma das instituições envolvidas com o Abraço Social é o Espaço Esperança, uma das organizações que mais simbolizam, a começar pelo próprio nome, os esforços que vêm sendo feitos para mudar a realidade de desafios na região do São Marcos. O Espaço Esperança é o local que passou a reunir vários serviços públicos prestados na região. Mantido pelo Município, o Espaço tem sofrido muito com as dificuldades inerentes ao poder público, mas a população continua lutando, no início do século 21, pela sua manutenção.

São múltiplas e consistentes, enfim, as ações voltadas para promover a cidadania na região do Complexo São Marcos. São todas iniciativas importantes e que já vêm obtendo resultados, mas a realidade da região é muito desafiadora, os indicadores sociais continuam baixos, o desemprego é alto, a violência também. Mudar esse quadro é o objetivo central das várias ações desenvolvidas na região, desde a segunda metade dos anos 90, em comum com os propósitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*IV Abraço Educativo-Social da Região Amaraís*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Reunião do Projeto A Música como Intervenção Pedagógica, Social e Terapêutica, na CEMEI Aparecida Cassiolato, desenvolvido sob coordenação de Marlene Maria Caleffo Salvadori*

## O sonho da comunidade saudável

Os primeiros passos foram dados, na segunda administração de José Roberto Magalhães Teixeira (1993-1996), com a escolha do São Marcos como a região onde seriam concentrados os esforços para a implantação dos conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS, que haviam sido incorporados pelo Município de Campinas (ver Capítulo II). A escolha não foi casual nem fruto da decisão política de uma ou de poucas pessoas. A decisão tem muito a ver com a existência histórica na região de grupos organizados e de ações comunitárias consistentes, sempre apontando para a necessidade de transformação das estruturas injustas da sociedade.

Várias ações foram realizadas no período 1993-96, com a ampla participação de moradores e lideranças comunitárias da região. Foram basicamente encontros de sensibilização e de capacitação de moradores, com vistas à inserção em ações públicas e comunitárias voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população. A experiência chegou a ser documentada no vídeo “Plano de Ação Intersetorial para o Complexo São Marcos”, com imagens e depoimentos de lideranças locais sobre o processo do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis na região.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Apresentação da peça Pedro e o Lobo, com alunos da CEMEI Aparecida Cassiolato, como parte do mesmo projeto.*



Também foi elaborado o Manual Técnico “O Processo de Planejamento da Ação Intersetorial – Relato da Experiência no Complexo São Marcos”, com a participação dos consultores que trabalharam na região, desenvolvendo uma metodologia de ação governamental/comunitária fundada nos princípios defendidos pela OPAS/OMS.

Algumas oficinas de trabalho foram promovidas na região para avançar na implantação dos conceitos e na preparação de agentes comunitários. Mas, o esforço que vinha sendo empreendido, sobretudo por parte do Município, foi prejudicado de alguma forma quando o Programa Municípios/Comunidades Saudáveis deixou de ser uma prioridade de governo na administração municipal de 1997-2000.

Com isso deixou de ser implantado, no período, na cidade, o Programa Saúde da Família, do governo federal. O Programa é baseado na formação de agentes comunitários que possam atuar como lideranças em ações de prevenção nas áreas de saúde e saneamento. Cada grupo de agentes e profissionais da saúde acompanha uma média de 1000 famílias de uma comunidade. São monitorados alguns indicadores básicos de saúde entre essa população e os agentes se encarregam de estimular ações de prevenção, que vão desde o incentivo a caminhadas para prevenir o estresse e a hipertensão, até a organização de encontros para se debater a questão da saúde em uma perspectiva ampla, envolvendo saneamento básico, habitação etc. Ou seja, o Programa Saúde da Família adota uma perspectiva muito próxima dos conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis.

Por razões de ordem política, o Programa acabou não sendo implantado em Campinas na administração 1997-2000. Mas, ainda assim, o apoio da Secretaria Municipal de Saúde prosseguiu, e grande parte da manutenção dos esforços na região do São Marcos deve-se à atuação do IPES (Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade) e do apoio da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp.

O IPES foi constituído em 1997, por um grupo de pesquisadores da Unicamp, PUC-Campinas e outras instituições, com o objetivo de intensificar os esforços de participação efetiva dos centros de ensino e pesquisa em ações de alcance comunitário. O IPES foi criado com a intenção de utilizar a metodologia da pesquisa associada à ação, ultrapassando os limites da pesquisa pura. Seria,

fundamentalmente, uma pesquisa comprometida com ações pensadas para um determinado território, uma base local, de acordo com os conceitos de geografia humana desenvolvidos por estudiosos como o geógrafo Milton Santos.

Com essa visão de atuação, o IPES promoveu, no dia 11 de novembro de 1997, na Unicamp, o I Simpósio Ciência e Sociedade: globalização e exclusão social, no qual foram aprofundados os debates sobre como a Universidade poderia contribuir de modo mais decisivo para transformar a realidade social da comunidade na qual ela está inserida. A região do São Marcos, situada no entorno dos campus da Unicamp e da PUC-Campinas, foi naturalmente indicado como o espaço nos quais os esforços do IPES seriam concentrados.

Durante os anos 1998-2000, o IPES procurou conhecer o trabalho dos equipamentos sociais e obter o apoio desses equipamentos e da Secretaria Municipal da Saúde para implantar o Programa Saúde na Família nesta região. Foi iniciado o treinamento de um pequeno grupo de voluntários para que eles pudessem atuar como Agentes Comunitários de Saúde, tendo por base um médico sediado em uma instituição social, porquanto os postos de Saúde regiam à idéia de implantação do Programa. O secretário municipal de Saúde da época – dr.Odair Albano – era favorável à idéia e, acatando proposta do IPES, elaborou projeto e obteve recursos da ordem de R\$ 400 mil do governo federal. Mas estes recursos tiveram que ser devolvidos, porque o Conselho Municipal de Saúde foi contra a implantação do Programa em Campinas.

O IPES submeteu então à FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, órgão oficial que apóia e financia pesquisas científicas em São Paulo) um projeto de política pública para a região, preconizando a estratégia de formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com atuação intersetorial e a sua incorporação a Núcleos de Trabalho e Pesquisa – NTP – para o desenvolvimento de pesquisas-ações nas áreas da saúde, educação e promoção social. O professor Gastão Wagner de Souza Campos, à época chefe do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, convidado a coordenar o projeto aceitou a incumbência. O projeto foi aprovado no segundo semestre de 2000 e cerca de três meses após o coordenador do projeto assumiu também a Secretaria Municipal da Saúde.

De fato, a nova administração municipal de Campinas, iniciada exatamente em 2001, implantou o Programa Saúde da Família e sinalizou um maior apoio às ações na linha do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, o que facilitou o estabelecimento de parcerias e convênios entre IPES, Unicamp, Serviço de Saúde Cândido Ferreira e Prefeitura de Campinas, para realização de cursos de extensão para formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Cursos de Especialização para as equipes de referência que cuidam da capacitação dos ACS.

Os agentes já tiveram uma atuação importante, sobretudo na campanha de prevenção à dengue na região. Nesse sentido, os agentes tiveram o apoio de um material pedagógico inovador, desenvolvido por uma parceria entre IPES, Unicamp e Secretaria Municipal da Saúde, que é um jogo de prevenção e combate à dengue, voltado para sensibilizar as comunidades. O “Jogo do Saber” foi concebido inicialmente para o Distrito Norte de Saúde de Campinas e depois foi distribuído pelo Ministério da Saúde-Fundação Nacional da Saúde (Funasa) para ações preventivas em outras regiões do Brasil.

Um novo passo adiante foi dado, no sentido da implantação dos princípios do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, com a estruturação do Centro de Educação de Trabalhadores na Saúde (CETS), mantido pelo governo municipal de Campinas como parte do Programa Paidea, de atenção primária à saúde, desenvolvido pela Prefeitura. A procura pelo preenchimento das 800 vagas abertas pela implantação do CETS foi impressionante. Nada menos do que 23 mil candidatos se inscreveram. Cerca de 10 a 15% dos candidatos, concorrendo a vagas correspondendo a um salário de cerca de R\$ 480 mais cesta básica, tinham nível superior de ensino.

A rede de agentes comunitários de saúde, ligada ao Programa Paidea, vem sendo fortalecida de modo permanente em Campinas desde então. No início de 2003, eram 513 agentes comunitários em 109 equipes, responsáveis por diferentes áreas geográficas de atuação.

Mas a ação dos pesquisadores do IPES e das demais organizações envolvidas não se resume à formação de agentes comunitários da saúde, uma dimensão agora fortalecida com a disposição da Prefeitura de Campinas em atuar fortemente nessa área. O IPES também está preocupado com ações em termos de Educação e de Geração de Renda. Uma Educação para a cidadania plena e ações

de Geração de Renda que permitam a inclusão social da população de uma região, a do São Marcos, com enormes índices de desemprego. É nesse sentido que boa parte dos esforços dos pesquisadores do IPES e da Unicamp, comprometidos com os conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, passou a ser direcionada para a divulgação das linhas da Economia Solidária.

Com uma Saúde entendida de forma ampla, uma Educação para a Cidadania e a difusão da Economia Solidária, o IPES entende que a região do São Marcos, situada próxima de um dos principais pólos científicos e tecnológicos da América Latina, tem todas condições de superar os enormes desafios sociais que tornam a sua população vítima do desemprego, das más condições de vida em geral e do estigma da violência. A Economia Solidária foi, de fato, um dos temas centrais discutidos no III Encontro Comunidade Saudável, realizado entre 5 e 8 de maio de 2003, na Unicamp.

## Capítulo IV

### Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil

*Carlos Roberto Silveira Correa*  
*Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da*  
*Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp*

*Humberto de Araújo Rangel*  
*Presidente do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, IPES*

*Ana Maria Girotti Sperandio*  
*Coordenadora no Brasil da Iniciativa Regional da Construção da Rede de*  
*Municípios Potencialmente Saudáveis - OPAS*  
*Pós-doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp*

Neste capítulo procuraremos mostrar, em grandes traços, como evoluiu o conceito de saúde e como os governantes atuavam nessa área. Pretende-se, deste modo, fornecer elementos para que se possa avaliar a importância do modelo atual e da proposta que está sendo feita.

A doença e a morte sempre foram assuntos fortemente ligados às idéias e práticas religiosas. Vista como uma punição imposta aos homens pela divindade, a doença sempre foi considerada como um assunto estritamente privado, tratado diretamente, entre o doente – pecador – e o seu deus, mediante a prática de exorcismos para aplacar a ira divina. Aos sacerdotes, tidos como conhecedores dos desígnios divinos, foi atribuída a tarefa de facilitar as relações entre o doente e a divindade, através do ensinamento de práticas que, na experiência acumulada pelo sacerdote, tinham se mostrado eficiente em situações anteriores.

A saúde era um assunto privado. As pessoas adoeciam e morriam em suas casas, em instituições filantrópicas ou simplesmente ao léu, como morrem os animais. Eram atendidos nesses momentos pelos seus familiares ou pelos raros médicos existentes. Os governos não tinham uma política de saúde e os casos de saúde e assistência pública como as epidemias eram assumidos pelas entidades religiosas.

A Medicina evoluiu lentamente a partir dessas práticas religiosas. Por muitos séculos, a doença continuou sendo um assunto estritamente privado, sem que os governos tivessem meios de interferir. Nas grandes epidemias, as ações governamentais, limitavam-se a tentar impedir a disseminação da doença através de exorcismos e de medidas para restringir a livre circulação dos doentes, considerados como impuros - que eram então confinados em determinadas regiões afastadas, geralmente fora dos muros das cidades. Os doentes, quando desprovidos de posses para se manter, eram deixados à sua sorte, vagando pelas ruas como pedintes, até que alguma alma caridosa os hospedasse (vem daí o termo hospital) em um abrigo para ser alimentado e assistido por religiosos.



*Santa Casa de Misericórdia da Bahia*

A piedade religiosa teve, portanto, um importante papel nas primeiras políticas públicas de saúde. De fato, em Portugal, a rainha Leonor de Lencastre, esposa de D. João I, instituiu o que parece ter sido as primeiras organizações não governamentais da história: as Santas Casas de Misericórdia. Essas instituições, mantidas por doações

de particulares, eram geridas por irmandades religiosas e funcionavam como uma espécie de Secretaria de Bem Estar Social. Seguiam as recomendações do Compromisso de Lisboa de 1516, que recomendava as sete obras espirituais e sete materiais e tinham por função, “curar os doentes, remir os presos e vestir os nus”.

No Brasil, a política pública de saúde passou pelos vários períodos que consideraremos a seguir.

## Período colonial

Ao colonizar o Brasil, os portugueses trouxeram o modelo das Santas Casas que iniciaram a sua atuação ainda no período das capitanias hereditárias. A primeira Santa Casa de Misericórdia no Brasil foi implantada na capitania de S. Vicente, em 1543, por Braz Cubas<sup>1</sup>. Seis anos depois, com a mudança do sistema de capitanias para o de governo geral, Tomé de Souza, ao fundar a Cidade de Salvador como capital do país, fundou também a Santa Casa de Misericórdia da Bahia<sup>2</sup>. As santas casas funcionavam, a mais das vezes, como depósitos de doentes que eram retirados das ruas para serem cuidados pelas irmãs de caridade ou por leigos com pendores para o apostolado religioso. O recolhimento dos doentes, muitas vezes, era ditado mais pela proteção dos sadios do que pela piedade com os doentes. Dom Rodrigo de Menezes, por exemplo, considerando o grande número de leprosos na cidade de Salvador, mandou recolhê-los compulsoriamente no quartel do Barbalho, distante do centro da cidade, e posteriormente os transferiu para mais longe ainda, a quinta dos padres, que havia sido confiscada aos jesuítas e que, por isto, passou a ser conhecida como quinta dos lázaros.

---

<sup>1</sup> Henrique Seiji Ivamoto, Editor (\*) Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica Acta Medica Misericordiae Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos. Acta Medica Misericordiae 1 (1):7-10, Out 1998.

<sup>2</sup> RUSSEL-WOOD, A.J.R., *Fidalgos and Philanthropists. The Santa Casa da Misericordia of Bahia, 1550-1750*, Berkeley: University of California Press, 1969 (trad. port. Fidalgos e Filantropistas. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1750, Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981).

## 1808 inicia o Período da Fundação das Escolas de Medicina

A revolução francesa, abalando seriamente o absolutismo dos reis e favorecendo a construção de um novo mapa político da Europa, através das guerras napoleônicas, abriu espaço a uma maior democratização da administração pública no Brasil.

Médicos eram raros e provinham do reino ou de outros países, como a França. A criação de cursos superiores era considerada uma ameaça ao poder da metrópole. Com a transferência da família Real para o Brasil, em razão da invasão de Portugal por Napoleão Bonaparte, se inicia a formação de médicos no Brasil. Em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI autoriza a criação da **Escola de Cirurgia da Bahia** que foi instalada no Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, no antigo prédio do colégio dos jesuítas, no terreiro de Jesus.



*Prédio da antiga Faculdade de Medicina da Bahia*



Em 5 de novembro desse mesmo ano, D. João assina a carta régia criando a Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia, instalada no Hospital Militar no morro do Castelo, no Rio de Janeiro.

Essas escolas se transformaram em Academias Médico-Cirúrgicas em 1813 e o novo regulamento garante aos profissionais aqui formados o direito de exercer a medicina que até então era monopólio dos médicos formados em Portugal. Contudo a concessão de diplomas continuou sendo feita pela Universidade de Coimbra.

Com a independência política de Portugal, essas Academias ganham o direito de expedir diplomas (1826)<sup>3</sup> e se transformam em Faculdades de Medicina (1832)<sup>4</sup>, seguindo o modelo das instituições francesas. O curso de medicina, de 4 anos, tem a sua duração ampliada para seis anos e se inicia a formação de farmacêuticos e parteiras.

A preocupação em elevar o nível da formação acadêmica faz com que passe a ser obrigatória a defesa de tese para a obtenção do título de "doutor em medicina", exigência que seria abolida em 1911.

Essas escolas tiveram um papel relevante na formação de pessoal, não apenas na transmissão do conhecimento para formação de clínicos, mas também como núcleo primordial para a formação de pesquisadores. A escola da Bahia, que por um tempo, publicou um periódico especializado<sup>5</sup> abrigou nomes famosos<sup>6</sup> nacional e internacionalmente

Os hospitais mantidos pelas Santas Casas passaram a ser utilizados para o ensino da prática médica. Os médicos formados, oriundos da elite dominante sustentada por uma estrutura econômica escravagista, baseada na produção agrícola, não dependiam dos proventos da prática médica para o seu sustento. O exercício da medicina tinha uma aura de apostolado e os médicos, em geral, dedicavam pelo menos uma parte do seu tempo à prática da assistência gratuita seja nos hospitais, seja em consultórios simples, a maioria das vezes próximo ou anexo a uma farmácia.

---

<sup>3</sup> por Decreto-Lei de Dom Pedro I, 29 de setembro de 1826.

<sup>4</sup> Lei sancionada durante a Regência Trina, em 3 de outubro de 1832

<sup>5</sup> Gazeta Médica da Bahia

<sup>6</sup> Manuel Vitorino, Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Oscar Freire, Alfredo Brito, Juliano Moreira, Martagão Gesteira, Prado Valadares, Pirajá da Silva e Gonçalo Muniz

## Período da criação dos institutos de pesquisa bio-médica

A revolução industrial e científica, iniciada no final do século XVIII propiciou, um grande avanço dos conhecimentos médico-biológicos, durante o século XIX. As inúmeras descobertas nesta área, sobretudo as de Pasteur e de Claude Bernard no campo da microbiologia e da fisiologia, trouxeram a crença de que a ciência seria capaz de afastar o sofrimento das doenças e o limite da morte.

A demonstração da origem microbiana das doenças infecciosas e a possibilidade de imunização preventiva contra várias dessas infecções, como a varíola, difteria, o tétano, a raiva, levou os governos a assumirem uma posição ativa no setor de saúde pública. Instituições dedicadas à pesquisa médica, sobretudo em relação às doenças infecciosas e controle das epidemias foram criadas. (*Vide* Tabela I).

**Tabela I. Criação dos principais institutos de pesquisa biomédica**

| Tabela I. Criação dos principais Institutos de pesquisa Biomédica |  |
|---|--|
| 1885  | Hygiene-Institute Humboldt Universitat, em Berlim, dirigido por Robert Koch, desde a sua fundação até 1891. Posteriormente denominado de Instituto de Microbiologia e Hygiene  |
| 1887  | Criado por decreto de 4 de junho de 1887 o Institut Pasteur, inaugurado em 14 de novembro de 1888 graças ao sucesso de uma subscrição internacional  |
| 1891  | British Institute of Preventive Medicine Lister Institute,   |
| 1892  | Formação da rede estadual de saúde com a criação do Instituto Bacteriológico e do laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas e a incorporação do Instituto Vacinogénico, do Laboratório Farmacêutico e dos Hospitais Públicos então existentes. |
| 1900  | Instituto Soroterápico Federal 25 de maio de 1900. Oswaldo Cruz assumiu a direção em 1902 e no ano seguinte assumiu o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública  |
| 1901  | Instituto Serumtherápico, (Atual Instituto Butantan)   |

No Brasil, a criação desses institutos permitiu a implantação de uma política sanitária que levou a cabo, através de memoráveis campanhas contra a peste bubônica, a varíola e a febre amarela, o ofidismo, a remodelação de cidades como o Rio de Janeiro e a adoção de medidas preventivas que representaram um enorme progresso na qualidade de vida das populações.

Essas instituições foram criadas sob a égide da colaboração internacional e o reconhecimento, pelos governos nacionais, da inexistência de fronteiras para as doenças levou-os a estabelecer acordos de cooperação internacional para fazer face aos problemas da saúde. A Fundação do Escritório Sanitário Pan-Americano, o predecessor da OPAS, em 2 de dezembro de 1902, representa um marco dessa visão. Onze países americanos se reuniram, em Washington, para controlar uma epidemia de febre amarela iniciada no Brasil e Paraguai e que atingira Uruguai, Argentina (15.000 mortos) e Estados Unidos (20.000 mortos).

As epidemias tinham a atenção governamental, sobretudo em razão dos prejuízos causados à política econômica, uma vez que os navios estrangeiros evitavam os nossos portos com medo do contágio.

O ensino da Medicina e a formação de pessoal da saúde foram fortemente influenciados durante esse período pelo relatório Flexner que ressaltava a necessidade de aprofundar o conhecimento científico sobre as doenças, visando a curá-las e se possível preveni-las. Contudo a prática médica continuou sendo um assunto privado.

## **Previdência Social e Saúde Pública**

Surge uma nova necessidade de ação para o Estado no início do século XIX. A vinda para o Brasil de muitos migrantes de diferentes países, a nova organização social que estava surgindo com a vinda para a cidade de inúmeras pessoas que moravam no campo, entre outros fatos, fazem com que o governo comece a se preocupar em organizar o atendimento médico.

Durante o Império, existia uma forma de previdência social que eram os Montepios. Os Montepios eram instituições onde as pessoas poderiam adquirir, por meio da aquisição de cotas, o direito de deixar uma pensão pagável a alguém indicado por ela. O primeiro Montepio surgiu em 1835, o Montepio Geral dos Servidores do Estado (o

Mongeral), que fazia a cobertura para outros infortúnios além da morte. No fim do Império foi criada uma “Caixa de Socorro” para os trabalhadores das estradas de ferro estatais e depois para os funcionários dos Correios e para os da Imprensa Régia.

Progressivamente se pode perceber que o Estado começa a incorporar como uma de suas funções o atendimento à saúde do trabalhador. Assim, em 1919, se reconhece a responsabilidade do empregador pelas conseqüências dos acidentes do trabalho e em 1923 surge a lei Eloy Chaves, por meio de um Decreto Legislativo e que, na verdade, marcava o início da Previdência Social no Brasil. Esse Decreto criava as “caixas de aposentadorias e pensões” para os empregados das empresas ferroviárias com as quais esses funcionários poderiam ter direito à aposentadoria por invalidez ou por tempo de contribuição, bem como, à pensão por morte e a assistência médica.

É importante dizer que havia uma caixa de aposentadoria para cada empresa ferroviária. A partir de então surgem inúmeras outras caixas de aposentadorias e pensões, mas cada “caixa” pertencia a uma empresa.

A partir da lei Eloy Chaves, as “caixas” se estendem para os empregados de outras empresas, como os portuários, os empregados dos serviços telegráficos, das empresas de água, energia, gás, mineração e muitas outras. Chegou-se a ter 183 “caixas” no Brasil, que posteriormente foram incorporadas à Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos.

A partir da década de 30, essas caixas passam a ter uma outra característica. Elas deixaram de ser entidades ligadas a uma empresa e passaram a ser organizadas por categorias profissionais, o que lhes dava, portanto, uma abrangência nacional, de acordo com a tônica do governo Getúlio Vargas que desejava colocar uma nova política social no país. Essa nova postura começa a tomar forma logo no primeiro mês do governo Vargas com a criação do Ministério do Trabalho que, imediatamente após a posse do seu primeiro Ministro começa a alterar as políticas trabalhista, previdenciária e sindical no Brasil.

No momento em que Vargas assumiu o governo, o Brasil, como a quase totalidade dos países capitalistas, vivia uma crise econômica causada pela queda da Bolsa de Valores de Nova York que acontecera em 1929. Até então, o país experimentara uma fase de crescimento importante da sua indústria, que vinha ocorrendo desde o fim da I<sup>a</sup>

Grande Guerra Mundial. Ao mesmo tempo em que ocorria essa expansão da indústria, o conflito entre o capital e o trabalho se acentuava, com a eclosão de inúmeras greves. Até 1920 a questão social, no entanto, era considerada “questão de polícia”. Só a partir de meados de 1920 começou-se a debater medidas para o enfrentamento dessas questões. Deve-se dizer, no entanto, que nessa época, as questões sociais eram entendidas como sendo de ordem moral e de higiene, e não como questão econômica ou social.

O Governo Getúlio Vargas, como se disse acima, muda esse cenário ao propor um conjunto de medidas que tinham como objetivo mudar a relação entre capital e trabalho no país. Na área da saúde isso se caracteriza pela mudança do atendimento prestado pelas “caixas” que deixaram de ser voltadas para os funcionários de uma empresa e passaram a atuar para uma categoria profissional, o que dava uma dimensão nacional a essas instituições.

### **Do SUS à Promoção da Saúde: *um desafio***

O final da ditadura militar no Brasil (1964-1986) propiciou a eclosão de um movimento democratizante em várias áreas, inclusive na da saúde, buscando dar atendimento não só aos que podiam pagar,

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em que foram sugeridas modificações importantes na forma de produção de saúde e havia uma consciência natural entre os participantes, representantes dos diferentes segmentos da sociedade, que se fazia necessário promover a sua transformação. Foram relatadas em um documento, as inadequações do sistema de saúde que vigorava na época, enfatizando vários pontos problemáticos como, por exemplo, (MS, 1990):

- Irrracionalidade e desintegração das unidades de saúde;
- O sistema de saúde não conseguia dar conta do perfil de doenças relacionando com as condições sócias e econômicas;

- A centralização das decisões;
- Baixos recursos financeiros e desperdício dos alocados para a saúde;
- Exclusão de segmentos populacionais no atendimento principalmente os mais pobres;
- Baixa qualidade dos serviços oferecidos;
- Falta de mecanismo de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- Insatisfação dos profissionais da saúde e da população com atendimento à saúde.

Para tal percurso contamos com a participação dos profissionais da saúde, na época, no chamado movimento para a reforma sanitária.

Este movimento foi-se ampliando e trazendo para o seu interior lideranças políticas sindicais e populares que promoviam debates e divulgação do documento da VIII Conferência com o objetivo maior de defender um projeto de transformação do sistema de saúde na época vigente.

Criaram-se, assim, grupos técnicos que participaram da elaboração do documento acima citado e que serviu de instrumento de apoio técnico e esclarecimento para 2 processos que se iniciaram em 1987: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e a elaboração da nova Constituição (MENDES, 1999).

É importante (re) lembrar que anterior a VIII Conferência Nacional de Saúde e mais tarde a Constituição de 1988, a saúde não era um direito de todos, mas, sim a assistência médica era prometida àqueles que tinham carteira assinada e pagavam a previdência social. A assistência à saúde era médico-assistencial privatista, as pessoas que não pertenciam a este quadro eram consideradas carentes, teriam que esperar sobrar dinheiro no Ministério da Saúde, nos hospitais universitários, estaduais e municipais fizessem algum atendimento (NETO, *In*: MS, 1998).

Com o movimento da reforma sanitária, abriu-se um espaço para a construção de um novo pensamento e derrubada daquele que comercializava saúde e não se preocupavam com as necessidades básicas da população, centrado apenas no conceito de saúde como ausência de doenças em que a única ação resolutiva era a prática médica. O mais importante era manter a saúde do trabalhador, ou seja, da capacidade produtiva (MENDES, 1999), de forma que o operário não faltasse o seu trabalho por motivos de saúde.

A reforma sanitária desencadeou um processo de construção de um novo paradigma (modelo, padrão) na direção da *produção social* da saúde, ou seja, analisando saúde como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação da sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes (ZANCAN, 2002; MENDES, 1999), exemplo disso são as mortes de crianças menores de um ano por causa da falta de abastecimento de água potável, em decorrência da falta de uma decisão e ação política.

O documento da VIII Conferência de Saúde serviu de base para a formulação, em 1988, do artigo 196 da Constituição Federal que estabeleceu *que a saúde deve ser garantida a todos os cidadãos pelo Estado mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos* (BRASIL, 1988). Incorporou-se o conceito mais abrangente de saúde, em que os fatores condicionantes e determinantes eram o meio físico, sócio-econômico e cultural e a oportunidade a acesso aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (MS, 1990). Desta maneira, foi garantido na Constituição, o princípio básico do SUS.

## O que é SUS?

Sistema – conjunto de várias instituições do governo (Federal, Estadual e Municipal) que interagem para um fim comum.

Único – tem a mesma doutrina, filosofia, de atuação em todo o território nacional.

Saúde – é o produto final, mas no sentido mais amplo.

Portanto, o SUS é uma política de saúde que, dentre outras realizações, deve organizar e reorientar dos serviços e ações de saúde.

A doutrina do SUS é:

- **Universalidade** – é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema a todo e qualquer cidadão (MS, 1990);
- **Eqüidade** – é assegurar ações e serviços de todos os níveis de complexidade a todo o cidadão;
- **Integralidade** – o sistema deve ver a pessoa como um todo e não como partes separadas, e o indivíduo faz parte de uma sociedade, portanto, as ações de saúde devem ao mesmo tempo estar voltadas para o individual e para a comunidade.

Existem os princípios de organização do SUS (MS, 1999; MENDES, 1999; MS, 1998) que são :

*Regionalização e Hierarquização* – os serviços de saúde devem ser organizados em uma área geográfica delimitada de forma que sejam oferecidas ações de saúde a todos os cidadãos moradores deste território, de acordo com as suas necessidades. E, os serviços devem ser distribuídos nesta área em níveis de complexidade tecnológica crescente, hierárquico, possibilitando assim uma maior resolução organizada dos problemas de saúde. A rede de serviços construída assim permitirá o conhecimento dos agravos da saúde da população residente nesta área delimitada.

*Resolutividade* – é a capacidade do serviço de saúde enfrentar e resolver o problema que está causando determinados impactos na comunidade, ele deve ser eficaz e eficiente produzindo resultados positivos.

*Descentralização* – é a redistribuição de responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre o nível municipal, estadual e federal; reforçando que quanto mais perto se está do problema mais se torna maior a possibilidade de acertar a solução. Sendo assim, a responsabilidade do município há de ser do governo municipal, a de um estado, do governo estadual e o que for de abrangência nacional a responsabilidade é do governo federal.



*Participação Social/Democrático* - é garantida constitucionalmente a participação da população, nos processos de tomada de decisão, principalmente na formulação das políticas de saúde e no controle da sua execução em todos os níveis. A estratégia dos Conselhos de Saúde visa exercer o controle social sobre o SUS. A composição deste conselho deve ser igual entre os usuários do serviço de saúde e os demais e ter poder de decisão, não apenas consultivo.

O SUS visto como a construção do processo social implica em reconhecer a complexidade que existe em um ambiente com diferentes interesses e diferentes hierarquias nos campos sociais (MENDES, 1999). O SUS ainda está em construção. Faz-se necessário à participação de os atores sociais para melhorá-lo, porque ele é uma conquista de todos nós.

Não devemos achar que o SUS deve ser apenas para “*pobre*”, sendo que nós, o pessoal da saúde, produz saúde dentro do sistema, mas, não acreditamos nele, então não acreditamos na nossa própria atuação profissional...

Faz-se emergente sensibilizarmos cada vez mais pessoas para dar continuidade ao processo iniciado na década passada que busca na sua essência o resgate da qualidade de vida. São os atores sociais de maior importância que podem contribuir para a sustentabilidade do processo.

É evidente que alterar a racionalização dos serviços de saúde melhora a oferta desses, mas não necessariamente a forma de gerenciar os serviços de saúde.

Ao ler a seguinte frase: *“A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômica que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*(BRASIL, 1988), tem o implícito que saúde não limita-se a não ter doença e, está na dependência de outros fatores não biológicos para sua construção. E ainda, que deve-se considerar a positividade da saúde no sentido de produzir resultados por meio do processo de produção social em que as pessoas construam a qualidade de vida dentro de uma perspectiva de viver de uma forma prazerosa, tendo acesso inclusive aos diferentes serviços econômicos e sociais (MS, 1998; MENDES, 1999).

O que se coloca aqui, é que a produção social de saúde dá conta de um estado de saúde em constante transformação em que é

resultado de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (Buss 2000 *In*: ZANCAN, 2002) e pode definir a construção da qualidade de vida por meio da inter-relação das diferentes disciplinas e com os diferentes setores.

No Art. 196 da Constituição Brasileira encontra-se a citação de promoção da saúde enquanto um fim a ser conquistado.

A expressão promoção da saúde surgiu na década de 40 com Sigerist em que definiu as tarefas da medicina: promoção da saúde, prevenção de doença, recuperação e reabilitação.

Com o Relatório de Lalonde, em 1974, em que relata que a redução dos indicadores de mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida dependem da inserção social dos indivíduos, mais do que do acesso universal aos serviços de saúde ou da organização dos cuidados médicos e mostra alguns caminhos, ainda preventivista, para melhorar o estilo de vida (CERQUEIRA, 1997).

Paralelamente a estas discussões foi houve concordância concordando em relação à prevenção das doenças crônicas que aproximou, de certa forma, erradamente, a promoção da saúde a prevenção de doenças, mas de maneira positiva a educação da saúde, a educação enquanto um dos instrumentos que vêm sendo privilegiados para efetivação da promoção da saúde (SPERANDIO, 2001).

Referenciais teóricos em forma de textos foram aparecendo ao longo do percurso da construção da promoção da saúde, mas, a Carta de Ottawa, documento produzido na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, foi e tem sido um marco para estudiosos da área. Ela amplia o conceito de promoção da saúde, adicionando a importância do impacto social, econômico, político e cultural, propondo estratégias intersetoriais, como: estabelecer políticas públicas saudáveis, criar meios favoráveis, reforçar a ação comunitária, desenvolver atitudes pessoais, reorientar os serviços de saúde (NUTBEAM 1998; SPERANDIO, 2001).

Cada vez mais era claro a incapacidade do modelo médico de impactar o estado de saúde, pois não atuava em determinantes de saúde (MENDES, 1999). Era necessário a participação não só do governo, mas, das organizações não governamentais, empresas e da população para a construção de políticas públicas sociais que permitissem o desenvolvimento da promoção da saúde.

Na IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em

1997, depois de acumulado diferentes conceitos referiu-se ao tema como “...um investimento valioso, é um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde e para melhorá-la; a promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes de saúde, para assegurar direitos humanos e para a formação de capital social. A sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde... A saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico” (MS, 1997). Na quinta e última Conferência de Promoção da Saúde, no México, em 2000, reiterou-se em grande parte os compromissos assumidos nas conferências anteriores,

A Organização Panamericana de Saúde define a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma participação no controle deste processo.” (WHO, 1986; MS, 2002; OPAS, 2002), permitindo contudo uma ampliação das estratégias que possam transformar o ambiente.

## Considerações finais

Se analisarmos os conceitos que foram surgindo ao longo dos anos sobre saúde, podemos verificar que houve uma mudança profunda. Partiu-se de uma visão religiosa, na qual a doença era um castigo dos deuses, minorado apenas pela piedade dos homens, para uma visão na qual a doença é um processo natural e o próprio homem busca e encontra os meios para interferir no processo. Pode-se debelar e prevenir a doença, e, mais ainda, pode-se manter e promover a saúde. E a Promoção de saúde “é entendida como estratégia de desenvolvimento de ações políticas, econômicas, sociais e ambientais que visam, em última análise, à transformação social na direção de uma melhor condição e qualidade de vida de todos os cidadãos. Nestes termos, ela é vista como um instrumento de resgate da cidadania -transformação do indivíduo em sujeito de ação e de direito” (SPERANDIO, 2001).

Mas, aqui, não se trata de definições, estas são importantes para nortear de alguma forma o processo, mas, refere-se ao entendimento do assunto e de situar qual o nosso papel diante de algo que está em movimento. Se voltarmos para a proposta do SUS, (na verdade, o conteúdo não foi desviado, apenas reforçado e complementado), pode-se perceber que existe um espaço de ação enorme para que se trabalhe na perspectiva da construção do novo, do ideal coletivo, não no sentido de acesso aos serviços de saúde apenas,

mas, a construção de espaços saudáveis que permitam o resgate da qualidade de vida em que o cidadão possa ser sujeito de ação.

Isto está garantido na Constituição Brasileira, contudo não devemos achar que é apenas uma função do Estado de prover saúde no sentido mais amplo, mas, também é um dever de todo cidadão de participar do processo enquanto atores sociais envolvidos de alguma forma nesta história. Participar, no sentido maior, de tomar para si e entrar no processo com seus conhecimentos, sentimentos e dúvidas, agindo na direção positiva para dar forma ao movimento.

Os atores sociais devem ser os protagonistas, o que significa que o papel principal é deles. Junto com outros setores, deve-se abrir espaço para que o que existe continue a ser implantado e desenvolvido permitindo que novas necessidades de saúde apareçam e tornem-se objetivos a serem atingidos. O processo não tem fim, pois frequentemente estamos ampliando os nossos quereres, que são apontados de acordo com as necessidades. Sabe-se, que para várias comunidades, no primeiro momento, deve-se alcançar as necessidades básicas junto com e para elas e que, neste sentido, está se alcançando resultados de forma lenta.

Feito este breve relato de como estão sendo organizados os caminhos das políticas públicas de saúde, mostrando de uma forma simplória que evoluímos em termos de propostas e ação, resta aqui, fazer um convite ao leitor, para que não fique achando que não tem nada a ver com o processo e que a solução está em outra esfera, acima dele, isto não é possível, porque a construção de uma vida melhor depende da atuação dos atores sociais.

## **Referências bibliográficas**

BRASIL. Constituição da República do Brasil. Rio de Janeiro: Degrau Cultural; 1988. Artº 196, Artº 30 (al. VII).

CERQUEIRA MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Arroyo HV, Cerqueira MT, editores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan, Puerto Rico; Ed. Univ. de Puerto Rico/OPAS; 1997. p. 7-48.

MENDES EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1999.  
Ministério da Saúde. ABC do SUS. Doutrinas e princípios. Brasília, DF; 1990 (Secretaria Nacional de Assistência à Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Incentivo à participação popular e controle social no SUS. Brasília, DF; 1998 (Setor de Informação, Educação e Comunicação).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A declaração de Jacarta sobre a promoção da saúde no século XXI. Brasília, DF; 1997 (Setor de Informação, Educação e Comunicação).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. (documento para discussão). Brasília: Ed. MS 2002.

NUTBEAM D, Harris E. Theory in a Nutshell: a practitioner's guide to commonly used theories and models in health promotion. Sydney: Department of Public health and Community Medicine-University of Sydney; 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Municipios y comunidades saludables. Guia de los Alcades para promover calidad de vida. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington DC, OMS, 2002.

SPERANDIO A.M.G. Construção de um projeto de saúde ocular para crianças – Análise da participação, Morungaba, SP-2000. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública – USP- 2001].

SPERANDIO A.M.G. O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas, SP. IPES Editorial, 2003 - Vol I

ZANCAN L *et al.* Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência de Manguinhos. Abrasco/Fiocruz 2002; 5: 20-35.

HENRIQUE SEIJI IVAMOTO, Editor(\*) Santa Casa da Misericórdia de Santos: sinopse histórica Acta Medica Misericordiæ Centro de Estudos, Santa Casa da Misericórdia de Santos. Acta Medica Misericordiae 1 (1):7-10, Out 1998

RUSSEL-WOOD, A.J.R., Fidalgos and Philanthropists. The Santa Casa da Misericórdia of Bahia, 1550-1750, Berkeley: University of California Press, 1969 (trad. port. Fidalgos e Filantropistas. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1750, Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1981).

CPDOC. Fundação Getúlio Vargas. Disponível em:  
[http://www.cpdoc.fgv.br/nav\\_historia/htm/anos30-37/ev\\_politica\\_social.htm](http://www.cpdoc.fgv.br/nav_historia/htm/anos30-37/ev_politica_social.htm). Acesso em 18 de maio de 2004.

Eduardo, Ítalo Romano - Origem e evolução legislativa da Previdência Social no Brasil. Disponível em:  
[http://www.vemconcursos.com.br/arquivos/aulas/Italo\\_Romano\\_Aula13.pdf](http://www.vemconcursos.com.br/arquivos/aulas/Italo_Romano_Aula13.pdf). Acesso em 18 de maio de 2004.

## Capítulo V

### Proposta de política pública para a Região do São Marcos

*Humberto de Araújo Rangel*  
*Presidente do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade, IPES*

*Carlos Roberto Silveira Correa*  
*Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da*  
*Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp*

*Ana Maria Girotti Sperandio*  
*Coordenadora no Brasil da Iniciativa Regional da Construção da Rede de*  
*Municípios Potencialmente Saudáveis - OPAS*  
*Pós-doutoranda do Departamento de Medicina Preventiva, Unicamp*

Habitualmente, a implantação do Programa Comunidade Saudável em uma Região requer que as diretrizes políticas sejam continuadas por um período superior ao dos mandatos governamentais. E experiências como a da Região do S. Marcos mostram que a ação do poder público – cuja decisão política é considerada essencial – pode ser descontinuada em consequência da mudança de governantes com a consequente mudança de orientação partidária e de visão política dos ocupantes do poder.

A curta experiência da população do S. Marcos com o Programa Comunidade Saudável estimulou a criatividade e a participação política dos moradores, culminando na implantação do Espaço Esperança e a criação da Vila Esperança - um novo bairro para abrigar os moradores de zonas de risco de enchentes ao longo do riacho da Lagoa e do Ribeirão Quilombo. Contudo, a descontinuidade do programa, com suspensão de vários projetos, e o arrefecimento dos já parcialmente implantados induzem os moradores a receber novas propostas com desconfiança e descrédito.

Cumprimento portanto levantar uma pergunta antes de se esboçar uma nova proposta: como realizar esforços, de forma continuada, a despeito das mudanças político partidárias?

O Programa Comunidade Saudável deriva de uma série de conhecimentos científicos, acumulados ao longo de décadas de observação e análises largamente discutidas em congressos internacionais e apresentadas em declarações e cartas ratificadas pelos governantes de numerosos países. (V. Capítulo anterior). Portanto, não é apanágio de partidos políticos, de governantes ou de qualquer grupo de pessoas. É um patrimônio de toda a Humanidade, da mesma maneira que outros conceitos científicos como a vacinação, o uso da anestesia, dos antibióticos, *etc.*

Cabe, portanto, a pergunta: “Não seria a Universidade, a entidade capacitada para implantar o Programa Comunidade Saudável em uma determinada região, uma vez que ela é apartidária e autônoma para desenvolver e dar continuidade aos seus projetos e tem como missão:

1. Ampliar os limites do conhecimento;
2. Formar pesquisadores e especialistas capazes de utilizar adequadamente esses conhecimentos e
3. Prestar serviços à comunidade através da área de Extensão?”.

Essa pergunta é particularmente pertinente tendo em vista que, a partir de 1987, as Universidades vêm acentuando o papel da área de Extensão na solução dos problemas sociais do país e a necessidade de adequação dos currículos de graduação aos desafios representados por esses problemas.

A resposta a essa pergunta não é simples e pode ser respondida com um sim e um não que não são excludentes entre si.

- Sim. A Universidade deve manter o Programa Comunidade Saudável como uma nova área interdisciplinar de Ensino, Pesquisa e Extensão, porque está no âmbito de sua competência e de sua missão. Ela tem especialistas em diferentes áreas do saber, capazes de realizar pesquisas e propor soluções lógicas e aparentemente exequíveis, tem estudantes capazes de dar continuidade à tarefa dos mestres. Contudo não será uma tarefa fácil que depende apenas de um ato administrativo para criar



um novo Centro de Pesquisa. Trata-se, na realidade, de elaborar e construir um novo paradigma de atuação que depende do descortino dos dirigentes universitários e de uma ação continuada de um grupo de professores que se disponha a atuar de um modo transdisciplinar e integrado em pesquisas que resultem em ações intersetoriais e na formação dos alunos.

- Não. A Universidade não tem recursos nem capacidade técnico-administrativa para tentar usurpar a missão específica da administração pública: a de implantar e manter políticas públicas. E, se o fizesse, seria necessariamente em detrimento da missão específica da Universidade.

Pode-se igualmente responder não a possibilidade de uma Organização da Sociedade Civil (OSC) como o Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES) assumir essa tarefa, a despeito dessas organizações representarem as aspirações da comunidade e poderem realizar esforços continuados em uma mesma direção por longos períodos de tempo. Faltam a elas os recursos humanos e materiais necessários à amplitude do desafio proposto.

Dessa breve análise resulta evidente que, a Universidade, a Administração Pública e as OSC, isoladamente, têm dificuldades para implantar o Programa Comunidade Saudável. No entanto, cada uma delas possui um grande cabedal de recursos humanos e materiais para desempenhar tarefas na sua área de competência e essas competências são complementares entre si. Desse modo espera-se que uma interação que se traduza em uma associação harmônica dessas competências venha a resultar em um modelo útil para implantação do Programa. Essa proposta de modelo está sendo atualmente testada com o apoio do Programa de Política Pública da FAPESP.

## **A proposta de interação IPES, UNICAMP e PREFEITURA**

Nesta proposta que já se encontra em andamento, visa-se, através de convênios e parcerias, reunir as competências complementares dessas instituições para implantar o Programa Comunidade Saudável na Região do S. Marcos. A proposta é aberta à participação de outras instituições que compartilhem do objetivo abaixo indicado.

O objetivo maior dessa proposta, assim como o do Programa Comunidade Saudável, é o empoderamento pelos membros da comunidade dos conhecimentos e metodologias disponíveis para que a própria comunidade possa identificar os problemas que restringem a obtenção de melhorias na qualidade de vida e, em colaboração com as instituições civis, venha a encontrar soluções para esses problemas. A comunidade é ao mesmo tempo, o foco das ações e o principal agente dos projetos que compõem o programa Comunidade Saudável e, portanto deve participar necessariamente da sua elaboração, desenvolvimento e avaliação. Espera-se que, deste modo ela assimile os conceitos e técnicas e se capacite para exercer a auto-gestão e reafirmar os seus direitos de cidadania.

### **Estratégias de ação:**

A proposta utiliza algumas estratégias que merecem consideração.

1. Os esforços para implantação do Programa Comunidade Saudável em uma determinada Região Geográfica se iniciam através de um projeto de pesquisa-ação multidisciplinar elaborado por uma OSC estreitamente ligada a uma Universidade, criando condições para que o interesse pelo Programa se enraíze entre alunos e docentes e permaneça por um longo período.
2. O projeto, após *peer review* de uma Agência de Pesquisa, recebe a aprovação como chancela da sua credibilidade científica e metodológica, tornando-o compatível com a missão específica de ensino e pesquisa da Universidade.

3. A valorização da Extensão Universitária como um instrumento importante na elaboração de uma política pública apartidária, baseada em experiências controladas e coerentes com a missão da Universidade.

Utilizando essas estratégias, busca-se estabelecer uma interação com a comunidade, orientados pelas considerações abaixo.

O cabedal de conhecimentos e de experiências que a comunidade acumulou na sua luta pela sobrevivência precisa ser incorporado aos projetos. Um exemplo desses conhecimentos é o que as lideranças locais utilizam no processo de comunicação, extremamente eficaz, com os membros da comunidade, o que os torna particularmente imprescindíveis no processo de mobilização social. Essas lideranças devem ser identificadas e estimuladas a participar de um processo de reflexão e de ação solidária com outros segmentos da sociedade, de modo que eles possam atuar como **agentes sociais comunitários** no processo de mobilização e transformação social. Reconhecemos que esses agentes têm capacidade de assimilar conceitos complexos, desde que apresentados de forma adequada e, portanto, podem ampliar e aprofundar sua capacidade de atuação transformadora no convívio interativo com profissionais dos equipamentos sociais e universitários.

A comunidade não se restringe aos moradores de uma determinada região. Nela devem ser incluídos os que aí trabalham e interagem. **Profissionais dos equipamentos sociais** (governamentais das áreas da saúde, educação, assistência social etc e OSCs) e do setor produtivo estabelecem com os moradores uma interação que influencia o perfil do comportamento atual e seus destinos históricos.

**Docentes e alunos da Universidade** estão afetiva e intelectualmente ligados a essa comunidade pelos laços históricos, culturais e humanos, porque integrantes da comunidade maior – a nação – que subsidia e mantém a Universidade como um serviço público. Eles podem contribuir com um importante instrumento de transformação social: a metodologia de investigação.

O estabelecimento de convênios e parcerias entre Universidade, OSC e a Administração Pública permite reunir Agentes Sociais Comunitários, Profissionais dos Equipamentos Sociais,

docentes e alunos da Universidade para constituir **Núcleos de Trabalho e Pesquisa (NTP)**. Esses NTPs são organizados como equipes de pesquisa, visando a identificar e tentar remover os obstáculos que dificultam a introdução de melhorias na qualidade de vida da comunidade. Para tanto, eles devem observar um fenômeno, emitir uma hipótese para explicá-lo e testar essa hipótese. Nessa atividade, deverão utilizar metodologias e produzir resultados que serão apropriados pela comunidade. Trata-se, portanto, de realizar uma **pesquisa-ação**. Espera-se que dessa atividade interativa resultem benefícios não só para os moradores da Região mas também para todos os participantes. Caso essa interação seja bem sucedida, a Administração Pública terá um modelo de atuação de política pública aplicável em outras áreas e a Universidade terá incorporado um novo campo de interesse para um ensino e uma pesquisa comprometidos com os problemas sociais do país.

## **Viabilidade da proposta**

A proposta está sendo viabilizada através de um **projeto de política pública** aprovado pela FAPESP e de convênios já estabelecidos entre IPES, UNICAMP, Prefeitura de Campinas e Serviço de Saúde Cândido Ferreira. Convênios com outras instituições estão sendo previstos.

O projeto que prevê a formação de NTPs para desenvolvimento de pesquisas-ações na área da saúde, educação e promoção social será desenvolvido em 3 fases. Uma primeira fase para definição de parcerias (6 meses): uma segunda fase (2 anos) para o desenvolvimento do modelo de interação e a terceira (duração indeterminada) para incorporação dos resultados pelo Poder Público.

Durante a primeira fase deste projeto, coordenada pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos, buscou-se selecionar lideranças e capacitá-las para participação em um desses NTPs. Um Curso de Extensão foi ministrado para que essas lideranças pudessem atuar como **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**, criando condições para implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Tendo assumido a posição de Secretário Municipal de Saúde pouco depois de ter iniciado o projeto, o coordenador do projeto teve condições de implantar o PSF em toda Campinas. A interação entre os parceiros foi então

ampliada durante a segunda fase do projeto (coordenada pelo Prof. Dr. Carlos Correa), para, em colaboração com o Centro de Educação dos Trabalhadores em Saúde (CETS), ministrar o II curso de Extensão para Agentes Comunitários de Saúde para os 600 agentes contratados para o PSF e Curso de Especialização para as equipes de Referência encarregadas da capacitação dos ACS. Um primeiro NTP que incluiu os moradores inscritos I Curso de Extensão instituiu um **Banco de Dados** com o cadastro das 1.530 famílias de um dos bairros da Região (Sta. Mônica) e o disponibilizou para o Centro de Saúde e os Pesquisadores da FCM, UNICAMP.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*I Curso de Extensão para Agentes Comunitários*

Os exemplos acima citados mostram que as interações, além de viáveis, estão sendo benéficas para os parceiros. Minimamente: a comunidade recebeu o PSF, a Administração Pública recebeu a colaboração da UNICAMP na formação dos ACS e um banco de dados sobre as famílias da Região e o IPES o reconhecimento dos parceiros. Além disso, as considerações que abaixo tecemos, sugerem que essa interação pode vir a ter vários reflexos positivos na atuação dessas instituições.

As atividades desses NTPs são compatíveis com as atividades de pós-graduação porquanto envolvem pesquisas desenvolvidas com o necessário rigor metodológico e cujos resultados podem e devem ser publicados sob a forma de teses e de artigos em revistas especializadas. Contudo, o aluno, ao participar do NTP para desenvolver a sua atividade de pesquisa, deve estar ciente de que a sua atividade faz parte do projeto global e deverá gerar resultados e metodologias que devem ser apropriados pela comunidade.

Um exemplo prático dessa compatibilidade pode ser verificada na atuação de um grupo de alunos de pós-graduação que atuam nesses NTPs. Coletivamente eles participaram da instalação de uma rede telemática nos Centros de Saúde e no Espaço Esperança, da Região dos Amarais, e capacitaram os Agentes Sociais Comunitários no uso do TelEduc para que pudessem utilizar um programa de Educação a Distância (EAD) que está sendo implementado. Cada um deles, ademais, desenvolveu pesquisas sobre diferentes aspectos do fenômeno da aprendizagem e do uso da tecnologia digital. Os resultados dessas pesquisas já estão sendo apresentados em Congressos, sendo publicados em revistas com rígida política editorial (peer review) e se transformando em teses de mestrado ou de doutorado.

A análise desse exemplo merece aprofundamento porque transparecem algumas características do trabalho dos NTPs que parecem fundamentais para o sucesso da proposta que, obviamente, não se limita a reunir pessoas de diferentes instituições e origens, mas pretende contribuir para a construção de um novo paradigma de relacionamento entre comunidade, equipamentos sociais e Universidade. No exemplo acima os alunos estão participando do **projeto global de política pública** para a Região dos Amarais e atuando no âmbito de uma das linhas de atuação propostas nesse projeto: o da Educação Continuada que prevê a instalação de **núcleos de EAD** nos equipamentos sociais para estimular a formação de uma **comunidade aprendente**. Esses alunos estão interagindo com os Agentes Comunitários de Saúde e outros moradores da Região, utilizando como base as instalações da Universidade, dos Centros de Saúde, Escolas e demais equipamentos sociais da Região. Este fato pressupõe um planejamento prévio, com uma visão transdisciplinar, integradora, que aproxima Universidade e equipamentos sociais na elaboração de sub-projetos e definição de atividades intersetoriais.

A elaboração e o desenvolvimento das atividades do projeto global para a Região pressupõem a existência de um **grupo multidisciplinar de coordenação** cujos membros devem estar dispostos a estabelecer uma **colaboração solidária** com os demais membros do grupo e com os integrantes dos NTPs. Insistimos no o fato de que este projeto global não se destina apenas a reunir pessoas de diferentes instituições e origens, mas, pretende contribuir para o **processo de construção** de novos modelos de relacionamento entre comunidade, equipamentos sociais e Universidade. Por conseguinte é de fundamental importância que os membros desse grupo estejam não só conscientes da necessidade desse processo de construção, mas também exerçam diuturnamente esforços nessa direção.

Não existem regras pré-estabelecidas para implementar esse processo de construção de novos modelos. Teremos que descobri-las ou inventá-las, através de tentativas e erros, durante o desenvolvimento do Projeto. Na nossa experiência pessoal, a realização de oficinas facilita o estabelecimento de uma rede de comunicação entre os membros, considerada como fundamental para o processo de construção coletiva. Contudo consideramos que a predisposição em trabalhar cooperativamente é seguramente o fator mais importante nesse processo de construção.

No âmbito da Universidade essa predisposição existe e o processo está sendo iniciado como citado nos exemplos abaixo, onde se estabeleceu uma colaboração solidária, sem estruturas burocráticas para regê-la:

1. O Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa e Ação – LIPA - destinado a dar apoio didático para os projetos no âmbito do Programa Comunidade Saudável foi implantado através de um acordo informal que permitiu reunir recursos provenientes de projetos de pesquisa coordenados por professores pertencentes a 3 diferentes unidades da UNICAMP em um único laboratório. Não houve preocupação em elaborar estatutos, definir

hierarquias e determinar estruturas de funcionamento. Houve apenas o desejo de contribuir para o Programa, baseando-se na confiança mútua.

2. A Elaboração dos “Jogos do Saber: Dengue” contou com a participação de vários docentes, profissionais da administração pública e agentes comunitários. Uma vez testado foi colocado a disposição da FUNASA, que o distribuiu para todo o país e foi disponibilizado na internet para uso gratuito pelos interessados.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Professora Maria Erlinda Cassab e Adriane Pianowsky em reunião do Jogo do Saber – Dengue*



Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Reunião do Jogo do Saber: Dengue*

3. Docentes e funcionários da Extecamp têm colaborado espontaneamente com os colegas do LIPA na organização de eventos e desenvolvimento de portais para divulgação do IPES e do Programa Comunidade Saudável.

4. Docentes e funcionários do CEMIB, NIED e LIPA têm participado de bom grado na implantação de um sistema de EAD, uma das atividades previstas no projeto

Cada participante atua ao mesmo tempo como professor e como aluno. Felizmente professor não só ensina, mas aprende também no exercício diário do ensinar e esse aprendizado pode vir a ser socializado nas relações com os demais, para a construção de um paradigma baseado na colaboração solidária como acima exemplificado.

## **Dificuldades a vencer**

Um modelo de implantação do Programa Comunidade Saudável baseado na decisão política do Poder Público tem como principal vantagem a alocação rápida de recursos humanos e materiais para a execução de projetos. Na presente proposta, busca-se obter essa decisão política, absolutamente imprescindível, através do desenvolvimento, em parceria, de projetos de atividades que demonstrem a exequibilidade e a importância de determinadas políticas públicas. É fundamental, portanto, que seja priorizada a execução de projetos altamente relevantes e que seus resultados sejam amplamente divulgados para que a participação da comunidade e do poder público se amplie.

## **Primeiros Resultados**

Um sumário das atividades do convênio estabelecido entre o IPES e UNICAMP (Quadro I) mostra que já foram realizados cursos de Extensão para formação de agentes comunitários e que esses cursos foram incluídos na política pública da SMS através de um convênio de parceria.

Na área de educação, estão sendo criadas condições para o estabelecimento de centros de Educação a Distância para Programas de Educação Continuada que serão disponibilizados através de servidores situados no CEMIB e no NIED.

Nos encontros Comunidade Saudável, realizados na Unicamp, houve uma forte participação de moradores da região dos Amarais e de agentes comunitários do PSF de Campinas e de outras prefeituras próximas para troca de informações. No último desses encontros (III) foram realizadas oficinas que culminaram na formação de 3 NTPs para as áreas de promoção da saúde, educação continuada e economia solidária e os moradores propuseram e assumiram o compromisso de realizar do IV Encontro na Região dos Amarais, em vez de fazê-lo na UNICAMP. Isto sugere o início de um empoderamento bem mais cedo do que imaginávamos.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Professores Humberto Rangel, do IPES, e Miguel Malo, da OMS, em reunião com membros do Programa Comunidade Saudável.*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Prof. Eduardo Mestre Rodrigues, da Universidade de Havana, Dr. Miguel Malo (OMS) e professor Carlos Correa*

**Quadro I****Sumário do Relatório de Atividades do Convênio IPES/UNICAMP**

1. Realização do I Encontro Comunidade Saudável, em 26-27 de outubro de 2000
2. Participação no I Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, em 25-30 janeiro de 2001
3. Elaboração e desenvolvimento de um Projeto de Pesquisa-ação com o apoio do Programa de Políticas Públicas da FAPESP (Proc. 00/02027-3).
4. Realização do I Curso de Extensão para Formação de Agentes Comunitários de Saúde.
5. Organizadas pela COCEN, foram apresentadas uma série de palestras subordinadas ao tema Ciência e Sociedade.
6. Realização, com a colaboração da PREAC e da COCEN, do II Encontro Comunidade Saudável e do II Simpósio Ciência e Sociedade: Economia Solidária, em 23-25 de outubro de 2001.
7. Participação no II Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, com apresentação de uma oficina. A participação da comunidade da Região dos Amarais nesse Fórum foi apresentada em uma exposição fotográfica de Lúcia Rodrigues, uma agente social comunitária.
8. Implantação de um Banco de Dados sobre as famílias da Região.
9. Implantação do Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa-Ação-LIPA.
10. Produção, por Agentes Comunitários com o apoio do LIPA do vídeo sobre a Região do S. Marcos, intitulado: Campinas, zona Norte, ano 2001.
11. Desenvolvimento de um projeto de Jogo do Saber sobre Dengue.

12. Elaboração de um projeto apresentado ao FUST para implantação de Núcleos de EAD na Região do S. Marcos.
13. Assinatura de um termo de parceria com a Secretaria Municipal de Assistência Social para implantação de um Núcleo de EAD no Espaço Esperança.
14. Convênio entre Prefeitura Municipal de Campinas, a Universidade Estadual de Campinas, o Instituto de Pesquisas Especiais e o Serviço de Saúde Candido Ferreira para “a formação e a capacitação profissional continuada das equipes do Projeto Paidéia de Saúde da Família”.
15. Curso de Extensão para educação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde.
16. Curso de Especialização para capacitadores de Agentes Comunitários de Saúde.
17. III Fórum Social Mundial com apresentação de uma Oficina sobre Comunidade Saudável.
18. III Encontro Comunidade Saudável.
19. Implantação de uma rede de 5 microcomputadores no Centro de Saúde Sta. Mônica interligados à internet.
20. Implantação de uma rede de 5 computadores no Centro de Saúde S. Marcos, interligados a Internet.
21. Implantação de um conjunto de 4 computadores no Núcleo Antonio Costa Santos, para trabalho com crianças e adolescentes.
22. Curso de EpiInfo. Ministrado para um grupo de 10 agentes comunitários.
23. Curso sobre TelEduc. Ministrado para um grupo de 10 agentes comunitários.

24. Ambiente TelEduc Comunidade Saudável. Aberto no NIED para um grupo de agentes comunitários e alunos de pós-graduação para testes de educação a distância.
25. Implantação de um servidor no CEMIB. Para atender a necessidade de criação de cursos à distância e banco de dados.

## Perspectivas futuras

O III Encontro acentuou a importância das linhas de ação balizadas pelos conceitos **de Promoção da Saúde, Comunidade Aprendente e Economia Solidária** que serão discutidos nos próximos capítulos.

Projetos dentro dessas linhas de atuação já foram elaborados e encaminhados para Agências de Pesquisa.

Dado o interesse que a Programa **Comunidade Saudável** vem despertando em outros Municípios de S. Paulo, foram iniciadas gestões para se estabelecer um convênio envolvendo a OPAS-OMS, UNICAMP, IPES, Serviço de Saúde Candido Ferreira e os Municípios de Campinas e de Pedreira.

Pretende-se também, criar uma **Rede de Municípios/ Comunidades Saudáveis** em colaboração com a OPAS-OMS de modo a permitir a troca de experiências com outros Estados brasileiros e com outros países da América Latina.





# Capítulo VI

## O III Encontro Comunidade Saudável e os desafios do futuro no São Marcos

*José Pedro Soares Martins*

O Centro de Convenções da Unicamp transformou-se, entre 5 e 8 de maio de 2003, em uma usina de idéias e propostas de como fazer uma comunidade saudável. No III Encontro Comunidade Saudável, promovido pelo IPES e Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp, estiveram em discussão as principais áreas em que Universidade, setor público e sociedade organizada estão cooperando, para a construção de uma comunidade e um município saudável nos termos dos conceitos defendidos pela Organização Panamericana e Mundial de Saúde (OPAS/OMS).

Pesquisadores universitários, técnicos e dirigentes do setor público, das Prefeituras de Campinas e Pedreira, mas principalmente agentes comunitários de saúde, lideranças sociais, artistas e educadores populares, estiveram envolvidos em mesas-redondas e oficinas, para debater os três principais temas do Encontro: Saúde da Família, Educação Continuada e Economia Solidária.

A presença da Economia Solidária entre os principais temas representou a grande novidade do III Encontro Comunidade Saudável em relação às primeiras edições. Trata-se de um evidente reconhecimento de que uma comunidade saudável apenas pode ser efetivamente construída com a existência de condições de renda e emprego para todos os seus integrantes. A inclusão da dimensão da Economia Solidária representa, entretanto, apenas uma consequência natural da ampla visão de saúde defendida pela OPAS/OMS no marco do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis. Saúde como espelho do desenvolvimento integral do ser humano e como resultado de condições ambientais, sanitárias, sociais, educacionais, culturais e de moradia dignas para a população.

Outra característica central do III Encontro foi o da perspectiva da intersetorialidade, ou seja, os expositores e participantes refletiram

sobre como é possível consolidar uma ação intersetorial, entre as áreas da saúde, educação, cultura, economia solidária e outras, na linha da edificação da comunidade saudável. Em resumo, o III Encontro foi um momento precioso de reflexão sobre os rumos do projeto comunidade saudável na região São Marcos, a partir da análise do que tem feito cada setor diretamente envolvido: Universidade, IPES, Secretaria Municipal de Saúde, entidades sociais e comunidade organizada. Participaram ainda do Encontro técnicos e agentes comunitários de saúde de Pedreira, onde os conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS também estão sendo implementados.

O III Encontro também representou um sinalizador de rumos, um indicador de tendências para o futuro. Uma das principais decisões do evento, a realização do IV Encontro na própria região São Marcos, e não mais no ambiente universitário, foi um claro sinal emitido, o de que a Universidade está realmente disposta a buscar um diálogo cada vez mais profundo e resolutivo com a comunidade, seguindo o conceito de pesquisa-ação que fundamenta a atuação do IPES e da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp.

## **Compromisso e emoção na abertura**

A abertura do III Encontro, na noite de 5 de maio, foi marcada pela reafirmação dos compromissos dos parceiros com os conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis da OPAS/OMS. Participaram da cerimônia representantes das Prefeituras de Campinas e Pedreira, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp, IPES, Serviço de Saúde “Cândido Ferreira” e SOS Ação Mulher.

O presidente do IPES e do III Encontro, prof.Humberto Rangel, ressaltou o papel da Conferência de Ottawa, de 1986, como um marco no processo de consolidação de um novo conceito de saúde, o do equilíbrio bio-psíquico-social (ver depoimentos ao longo deste capítulo). O pró-reitor de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp, Rubens Maciel Filho, destacou por sua vez a importância do projeto Comunidade Saudável na redefinição da extensão universitária.

## A MUDANÇA DE PARADIGMAS NA SAÚDE

### (Palavras do professor Humberto Rangel, na abertura do III Encontro Comunidade Saudável)

“Há momentos na vida de cada um de nós em que tomamos consciência da necessidade de mudar de rumos. Os velhos conceitos, os velhos hábitos, já não mais condizem com a realidade e precisamos então rever conceitos e introduzir novas práticas. Há também, na vida dos povos, períodos de crise, de mudança de paradigmas, em que a nação resolve mudar os rumos do próprio destino.

Não há como negar que o Brasil, a partir de 1988, esteja realizando um enorme esforço visando a mudar conceitos e práticas para adequar a política pública de saúde às necessidades deste país de dimensões continentais. O artigo 196 da nossa Constituição, explicitando que:

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*

Essa consideração define os conceitos de uma política pública de saúde voltada para todos os homens, o homem comum, sem privilégios para os que podem pagar. A implantação subsequente do Sistema Único de Saúde – SUS – um avançado sistema público de atendimento, a criação da categoria dos Agentes Comunitários de Saúde e sua incorporação ao Programa Saúde da Família, instituído poucos anos depois, são exemplos inequívocos de rumo de uma política pública de saúde coerente com os dizeres da Constituição.

Essas mudanças levaram a melhorias significativas dos índices de saúde do país. Porém, melhor ainda, elas desencadearam um processo de mudança de conceitos, alinhado com os avanços internacionais no setor de políticas públicas de saúde. Depois da Conferência Internacional de Ottawa, em 1986, reconhece-se que a saúde não é

apenas a ausência de doença. É um estado de equilíbrio bio-psíquico-social que para ser atingido necessita de políticas intersetoriais coerentes com a declaração dos direitos dos homens:

*“As condições e requisitos para a saúde são: a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade”.*

Não basta, portanto, curar e prevenir doenças para se atingir a saúde. É preciso promover a saúde, mobilizando as instituições públicas e privadas, toda a comunidade num esforço conjunto de estabelecer relações harmoniosas, cooperativas e solidárias para constituir uma Comunidade Saudável.”

## **APRIMORAMENTO DA EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA**

**(Rubens Maciel Filho, Pró-reitor de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp)**

“O projeto comunidade saudável representa um grande aprimoramento da atividade de extensão, que deve ser uma das características da Universidade. Trata-se de transferir metodologias, conhecimentos, de um modo prático para o desenvolvimento das comunidades, principalmente as comunidades carentes. É muito importante, também, que essa ligação entre a academia e a comunidade esteja ocorrendo com o objetivo de desenvolver um conceito mais amplo de saúde e de qualidade de vida”.

Os demais expositores na sessão de abertura do III Encontro acentuaram os desafios para a intersetorialidade e para o aprimoramento da rede formada por setor público-Universidade-organizações sociais-comunidade organizada. O coordenador do Serviço de Saúde “Cândido Ferreira”, Willians Valentim Júnior, reiterou a necessidade de investimento no capital social para a concretização da comunidade saudável.

A secretária municipal de Saúde de Campinas, Maria do Carmo Carpintero, resgatou o histórico de compromisso dos serviços

municipais de Saúde com o processo da comunidade saudável. O representante da OPAS/OMS, Javier Spínola, expressou a opinião de que o projeto em curso em Campinas pode vir a servir de referência para outros Municípios, pelo que ele representa em termos de participação comunitária e de procura da ação intersetorial.

## **RECUPERAR E FORTALECER O CAPITAL HUMANO**

**(Willians Valentim Júnior, Superintendente do Serviço de Saúde “Cândido Ferreira”)**

“O desafio de construir uma comunidade saudável, que vem sendo desenvolvido em Campinas com o Programa Paidea, o Programa de Saúde na Família e iniciativas como mudanças de conceitos em hospitais psiquiátricos, está ligado à modificação do olhar das pessoas para o potencial que elas carregam dentro de si. Construir uma comunidade saudável é então desenvolver o capital social, o capital humano, e Campinas é uma cidade muito rica em capital humano. Por isso acredito muito na construção de uma comunidade saudável nessa cidade”.

## **UM OLHAR ATENTO PARA OS RISCOS À SAÚDE**

**(Maria do Carmo Carpintero, Secretária Municipal de Saúde de Campinas)**

“O agente comunitário de saúde representou um enorme salto de qualidade para o sistema de saúde. Como um membro da própria comunidade, o agente levou o olhar externo para a equipe de saúde. Com o agente, o sistema passou a ter, então, um olhar mais atento para os riscos à saúde da população, que não se restringem aos fatores diretamente responsáveis por doenças. Existem os riscos sociais, ambientais. Essa é uma enorme mudança de paradigma, pois significa a crítica à visão meramente biológica da saúde. O desafio é construir uma rede mais articulada, intersetorial, para responder à complexidade de uma realidade em área metropolitana como a de Campinas”.

## **PROJETO PODE SER REFERÊNCIA**

**(Javier Spínola, representante da OPAS/OMS)**

“O projeto de comunidade saudável que vem sendo desenvolvido em Campinas é muito importante porque está consolidando o enfoque interinstitucional da qualidade de vida e da saúde. Nesse sentido o projeto pode vir a ser uma referência para outras comunidades, no sentido de formação de redes para a promoção da saúde de acordo com os conceitos da OPAS e OMS”.

O tom de emoção na abertura do III Encontro Comunidade Saudável ficou por conta das manifestações culturais. Apresentaram-se a Orquestra Comunitária da Unicamp, um projeto musical de extensão da Universidade, e o grupo Savuru, integrado por moradores da região São Marcos. O resgate do canto sofrido e esperançoso do povo negro e a expressão da mais legítima tradição cultural erudita – que incluiu a releitura de clássicos da Música Popular Brasileira e do pungente tango de Astor Piazzola – constituíram um rico painel da biodiversidade cultural brasileira e latinoamericana, acenando para uma das dimensões essenciais da construção coletiva de países e de comunidades saudáveis.

## **ECONOMIA SOLIDÁRIA É OXIGÊNIO PARA MUDANÇAS**

**(Rita de Cássia Argarten Marchiore, secretária municipal de Assistência Social de Campinas)**

“A incorporação da perspectiva da economia solidária no projeto de comunidade saudável é um grande avanço. É algo ousado, um oxigênio para o esforço de transformação social. É uma forma da academia estar pensando no concreto, na realidade das pessoas, e hoje um dos grandes desafios para a sociedade brasileira é a geração de renda, é a inclusão de milhões de trabalhadores no processo produtivo”.

## Os avanços da saúde da família

O segundo dia do III Encontro, a 6 de maio, foi marcado pelas discussões a respeito do Programa de Saúde da Família e da nova visão de Promoção da Saúde associada aos conceitos dos Municípios/ Comunidades Saudáveis. Os ganhos obtidos pelos serviços de saúde, e, especialmente, pelo Programa de Saúde da Família, a partir da incorporação e participação cada vez mais ativa dos agentes comunitários de saúde foram ressaltados por vários participantes, membros das mesas-redondas e pelos próprios agentes comunitários.

### SEGUNDA GERAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS

**(Jorge Luis Rodrigues, um dos dois filhos da fotógrafa e agente comunitária Maria Lúcia Rodrigues. cursou até o segundo grau e passou no concurso para agente comunitário de saúde no São Marcos. Já pertence, então, a uma segunda geração de agentes em sua região.)**

“Eu não sabia muito bem o que era ser agente comunitário, mas passei e estou gostando muito. O agente é o elo entre o centro de saúde e a população. É um elo que não tinha. Ele é a pessoa que leva os problemas da comunidade para o centro de saúde. Com isso aparecem problemas que antes não chegavam à área da saúde. É muito importante isso”.

A primeira mesa-redonda, na manhã do dia 6, teve uma discussão especial sobre espaços dedicados ao desenvolvimento integral das crianças e adolescentes. O representante da OPAS/OMS, Javier Spínola, apresentou a proposta de constituição de Espaços Jovens, com o propósito de estimular o protagonismo juvenil e de facilitar o acesso de crianças e adolescentes a informações básicas sobre como alcançar o seu desenvolvimento integral.

Foi unânime a opinião de que faltam espaços físicos para trabalhos com a juventude nos bairros de famílias de baixa renda em áreas metropolitanas como a de Campinas. A existência e a estruturação desses espaços foram consideradas estratégicas para o desafio de

inserção das crianças e adolescentes no processo de conquista da cidadania plena e de formação de comunidades saudáveis.

Nesse sentido foi considerado lamentável o fechamento temporário do Espaço Esperança, o local que reúne vários serviços públicos e que vem se constituindo, desde o final do século 20, em ponto de referência para cidadãos e grupos organizados da região São Marcos. O empenho de todos os parceiros no Comunidade Saudável pela imediata reabertura do Espaço Esperança seria, de fato, uma das deliberações do III Encontro, aprovada na sessão final de 8 de maio.

### **É DIFÍCIL SER JOVEM NA PERIFERIA**

**(Jorge Rodrigues, professor popular na região São Marcos/  
Amarais)**

“É muito difícil ser jovem na periferia. Não há onde ir, o que fazer, o que gastar. Ele não pode sair a toda hora, não pode ir a uma festa. Não há perspectiva, por isso existe a raiva do sistema e por isso, às vezes, o jovem caminha para o vício, a droga e a violência. É preciso fazer com que esse jovem perceba que pode mudar a sociedade onde vive. O primeiro passo é abrir espaços para o jovem. Os espaços que existem, às vezes, são para enquadrar o jovem, são para que ele aceite as coisas do jeito que estão”.



Foto: Antoninho Perri, Ascom/Unicamp



*Parte da mesa de abertura do III Encontro Comunidade Saudável, vendo-se da esquerda para a direita: Dra. Maria do Carmo Carpintero, Secretária Municipal de Saúde; Prof. Dr. Rubens Maciel Filho, Pró-Reitor de Extensão da UNICAMP; Prof. Dr. Humberto A. Rangel, Presidente do IPES; Dr. Javier Spíndola, representante da OPAS-OMS.*

## **AMPLIAR O OLHAR SOBRE O ADOLESCENTE**

**(Iana Lícia de Barros Lopes, assistente social, coordenadora do Espaço Esperança)**

“É preciso ampliar o olhar sobre a criança e o adolescente. O seu desenvolvimento integral necessita algo mais do que a Educação e a Saúde tradicionais. Ele precisa de oportunidades para manifestações culturais, tanto da cultura popular como da erudita. Não é verdade, por exemplo, que o povo não gosta de música clássica. É preciso que ele tenha oportunidades para esse contato. Outra coisa é a necessidade de se pensar historicamente. Às vezes as pessoas querem mudanças muito velozes, quando elas ocorrem realmente com o tempo”.

Em uma das mesas-redondas do dia 6 de maio, a professora Marcia F. Westphal deu informações sobre a Rede Paulista de Municípios Saudáveis, constituída a partir do Projeto de Ampliação do Movimento por Municípios Saudáveis no Estado de São Paulo, desenvolvido pelo Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Municípios/Cidades Saudáveis (CEPEDOC) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

A Rede Paulista já é integrada por cinco municípios paulistas: Bertioxa, Lins, Itaoca, Motuca e Ribeira. A professora Westphal indicou as diretrizes que vêm sendo observadas na constituição da Rede Paulista de Municípios Saudáveis: I – Intersetorialidade, II – Protagonismo juvenil, III – Serviço Amigo do Adolescente, IV – Formação de Redes, V – Atenção especial para questões de Gênero e Vulnerabilidade Social, VI – Trabalho com a Família.

## **NOVO MODELO DE GESTÃO**

**(Márcia F. Westphal, do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Municípios/Cidades Saudáveis da Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo)**

“Para se ter um município ou uma comunidade saudável é essencial um novo modelo de gestão pública, em que todos os setores estejam articulados, que seja participativo e que as decisões sejam tomadas com base nos problemas reais da população. Mas também é fundamental o compromisso político do prefeito com o processo e que a implantação dos conceitos do município e comunidade saudável façam parte de um planejamento e um pensamento estratégico, de longo prazo.”

## EDUCAÇÃO CONTINUADA E COMUNIDADE APRENDENTE

A Educação Continuada foi o tema geral das mesas-redondas do dia 7 de maio. Uma opinião de consenso foi a de que todo o processo de construção de uma comunidade saudável é fundamentalmente um processo pedagógico, que educa os seus participantes para a ação política e para a busca da cidadania.

Para a professora Marisa Nunes Galvão, da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares (ITCP) da Unicamp, os membros de uma cooperativa popular, por exemplo, estão em sua prática “gerando conhecimento, saberes próprios, além do processo de fabricação de um produto em si”. Nessas cooperativas, na opinião da pesquisadora, estão sendo construídos e observados “outros valores de uma nova cultura do trabalho”, o que confirma o caráter pedagógico das iniciativas ligadas à Economia Solidária.

A representante da Secretaria Municipal de Saúde, Vânia, ratificou a idéia de que ações vinculadas ao conceito de comunidade saudável, como a atuação dos agentes comunitários de saúde, representa uma clara manifestação da Educação Continuada. A médica destacou que a formação do agente comunitário em Campinas segue a metodologia pedagógica do **Construtivismo**, muito relacionado com o conceito de Educação Continuada.

Além disso, a médica lembrou que as equipes e unidades de saúde que integram o sistema municipal de Saúde de Campinas têm servido como área de estágio para os alunos e profissionais saídos de escolas de saúde. São três Universidades e 18 escolas de ensino médio que têm alunos participando regularmente de estágios em diversas áreas da rede municipal de Saúde de Campinas.

## ENSINAR A PESCAR

**(Cristina Estevam de Andrade, agente comunitária na região São Marcos. Natural de Natal, no Rio Grande do Norte, está em Campinas desde 1994, trabalhando inicialmente como empregada doméstica. Fez um curso de atendente de enfermagem e outro de desenho, no Espaço Esperança, onde passou a atuar como voluntária. Fez o primeiro curso de agentes comunitários em 2001, e desde então se consolidou como uma das lideranças da comunidade, trabalhando por exemplo com a geração de renda por meio da cultura popular. Criou o Grupo Associativo Estandarte. Tem três filhos)**

“Busquei a criação de meus espaços, fui atrás de cursos, de oficinas, e acho que a Educação é a saída para melhorar de vida. Mas é preciso ensinar a pescar, não adianta apenas dar cesta básica ou leite para os mais carentes. É como ter um filho, nós o ensinamos a andar mas não podemos estar sempre por perto depois. Por isso acho importante termos mais cursos, mais oficinas, mais oportunidades para que as pessoas encontrem meios de produzir renda”.

## O OUTRO PRECISA DE ATENÇÃO

**(Eni Inácio Machado Cardoso, agente comunitária de Saúde na região São Marcos. Natural de Minas Gerais, instalou-se com a família no São Marcos e estudou até o segundo grau em escolas da região. Diz que desde a infância em Minas Gerais gostava de “ajudar as pessoas”. Em 2001 passou no concurso para agente comunitária de Saúde na região.)**

“Ser agente comunitário é estar envolvido com a comunidade, é promover a saúde como um todo. Não adianta apenas dar remédio. Às vezes o outro precisa apenas de atenção, de alguém que o ouça e fale com ele. Não é só cuidar do físico, então. Acho que é possível ter saúde, sim, mas a estrutura que temos não dá condição. É preciso melhores condições para trabalhar com o jovem mas também com o idoso, com a família toda”.

O conceito de Comunidade Aprendente foi desenvolvido, por sua vez, pelo professor José Armando Valente, do Departamento de Multimeios da Unicamp. Para o pesquisador, Comunidade Aprendente seria aquela formada por pessoas que, de modo permanente, contínuo, ensinam o que sabem e aprendem o que desejam. Trata-se, então, de uma comunidade consciente da possibilidade de ensinar e de aprender de forma constante.

Para o professor Valente, as novas tecnologias de comunicação, como a Internet que permite a Educação à Distância, por computador, podem ajudar na formação de sólidas Comunidades Aprendentes. Por isso considera estratégicos os laboratórios de informática que já foram instalados na região São Marcos, como parte do Projeto que tem IPES, Unicamp e Fapesp como parceiros, entre outros. Ele lembrou que a Unicamp desenvolveu um sistema de educação à distância, batizado de Teleduc, que pode ser aprimorado para uma utilização cada vez mais eficiente para a formação de Comunidades Aprendentes.

O pesquisador alertou, contudo, para o fato de que a constituição de Comunidades Aprendentes exige uma nova postura em relação ao processo educativo. “A Comunidade Aprendente parte do pressuposto de que as pessoas sabem e têm necessidade de aprender, e não mais do pressuposto de que as pessoas não sabem nada e necessitam de um educador que detém o saber, como é o caso da educação tradicional”.

## **GUARDAR NA MEMÓRIA DO POVO**

**(Maria Lúcia da Silva Rodrigues, fotógrafa. Bisneta de índios caraibas, de Pernambuco, saiu pequena de sua terra e morou no Mato Grosso do Sul e no interior de São Paulo, onde sua família sempre lidou com agricultura, até se fixar em Campinas.)**

“A gente quebrava milho para comer, eu me lembro de um grupo de macacos que ficava nos observando nas árvores e acho que riam de nós. Sempre gostei de milho, principalmente milho cozido, e de mandioca, batata doce. Não sou fã de carne. Meus pais e minhas

irmãs viemos morar nos Amarais e no começo não tínhamos moradia. Passamos a viver em um barraco e nós começamos trabalhando como domésticas. A gente dormia no trabalho e voltava para casa só nos finais de semana. Fiz supletivos e de repente aconteceu a coisa da fotografia. Eu tinha uma máquina pequena, gostava de ficar registrando tudo. Na verdade eu sempre guardei tudo na memória. No curso do IPES de agente comunitário em 2001 eu ficava fotografando tudo, cada movimento, cada gesto. Tomei cada vez mais gosto pela coisa e fiz um financiamento para comprar uma máquina melhor. Passei a fotografar tudo no bairro, as casas, os barracos, os esgotos, o lixo e principalmente as pessoas. Acho que a nossa região será muito bonita no futuro e quero que meus netos saibam como era antes. Foi maravilhoso estar no Fórum Social Mundial, em Porto Alegre, em 2002 e 2003, tirei fotos até daquele que viria a ser presidente da República. Além das fotos dou aulas hoje, para 35 alunos, sem remuneração mesmo porque acho que a gente não pode olhar só para o próprio umbigo. Podemos ajudar muito as outras pessoas.”

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*O Prof. Fernando de Almeida fala sobre o tema Educação Continuada.*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*A Dra. Elsa Cenci comenta o tema Educação continuada.*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Artesanato produzido pelo Grupo Associativo Estandarte.*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*A fotógrafa Maria Lúcia Rodrigues e o vereador Gilberto Rodrigues.*

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Maria Nazareth Evangelista dos Santos, Neusa Aguiar e Maria Erlinda Duckur Cassab*



Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Os Agentes comunitários Eni Inácio Machado Cardoso e Jorge Luis Rodrigues*

## **EDUCAÇÃO NÃO LETRADA TAMBÉM É IMPORTANTE**

**(Maria Nazareth Evangelista dos Santos, professora e agente comunitária. Natural de Pernambuco, morou com os pais e muitos irmãos no Paraná antes de se fixar em Campinas.**

**Trabalhava como professora de Educação Especial no Município até 1998. Em 2001 fez o curso de agentes comunitários do IPES/Unicamp e desde então atua como grande liderança da comunidade no Santa Mônica/São Marcos.)**

“Eu morava próximo da favela, mas até o curso do IPES não tinha realmente um grande envolvimento. Mas passei a me envolver cada vez mais e acho importante estar trabalhando com as mulheres, recuperando a arte do fuxico e ensinando o que a gente sabe. Estes Encontros Comunidade Saudável são muito importantes, porque é importante principalmente para a comunidade falar, eles querem ser ouvidos. Será ainda melhor com o IV Encontro na própria comunidade.

Uma questão importante é valorizar a Educação como um todo, não apenas a letrada, por que a não letrada é igualmente importante para o povo. O que importa acima de tudo é a auto-estima, o auto-sustento da população, e isso passa pela educação continuada”.

Foto: Maria Lucia Rodrigues



*Jorge Rodrigues fala durante o IV Encontro Comunidade Saudável.*

## **DESAFIOS DA ECONOMIA SOLIDÁRIA**

Os desafios da construção da Economia Solidária, em uma realidade social como a brasileira de altos índices de desemprego e de baixa renda da maioria da população, foram discutidos no terceiro e último dia do III Encontro Comunidade Saudável, a 8 de maio.

A formação de cooperativas populares para a reciclagem de resíduos, já existentes em várias regiões de Campinas, foi um dos pontos em discussão. Também foi analisada a atuação da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Unicamp – e igualmente de outras instituições universitárias – no apoio a iniciativas de Economia Solidária, o que pressupõe uma desafiadora transferência de

conhecimento acumulado pela Universidade para utilização prática pela comunidade. Não foram deixados de lado, porém, os riscos ligados à Economia Solidária, que foram acentuados de modo especial pelo filósofo Leopoldo Thiesen, da ITCP/Unicamp.

## **RISCOS DA ECONOMIA SOLIDÁRIA**

**(Leopoldo Thiesen, filósofo, da Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares da Unicamp)**

“A economia solidária é fundamental, entre outros aspectos, pela necessidade de manutenção dos recursos necessários à vida. São recursos finitos mas que em uma economia capitalista são considerados inesgotáveis e propriedade de poucos. Mas também existem alguns riscos para a economia solidária, como o de ser enquadrada no sistema capitalista se resvalar para a vala escorregadia do assistencialismo, do meramente caritativo. A economia solidária não pode perder, então, a sua dimensão crítica, o seu potencial transformador, o que ocorreria se for enquadrada na lógica capitalista, na função caritativa, reformista do sistema. Uma das contribuições da economia solidária é a radicalização da democracia que ela pressupõe. Não existe realmente a radicalização da democracia sem a democratização da economia”.

## **Conclusões e propostas do III Encontro**

A tarde do III Encontro Comunidade Saudável foi dedicada às conclusões e à formulação de propostas pelos participantes. Também foram apresentados os resultados das oficinas temáticas realizadas durante o Encontro, sobre os três eixos principais: Saúde da Família, Educação Continuada e Economia Solidária.

Uma das conclusões foi a do reconhecimento do avanço para o sistema de saúde municipal com a incorporação da figura do agente comunitário, como elo de ligação entre a comunidade e a unidade básica de saúde. Outra conclusão, a constatação do desafio que ainda representa a intersetorialidade, a ação conjunta e integrada entre as diferentes áreas que trabalham pela construção da comunidade saudável, como as áreas da Saúde, Educação e Assistência Social.

Outra conclusão, e uma das mais significativas: a determinação de que o IV Encontro Comunidade Saudável seja realizado na própria região São Marcos, como forma de facilitar uma ampla participação popular e de consagrar a presença da Universidade no âmbito dos problemas reais da população de baixa renda.

Algumas ações concretas, para dar continuidade ao processo de construção da comunidade saudável na região São Marcos, foram indicadas nas oficinas temáticas promovidas ao longo do III Encontro. Os resultados das oficinas foram apresentados na sessão final do evento.

A oficina de Saúde reiterou as dificuldades para a implementação da intersectorialidade e constatou a compreensão ainda incompleta sobre o papel do agente comunitário da saúde. Como propostas de ação, a oficina indicou (a) a mobilização para que a intersectorialidade seja uma diretriz de governo municipal; (b) a busca de aliados nos diversos setores do poder público e da sociedade organizada para a reafirmação dos conceitos da comunidade saudável; (c) a ampliação das ações de comunicação de massa e, entre outras; (d) a prioridade para as ações casa-a-casa para o sistema preventivo de saúde.

Os desafios para a concretização da intersectorialidade também foram reafirmados pela oficina de Educação Continuada. De modo específico, constatou-se a falta de interação nos projetos de qualidade de vida voltados para o desenvolvimento da criança e adolescente. Uma medida concreta apontada foi o empenho coletivo pela reabertura em condições adequadas do Espaço Esperança, inclusive como um símbolo da perspectiva de construção em bases consistentes da comunidade saudável.

Já a oficina de Economia Solidária centrou-se na realidade específica das cooperativas populares de reciclagem de resíduos. Problemas detectados: (a) falta de espaços para armazenamento adequado dos resíduos coletados; (b) risco dos trabalhadores em contrair doenças e, entre outros; (c) problemas gerais como violência, poluição ambiental e aumento do desemprego. A estruturação de cooperativas de reciclagem de resíduos, em condições adequadas e com apoio da ITCP da Unicamp, foi considerada uma ação propícia e viável a curto prazo.

Em resumo, o III Encontro Comunidade Saudável mostrou como ainda representa um enorme desafio a implantação dos conceitos

do Programa Municípios/Comunidade Saudável, nos termos defendidos pela OPAS/OMS. Universidade, setor público e comunidade organizada ainda estão aprendendo, na prática, como dialogar e procurar meios concretos de ação em conjunto.

Contudo, o III Encontro também renovou a enorme expectativa e a esperança despertada pela nova visão de saúde proposta pela OPAS/OMS. A participação qualificada dos agentes comunitários de saúde e de outras lideranças populares da região do São Marcos confirmou como essa visão já está alcançando raízes profundas na comunidade, que a cada dia se torna mais consciente do seu papel e do potencial de transformação da sua própria realidade, com base em ações eficazes nas áreas de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Moradia, Geração de Renda e Emprego, entre outras.

Com uma comunidade saudável, as pessoas terão de fato saúde plena e alcançarão seu desenvolvimento integral. Em poucas palavras, comunidade saudável significa cidadania de fato, com o respeito aos direitos básicos do ser humano. Essa noção está se firmando entre a população de uma das regiões de maiores desafios sociais de Campinas, mas que ao mesmo tempo é uma das regiões com maior potencial transformador, por seu rico capital humano e social.

### **Questões para debate nas comunidades**

1. O que ainda falta para termos uma comunidade realmente saudável?
2. Quais são os nossos aliados no processo de construção de uma comunidade saudável?
3. Como podemos estreitar os laços com nossos aliados, para atingirmos os nossos objetivos?
4. Existe uma ação integrada entre os diferentes recursos sociais presentes em nossa comunidade, como escolas, centros de saúde, Igrejas, entidades sociais, etc? Se não existe, o que é possível para conquistarmos essa sintonia?
5. Quais as áreas em que é possível construir alternativas de Economia Solidária em nossa comunidade? Como a Universidade e o setor público podem ajudar para colocarmos essas alternativas em prática?



**SEGUNDA PARTE**  
**AÇÕES PARA UMA VIDA SAUDÁVEL**





# Capítulo VII

## Propostas e Ações na Área da Saúde

### INTRODUÇÃO

#### Propostas e ações na área da saúde

A decisão do IPES e demais parceiros no Programa Comunidade Saudável de centralizar sua atuação na área do Complexo São Marcos está relacionada à sua proximidade com os campus da Unicamp e PUC-Campinas, mas levou em consideração, fundamentalmente, o fato de que a região é um retrato perfeito do drama das metrópoles brasileiras. Constitui, portanto, um enorme desafio implantar os conceitos e as diretrizes do movimento de Municípios/Comunidades Saudáveis nessa região, como um modelo que possa ser seguido por outras áreas igualmente desafiadoras da Região Metropolitana de Campinas (RMC) e de outros espaços metropolitanos do Brasil.

De fato, como mostrado no Capítulo III, o Complexo São Marcos reúne todos os desafios típicos de uma área carente de região metropolitana. A região concentra enorme população desempregada, que mora em favelas e áreas de ocupação, e onde os indicadores sociais em Educação, Saúde, Saneamento e outros aspectos são típicos dos países em desenvolvimento. O fantasma da violência também representa um desafio especial na região.

Por outro lado, o Complexo São Marcos reúne um enorme potencial de transformação, pela vizinhança com um dos mais importantes pólos científicos e tecnológicos do País mas, principalmente, pela própria capacidade de mobilização social e pelo capital humano existente na região. Em sua luta cotidiana pela sobrevivência e pela projeção utópica de uma nova sociedade, que faz parte da história da região, a população da área do São Marcos vem construindo alternativas de organização e de produção cultural que permitem vislumbrar um horizonte de mudanças reais para todos os bairros que a integram e para os seus moradores.

É neste cenário complexo, contraditório e, portanto, desafiador que os pesquisadores reunidos no IPES e outras organizações, e com apoio da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp e da Fapesp, procuram atuar, incentivando e reforçando as alternativas de pensamento e ação que podem levar um momento novo para a região do São Marcos. Um momento marcado pela justiça social e pela solidariedade, mas também pela cultura da paz e do respeito ao equilíbrio ambiental, em conformidade com as linhas do desenvolvimento sustentável e do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis.

O esforço do IPES é facilitado pelo histórico favorável de ação social no Complexo, que já havia sido escolhido como área prioritária do Programa Município Saudável, implementado na administração municipal de 1993-1996. Mas principalmente é um ingrediente que auxilia em muito o propósito de implantação dos conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis a firme atuação que várias áreas da Unicamp já mantêm na região. Iniciativas teóricas e práticas, envolvendo professores e alunos da Unicamp, têm privilegiado a região do São Marcos como espaço de atuação.

Neste capítulo estão indicadas algumas propostas dos pesquisadores reunidos no IPES para o Complexo São Marcos, em conformidade com as linhas do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, e também documentadas algumas ações práticas que já vêm sendo realizadas na região pela comunidade universitária. A proposta básica do IPES é a constituição, em parceria entre poder público, Universidade e sociedade civil, de Núcleos de Trabalho e Pesquisa (NTPs), para facilitar as ações na região do São Marcos.

Como nota o professor Humberto Rangel, fundador e presidente do IPES, a linha de atuação dos pesquisadores e professores universitários envolvidos não é caracterizada por uma ação direta na comunidade. O propósito é, pelo contrário, ajudar a despertar na comunidade as lideranças e as forças latentes de transformação social existentes na própria comunidade. São essas lideranças que serão os professores e agentes comunitários de saúde que vão protagonizar os esforços para a conquista da qualidade de vida na região do São Marcos.

Na prática o que se busca é, então, o chamado empoderamento, que é a assimilação pela comunidade, considerando seus moradores e suas lideranças, das tecnologias e métodos de raciocínio desenvolvidos

na Universidade e que podem ser empregados na transformação de uma realidade social injusta. Trata-se, assim, da transferência direta para a prática, para a população que mais necessita dele, do saber produzido e desenvolvido na Universidade, uma instituição historicamente encastelada, fechada em sim mesmo, e que às vezes tem muita dificuldade de transmitir para a comunidade onde está inserida o que ela, organização universitária, faz em termos de ensino e pesquisa.

Essa nova forma de agir do pesquisador universitário, como observa o professor Rangel, exige naturalmente uma transformação conceitual e de postura muito grande, no sentido de que deve estar aberto ao diálogo com a comunidade. O pesquisador não pode se sentir o único dono da verdade quando está atuando na comunidade. Ao contrário, ele deve respeitar os saberes próprios e o rico legado cultural construídos nessa comunidade, por pessoas com origens e histórias de vida tão distintas.

O empoderamento foi, então, o conceito que norteou, por exemplo, o primeiro curso de extensão para agentes comunitários, promovido em 2001 no marco do Projeto Universidade, Organização da Sociedade Civil e Administração Pública, que envolve IPES, Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Unicamp, Fapesp e outros parceiros. Participaram do curso algumas das principais lideranças comunitárias que já vinham atuando na região São Marcos e que desde então são os primeiros laços, os principais elos de ligação entre a Universidade e a comunidade envolvida.

Em síntese, o que está sendo desenvolvido no Complexo São Marcos, segundo o professor Humberto Rangel, é um esforço para a construção de uma “comunidade aprendente”, ou seja, que esteja em constante aprendizado, como resultado do diálogo, da conversa entre o saber da própria comunidade e o saber da Universidade. A expectativa é a de que essa “comunidade aprendente” reforce a cada dia o seu sentido de cidadania ativa e, com isso, sejam implantadas as medidas necessárias nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Meio Ambiente e Economia Solidária, para que essa comunidade se torne realmente saudável e com qualidade de vida para todos os seus moradores.

A seguir apresentaremos, então, as principais ações que já vêm sendo conduzidas no Complexo São Marcos, por pesquisadores universitários e em parceria com a comunidade, no sentido do

empoderamento, do fortalecimento da cidadania pro-ativa de uma das regiões com maiores desafios sociais em Campinas:

## **A - Saúde preventiva e participativa**

Esta é a área em que os esforços mais avançaram, pela tradição histórica de Campinas em serviços de excelência na área da Saúde e por iniciativas como o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) do governo federal, executado em parceria com as Prefeituras Municipais.

A visão ampla de Saúde, defendida no âmbito do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis, implica a necessidade de ações em vários setores, como parte de uma política pluridisciplinar e voltada para todos os segmentos da comunidade. A ênfase na prevenção e na necessária participação popular e comunitária em todas as ações desenvolvidas constitui o eixo central das propostas apoiadas pelos pesquisadores reunidos no IPES. Algumas propostas básicas, que consideram indicações da OPAS/OMS:

- Saúde da Criança, do Adolescente e da Família – Todas as ações básicas na área da Saúde devem considerar a sua repercussão no âmbito das crianças e adolescentes e das respectivas famílias. Propostas de ação: capacitar e fortalecer os Conselhos Municipais de Direitos da Criança e do Adolescente e Tutelares; fortalecer e ampliar Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); criar grupo intersetorial no Município para propor e acompanhar as medidas na área de saúde infantil/adolescentes e da família; criar redes de atenção primária, com o objetivo de detectar com antecedência nas crianças sinais de possíveis enfermidades que possam ser tratadas a tempo; formular uma consistente política de segurança alimentar que considere o combate à fome e à prevenção e doenças nutricionais, em benefício, sobretudo, das crianças e adolescentes em fase de formação; atenção básica e concentrada em programas de amamentação materna e atendimento à saúde das mães; promover ambientes saudáveis para as crianças e adolescentes, livres do fumo, do álcool e das drogas em geral, e que considerem

obras de infraestrutura voltadas para saneamento básico (coleta e tratamento de esgotos, coleta seletiva de lixo, abastecimento pleno de água potável), plantios de árvores, recuperação e/ou estruturação de praças e espaços públicos de lazer e cultura; fomento de atividades esportivas como meio de promoção da saúde e prevenção do uso de drogas; treinamento de mães para identificação precoce de enfermidades. O envolvimento das famílias deve acontecer com o estímulo a ações de geração de renda e de cidadania para as mulheres e programas de alfabetização de adultos, entre outras.

- Saúde da Terceira Idade – Seguindo uma tendência mundial, a faixa etária da Terceira Idade é a que mais cresce na população brasileira. Em uma cidade de porte metropolitano como Campinas, a população com mais de 65 anos representava 5% da população em 1990, devendo superar os 7% em 2010. Essa característica demográfica vai exigir políticas públicas específicas e consistentes voltadas para a inclusão social dos idosos, com ênfase em ações de Saúde, Educação e Cultura. Propostas de ação: diagnóstico da situação dos idosos na comunidade; procurar formas de integração dos idosos nas ações de planejamento e participação comunitária; estabelecer iniciativas de Educação e Profissionalização, voltadas para garantir a continuidade da inserção do idoso no processo produtivo. Alcançar a Terceira Idade representa, de modo geral, a acumulação de experiências e vivências muito ricas, que podem ser muito úteis para o desenvolvimento de toda a comunidade. É estratégico para a construção de uma Comunidade Saudável garantir que essa experiência tenha condições de ser traduzida em ações práticas em benefício de todos.

- Programas de Enfermidades Transmissíveis e Não-Transmissíveis – Ações preventivas são fundamentais para evitar a proliferação de enfermidades transmissíveis e não-transmissíveis. Propostas de ação: ações educativas voltadas para prevenir AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis, considerando que a AIDS, sobretudo, tem avançado muito entre as mulheres; estímulo a iniciativas que

promovam estilos de vida saudáveis, para evitar doenças não-transmissíveis como hipertensão, diabetes e outras; campanhas de vacinação e imunização; fomento ao saneamento básico e ações de recuperação ambiental, como meio de evitar propagação de doenças como a dengue, leptospirose e outras, transmitidas por insetos vetores; ações voltadas para evitar poluição atmosférica, que agrava doenças respiratórias; incluir a população em todas as ações preventivas. A dengue, por exemplo, só pode ser combatida e evitada com amplo envolvimento comunitário e com ações como a destinação coleta de resíduos, para evitar multiplicação de áreas de reprodução do *Aedes aegypti*, o mosquito transmissor.

Indicamos a seguir no capítulo VII, Parte I e II, algumas ações realizadas na região.

# Capítulo VII

## Propostas e Ações na Área da Saúde

### Realidades, propostas e práticas extensionistas em saúde na região dos Amarais, Campinas, SP

*Carlos Roberto Silveira Corrêa*

*Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp*

*Aguinaldo Gonçalves*

*Professor Titular de Saúde Coletiva e Atividade Física da Faculdade de Educação Física, Unicamp*

*Roberto Vilarta*

*Professor Associado do Departamento de Atividade Física Adaptada da Faculdade de Educação Física e Assessor da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, Unicamp*

## Resumo

No presente texto, busca-se situar as características básicas da Região dos Amarais, Campinas, SP, e, no seu interior, elementos relacionados à Saúde. Parte-se da identificação do território, população e indicadores, relacionadamente a aspectos da prática clínica aí vivenciada. A seguir, procede-se a um corte específico visando expor as atividades de Saúde Coletiva e Atividade Física desenvolvidas na área, através do relato dos cinco projetos concretizados nos últimos dois anos em torno de instituições locais. Por fim, descrevem-se propostas apresentadas referentes a intervenções relativas à integração comunitária mediada pela extensão universitária da Unicamp.

## 1 - Caracterização territorial, populacional, indicadores e prática clínica vivenciada

*Prof. Dr. Carlos Roberto Silveira Corrêa*

A Região dos Amarais é formada pelos bairros, Jardim São Marcos, Jardim Santa Mônica, Jardim Campineiro, Vila Esperança e Amarais, e fica na região Norte de Campinas.

A Prefeitura Municipal de Campinas estimou que, em 2002, a população dessa região seria de 27.490 habitantes, assim distribuídos, segundo faixas de idade:

| <b>Faixa de idade</b> | <b>Número de pessoa</b> |
|-----------------------|-------------------------|
| menores de 1 ano      | 612                     |
| 1 a 4 anos            | 2438                    |
| 5 a 14 anos           | 6049                    |
| 15 a 44 anos          | 14233                   |
| 45 a 60 anos          | 2620                    |
| mais de 60 anos       | 1538                    |
| total                 | 27490                   |

Para entender o que acontece com a população de uma determinada região, devemos buscar identificar de que forma esse bairro foi criado, como é sua história, qual é a sua cultura, como são as relações que existem entre as pessoas que moram lá, qual é a relação que existe entre elas e o local, quais são os seus valores e qual é a relação que essa parte da cidade tem com o todo, geográfico e político.

Neste capítulo vamos falar especificamente de algumas doenças que acometem os moradores da Região dos Amarais sem esquecer, no entanto, que ficar doente, buscar se tratar e se recuperar, são eventos sociais e, portanto, têm relação direta com todos os fatores listados acima.

Para descrever as condições de saúde de uma população costuma-se lançar mão de indicadores, com os quais se pode fazer inferências a respeito das condições em que essa população vive. Os



indicadores são números aos quais associamos um valor. O valor é determinado socialmente.

Um indicador muito utilizado é o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), que mede quantas crianças menores de 1 ano morreram, para cada mil que nasceram, em um determinado ano. Esse indicador ainda pode ser classificado em Coeficiente de Mortalidade Infantil Neo-Natal (CMNN) e Coeficiente de Mortalidade Infantil Pós Neo-Natal (CMPN). O primeiro mede quantas crianças morreram até 1 mês de vida e está relacionado ao acompanhamento pré-natal e às condições de parto; o segundo, o coeficiente Pós Neo-Natal, mede quantas crianças morreram entre 1 mês de vida e 1 ano de idade e está associado às condições em que foram criadas e ao tipo de atendimento médico que elas têm.

O CMI em Campinas vem caindo há muitos anos. Em 1980 ele era de 35,64 e, em 2001, ele foi de 11,91, isto é, para cada 1000 crianças que nasceram, 11,91 morriam antes de completar 1 ano de idade, sendo que 8,31 morreram com menos de 1 mês de idade e 3,6 morreram entre 1 mês e 1 ano de vida.

Na área de abrangência do Jardim Santa Mônica o CMI foi de 10,64 em 2001, e na área do Jardim São Marcos o CMI foi de 10,5. No primeiro semestre de 2002, no entanto, o CMI do Jardim Santa Mônica foi de 23,26 e do Jardim São Marcos foi 37,74.

| Ano                         | CMI do Jardim Santa Mônica | CMI do Jardim São Marcos | Campinas |
|-----------------------------|----------------------------|--------------------------|----------|
| 2001                        | 10,64                      | 10,5                     | 11,91    |
| 2002<br>(primeiro semestre) | 23,62                      | 37,74                    | 12,24    |

São números que precisam ser vistos com cuidado, pois nascem por ano perto de 100 crianças na área do Jardim Santa Mônica e perto de 200, na do Jardim São Marcos. Dessa forma pequenas variações são responsáveis por grandes alterações nesse indicador. Seria necessário, portanto, um acompanhamento de vários anos para se dizer que está ocorrendo uma mudança. Em função dessa limitação esse indicador deve ser avaliado juntamente com outras variáveis que estão ocorrendo na comunidade, o que lhe traria uma maior consistência. O que não se pode fazer é esquecer que esses números se referem a

crianças que morreram e que, portanto, esses números, têm um valor incomensurável.

O CMI, na área de abrangência das duas UBS (Unidades Básicas de Saúde), tem como seu maior componente a mortalidade Neo-Natal (CMNN), o que permite inferir que as condições relacionadas ao acompanhamento Pré-Natal e eventos relacionados a esse período devem ser melhor entendidos e abordados, principalmente aqueles relacionados com a idade materna, a sua escolaridade, vida familiar, qual era o desejo de ter filhos, etc.

Outro cuidado a ser tomado vem da análise do CMI em 2001 que, na Área dos Amarais, ficou próximo do valor que esse coeficiente tem para Campinas como um todo, apesar das condições nesse bairro serem as piores dentro do município, como será visto no capítulo III. Ou seja, os indicadores apenas podem não refletir as condições em que as pessoas estão vivendo.

Outro indicador que podemos utilizar é o que analisa as causas da morte das pessoas de uma região. Na região dos Amarais o coeficiente de mortalidade por homicídios e por causas externas (assassinatos e acidentes) foi o maior de Campinas entre 1996 e 1998. Esse indicador nos leva a inferir sobre as condições em que as pessoas desses bairros vivem, principalmente sobre as relações que existem entre elas e, entre elas e as de outras regiões da cidade, bem como sobre as tensões que existem, às quais todos os moradores estão submetidos e que, com certeza, se refletem em outros momentos de sua vida, inclusive no adoecer.

Os acidentes vasculares cerebrais (os derrames) e as doenças isquêmicas do coração, são responsáveis por um grande número de mortes entre as pessoas adultas, principalmente acima de 50 anos.

Quanto às doenças mais comuns que existem na região, podemos avaliá-las por meio de um cadastro que foi feito no ano de 2000 entre todos os moradores do Jardim Santa Mônica e parte da população dos Jardins São Marcos e Campineiro. Esse cadastro mostrou que quase 10 % da população adulta referiu ser diabética e uma porcentagem próxima referiu ter hipertensão. Relevante também, no entanto, é que se identificou um grande número de pessoas que reconheciam ter essas doenças, mas que não faziam acompanhamento clínico em nenhum serviço médico, o que faz pensar em uma dificuldade de acesso dessas pessoas às Unidades Básicas de Saúde. Na mesma

direção aponta o fato de, só após esse cadastramento, se constatar morarem na região do Jardim Santa Mônica 20 pessoas com limitação total, isto é, pessoas que não tinham a menor condição de se locomover e algumas até de se alimentar ou de fazer a própria higiene, e que não recebiam nenhuma atenção médica.

Quanto às doenças que acometem as crianças, as mais importantes são as do aparelho respiratório, tanto pela frequência com que ocorrem, como pela gravidade que podem adquirir, levando essas crianças ao pronto-socorro e à internação. Essas doenças estão relacionadas ao ambiente em que as crianças moram, tanto se considerarmos as condições das casas, com pouca ventilação e com grande número de pessoas por cômodo, como ao fato de parte das casas ficar perto da Rodovia Dom Pedro I onde há grande tráfego de veículos e, conseqüentemente, onde existe grande concentração de poluentes, bem como ao fato de inexistir esgoto na região, o que faz com que ocorra uma prevalência elevada de parasitas na região, parasitas que podem inclusive produzir sintomas respiratórios e alérgicos.

Enfim, nessa região nós encontramos uma situação tal em que existe uma grande prevalência de doenças crônico-degenerativas, o que poderia indicar um perfil de doenças de primeiro mundo, ao lado de doenças infecciosas, típicas de países pobres, doenças que por sua vez, acometem doentes que muitas vezes não conseguem se tratar, e que, enquanto pessoas, moram em um local com infra-estrutura sanitária precária.

## Saúde Coletiva e Atividade Física no São Marcos

*Aguinaldo Gonçalves*

Já superadas as fases de planejamento, execução e avaliação, as ações de Saúde Coletiva e Atividade Física no São Marcos vêm sendo identificadas como sendo de dois tipos: as eminentemente pedagógicas e as eminentemente extensionistas.

As primeiras consistem naquelas situadas no interior de Disciplinas Curriculares da Universidade, registradas em catálogos de circulação pública. Nesta categoria, incluem-se atividades desenvolvidas tanto para cursos da Faculdade de Educação Física quanto para os da Faculdade de Ciências Médicas. Entre aquelas,

especificamente no nível de Especialização, situa-se o segmento da Saúde Coletiva e Qualidade de Vida do Curso de Qualidade de Vida e Atividade Física exercitado no Centro Vedruna: partiu-se do referencial teórico sobre Comunidade Saudável, sua contextualização no mundo e no Brasil e o contato com algumas entidades locais; especificamente, visou-se, através da inserção da atividade física no Centro Assistencial Vedruna, uma organização não governamental que atende crianças e adolescentes de 7 a 16 anos, ampliar o repertório de vivências em Educação Física de tais crianças. As atividades foram executadas prioritariamente através de jogos e brincadeiras, perspectivizando deslocamentos no espaço, lateralidade, e outras habilidades motoras básicas (Nunca três, Rede de Peixe...), cooperação (Rede de Peixe, Coelho Sai da Toca...) e jogos de raciocínio (Jogo da Memória...), bem como se desenvolveu maior envolvimento com a comunidade local através da integração com outros projetos realizados, como o de reciclagem de material gráfico (Vedruna Recicla) e as comemorações de fim de ano. Em conclusão, a intervenção realizada permitiu o cumprimento dos objetivos inicialmente postos, constatando-se que sua consolidação e aprimoramento dependem a médio prazo, não só do trabalho voluntário de técnicos e acadêmicos, mas de atuação profissional permanente.

Na disciplina MH210 - Saúde Coletiva e Atividade Física, pertencente ao núcleo comum da graduação em Educação Física nos cinco cursos (três diurnos - Licenciatura, Bacharelado em Treinamento Desportivo e Bacharelado em Estudos do Lazer - e dois noturnos), a realidade da Região dos Amarais é descrita e analisada como contacto e elaboração com a Saúde Coletiva em nosso meio, com ênfase nos aspectos relacionados à Atividade Física.

O mesmo enfoque, porém com aprofundamento mais verticalizado, decorrente do contacto direto dos alunos com instituições locais da área, pode ser aplicado no Bacharelado diurno com a disciplina MH607 - Saúde Coletiva e Performance Humana, internamente conhecida como Saúde Coletiva II. Desta feita, além do mencionado Centro Vedruna, os alunos travaram-no também com uma creche a da União Cristã, e com instituição mais voltada a intervenções junto a mães, o Grupo Primavera.

Nesta atividade, a atribuição discente consistiu em, organizados em pequenos grupos, proceder a formulação de quadro descritivo das

situações registradas e, a seguir, elaborar possível proposta de alteração, a partir, por um lado, dos fatos empíricos constatados e, de outro, o referencial teórico fornecido pela formação de Profissionais da Educação Física, como membros da equipe de Saúde.

Pela perspectiva da organização dos Serviços de Saúde, temos levado os alunos da Disciplina MD142, “Ações de Saúde”, a conhecerem e interagirem com o Centro de Saúde local, o que lhes permite construir amplo painel referencial dos recursos mobilizados e mobilizáveis frente às demandas explicitadas e reprimidas dos diferentes grupos populacionais aí existentes: partindo de visão de conjunto do território e seus moradores, são revistas e apreciadas instituições e relações sociais aí instaladas.

Todas estas sinalizações têm exercido efeito pedagógico facilmente identificável, no que se refere tanto a benefícios diretos para alunos e usuários, ainda que predominantemente de natureza transitória, dada a fugacidade da duração e abrangência curricular de tais iniciativas. Daí ter-se concluído que continuidade desejável de maior fôlego das mesmas poderia ser alcançada por acumulações de modalidades menos efêmeras da ação universitária, os projetos de pesquisa e de extensão.

Até o momento, quatro dessas possibilidades de Saúde Coletiva e Atividade Física têm sido exercitadas na Região dos Amarais, além da realizada no Centro Vedruna, com crianças e adolescentes, anteriormente citada e igualmente apresentada em encontro técnico da área (Marrano; Barbosa; Gonçalves, 2001).

Inicialmente foi necessário proceder a execução de modelo operacional de inserção e convivência dos profissionais da Educação Física nas concepções e práticas do Sistema local de Saúde. Baseou-se na realização de observação sob forma de rodízio, durante quatro semanas, no período matutino em três Unidades Básicas de Saúde de Campinas - SP, duas das quais localizadas na área em questão, o Centro de Saúde São Marcos e o Santa Mônica. Como resultados, obteve-se: i) convivência e interação com a rede de serviços; ii) identificação, através de observação participante, de procedimentos operacionais intra e extra muros; iii) aproximação com as comunidades locais. Evidenciaram-se contrapontos de expectativas, visões e culturas heterocentradas: as docentes, na gerência da pedagogia implantada; as dos serviços, na execução assistencial; as da Saúde Coletiva, no modelo

de promoção à saúde e empoderamento social; e as discentes, em aspectos da vida acadêmica (Gonçalves et al., 2003,a).

De posse dessa experiência, o passo subsequente que coube aos profissionais de Educação Física consistiu em operar tais elementos técnicos junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Unidade Básica Local (Moura, Gonçalves e Corrêa, 2002). Trata-se de membros integrantes oficiais da equipe de saúde, segundo profissão estabelecida pela lei nº 10507 de 10.07.02, com a finalidade de atuar no âmbito do Sistema Único de Saúde com a função de intervir na prevenção de doenças e promoção à Saúde. Entre os principais resultados mais relevantes apurados, destacam-se: Quadro diagnóstico das expectativas dos ACS e da população excluída de atividade física supervisionada; 2- Reunião de subsídios para formulação do plano de intervenção; 3- Agendamento de primeira oficina de trabalho específica. Das numerosas dimensões que estão sendo apreendidas nesta iniciativa a serem destacadas, avultam como prioritárias, fatos como: i) os ACS conseguem introyetar em seu agir profissional a contribuição da atividade física nas práticas sociais da população por meio do estilo de vida; ii) ademais, têm construído a percepção de que a forma com que cada um vive seu cotidiano não é uma opção essencialmente pessoal.

Assim estabelecido o quadro teórico-metodológico de referência, iniciaram-se as aplicações finalísticas procedendo-se à atividade física para indicações clínicas, destacadamente a hipertensão arterial (Campane, Gonçalves e Corrêa, 2002). De fato, nesta afecção a prática mencionada vem colhendo numerosas indicações: no plano estritamente organísmico opera como fazem as drogas terapêuticas, permitindo dispensar a estas na redução de quadros leves e se associando às mesmas no controle dos de mediana gravidade; no que se refere aos aspectos psico-emocionais, reduz notavelmente a depressão típica da moléstia e eleva substancialmente a auto-estima de seus portadores.

Indiscritivelmente, no entanto, a intervenção procedida que mais gerou impacto junto à população local foi o programa de hidroginástica para senhoras sedentárias com monitoramento da intensidade de esforço (Gonçalves *et al*, 2003 b). Compreende-se facilmente: a modalidade tem se destacado nos últimos tempos pelo seu apelo consumista junto aos segmentos elitizados da sociedade, chegando aos estratos mais inferiores, apenas indiretamente, através de relatos bastante fantasiosos.

Não obstante todo o profissionalismo envolvido e disponibilizado, certamente quem mais aprendeu nesse processo, fomos nós, do segmento acadêmico. Para citar apenas um recorte : embalados pelas teorias primeiro-mundistas do Prof. Lalonde sobre estilo de vida, tomamos consciência do risco de transpô-las, sem o devido rigor crítico e prudente, dos ambientes canadenses ao clima caloroso do São Marcos, para não concretizar uma vez mais o viés da culpabilização da vítima. Em outros termos, percebemos com clareza a impropriedade ética de atribuir às pessoas a responsabilidade pelos hábitos, comportamentos e valores, individuais e coletivos, que constituem sua cotidianeidade, quando, na realidade, tais elementos decorrem da situação historicamente construída e socialmente determinada em que se encontram. Em síntese, frente ao real do São Marcos, não há como negar que Qualidade de Vida se constrói com condições dignas de vida e não com mudanças comportamentais de estilo de vida.

## **Proposta de integração comunitária mediada pela extensão universitária da UNICAMP**

*Roberto Vilarta*

As ações em saúde que vêm sendo desenvolvidas para melhoria da qualidade de vida de cerca de 20.000 moradores da Região dos Amarais, formada por cinco bairros Jardim São Marcos, Jardim Campineiro, Jardim Santa Mônica, Recanto Fortuna e Chácara dos Amarais, agregam ainda conjunto de atividades que respondem, em parte, à expectativa da comunidade para auferir benefícios diretos e imediatos que possam advir do exercício dialético entre as condições de vida ideais e a real situação observada no dia-a-dia de cada bairro que compõe a Região.

O quê, de concreto, nos perguntamos, pode ser proposto visando diminuir as discrepantes realidades dos ambientes canadenses e a população carente da Região dos Amarais?

Como instrumentalizar essa comunidade para reagir à quase completa ausência dos elementos que fundamentam as ideais condições para uma vida de qualidade?

A convivência semanal entre pesquisadores e moradores apresenta demanda real por cidadania, conhecimento, cultura e

cuidados gerais. Espera-se, também, a aplicação, a “receita”, a “fórmula” que transforme o cotidiano, em vida com qualidade, e cria-se a expectativa de lições que resolvam os problemas mais importantes, como o câncer e os mais triviais, como uma silueta desprovida de excessos adiposos.

Frente a este quadro observado no cotidiano de orientação de pesquisas que são realizadas nessa comunidade, optamos por construir formas de intervenção capazes de multiplicar os saberes universitários agregados aos benefícios daí decorrentes. Vislumbramos que, esta abordagem, ao mesmo tempo, seria capaz de favorecer a ampliação da coleta de informações sobre as pessoas, e que a própria comunidade pudesse interferir sobre o processo dessa construção, definindo demandas e alterando os rumos do processo de transformação.

Elegemos como elemento amalgamador desse processo os Agentes Comunitários de Saúde, não só por serem ativos na liderança das ações de levantamento de saúde nos bairros mas, também por exercerem uma importante mediação e interação entre as pessoas da comunidade e os docentes e pesquisadores.

Como estratégia metodológica foram criados 6 cursos de extensão universitária dirigidos a esses agentes tendo como objetivos a capacitação para o uso e disseminação de conteúdos e metodologias educativas formais e não-formais dirigidas a formar novas habilidades para o desenvolvimento humano, em especial, relacionado com a educação para a saúde, criação de ambientes saudáveis e oferecimento de serviços de saúde e alimentação saudável.

A extensão universitária estruturada por cursos favorece abordagens integradoras diferenciadas de outras ações como as assessorias ou os eventos científicos de curta duração. Segundo a visão do Plano Nacional de Extensão (1999-2001) estruturado pelos Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC, esta pode ser compreendida “como prática acadêmica que interliga a Universidade nas suas atividades de ensino e de pesquisa, com as demandas da maioria da população, possibilita a formação do profissional cidadão e se credencia, cada vez mais, junto à sociedade, como espaço privilegiado de produção do conhecimento significativo para a superação das desigualdades sociais existentes”.

Valoriza-se, assim, a importância da consolidação de práticas que estimulem o diálogo permanente da produção do conhecimento



com as demandas presentes na comunidade. O docente ou pesquisador deixa de ser o único responsável pelo sucesso ou fracasso do processo pedagógico. Estabelecesse, antes de tudo, o compromisso de aprendizado perene entre as partes – docentes, pesquisadores, alunos e agentes comunitários – pois todos enfrentam realidades desconhecidas, constroem relações, reflexões e novas perspectivas para atuação prática, o que, neste programa, torna-se materializada no momento seguinte da atuação do Agente na comunidade.

Os conteúdos disseminados pelos cursos de extensão têm como estrutura central a promoção da saúde e da qualidade de vida, em especial, sobre suas relações com a prática da atividade física. Temos percebido que a centralização sobre este aspecto específico da atividade física favorece maior adesão e mantém interesse permanente sobre um tipo de conhecimento muito presente na mídia nos dias atuais. Nossa experiência com a aplicação de programas de exercícios para diabéticos e orientação para a boa alimentação nessa comunidade mostra que, ao contrário do que se observa na academia, à medida que os cursos se desenvolvem, aumenta o número de participantes, inclusive de pessoas não acometidas pela doença, mas que frequentam as aulas apenas pela oportunidade do contato com o conhecimento.

A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde é estruturada por cursos de extensão de 45 horas, vinculados à escola de extensão da UNICAMP, ministrados por docentes, doutorandos e mestrandos. Ocorrem por meio de aulas expositivas e com a realização de atividades práticas. Sob o formato de realização presencial, avaliam o rendimento dos participantes (nota mínima 7,0) e exigem frequência ao menos em 85% das aulas. Visam o desenvolvimento de conteúdos sobre a educação para a saúde e o ensino de habilidades para a vida, visando a aquisição de conhecimento sobre a adoção e manutenção de comportamentos e estilos de vida saudáveis; estruturação de ambientes saudáveis para criar e melhorar a qualidade de vida na comunidade além do fortalecimento da colaboração entre os serviços de saúde e de educação visando a promoção integrada da saúde, alimentação, nutrição, lazer, atividade física e formação profissional. O programa prioriza as ações de caráter transformador das comunidades, promoção da saúde centrada na atuação preventiva e envolvimento intersetorial da educação, saúde, relações sociais e qualidade ambiental. Integra-se aos conteúdos focados por projetos de políticas públicas como o

desenvolvimento de conteúdos sobre o combate à desnutrição materno-infantil, segurança e qualidade dos alimentos, educação para o consumo e educação alimentar, além da atuação na promoção de estilos de vida saudáveis, prática regular da atividade física e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Os cursos têm os seguintes títulos e ementas :

**1 - Saúde e qualidade de vida: elementos sobre atividade física e o problema do sedentarismo** - conceituação fundamental sobre elementos que estruturam a prática da atividade física, princípios de aplicação, seus benefícios e cuidados relacionados com a prevenção de lesões e agravos decorrentes da prática inadequada. O sedentarismo, elementos da saúde e doença a ele relacionados e os aspectos controversos sobre morbi-mortalidade.

**2 - Saúde e qualidade de vida: conceitos e aplicações para a boa alimentação e o controle do peso corporal** - princípios da alimentação saudável, associação com a prática da atividade física, relação da boa nutrição com o crescimento e o desenvolvimento das crianças, principais nutrientes, conceitos de anorexia e bulimia, gasto calórico em modalidades esportivas, exemplos de composição de refeições saudáveis, a pirâmide alimentar, a atividade física e o controle do peso corporal, a importância da ingestão de água e minerais associada à prática da atividade física.

**3 - Saúde e qualidade de vida : conceitos de atividade física e aplicações sobre o crescimento, desenvolvimento e postura corporal** - conceito de aptidão física, variação antropométrica , peso corporal, estatura, diâmetros ósseos, princípios de avaliação de perímetria, composição corporal, teste de força, capacidade de força de membros superiores e inferiores, teste de capacidade aeróbica ( $VO_{2máx}$ ) , protocolo de caminhada de 6 minutos ; teste de flexibilidade. Estudo do desenvolvimento da postura humana, causas da má postura, principais alterações verificadas na coluna vertebral, modelos

de avaliação e de coletas de dados que possibilitam a identificação dos desvios posturais, exercícios físicos preventivos.

**4 - Saúde e qualidade de vida : conceitos de atividade física e aplicações sobre o diabetes, a hipertensão arterial e a obesidade** - a caracterização da qualidade de vida, diabetes e hipertensão no ambiente escolar, o que a escola pode fazer para promover a saúde. programas específicos para o controle e prevenção de diabetes e hipertensão arterial na escola. Benefícios da atividade física e da nutrição. riscos e contra-indicações p/ a prática da atividade física. Recomendações para melhorar a qualidade de vida. aspectos da associação com a obesidade e o sobrepeso corporal, cuidados na prática da atividade física em crianças e adultos com sobrepeso. Avaliação dos conceitos aplicados.

**5 - Saúde e qualidade de vida : conceitos de atividade física e aplicações na terceira idade** - conceito de atividade física relacionado às especificidades da terceira idade, teorias do envelhecimento, efeitos do envelhecimento, atividades específicas e os riscos e benefícios de cada caso, a qualidade de vida relacionada aos domínios, físico, emocional, social e ambiental para o idoso, o planejamento de atividades, a preparação dos jovens e adultos para a terceira idade.

**6 - Saúde e qualidade de vida : conceitos e aplicações para a inclusão digital da comunidade** - construção e exercício da cidadania através de conteúdos circunscritos à área de conhecimento da qualidade de vida e atividade física. Serão usados os recursos disponíveis na plataforma www (world wide web) para elaboração de um site. estatística navegacional, exercícios interativos (quiz, associações, preencher lacunas, palavras cruzadas), princípios de utilização, download, upload, e-mail, chat, salvar texto, foto, vídeo, áudio e interação comunitária via www.

Este curso sobre inclusão digital, em especial, potencializa a criação de uma nova “Comunidade Virtual Colaborativa” capaz de facilitar a interação dos Agentes Comunitários de Saúde com os pesquisadores através da comunicação de suas dúvidas, apresentação de propostas para melhoria dos projetos, orientação de conteúdos específicos sobre os temas de interesse e atualização continuada dos conteúdos apreendidos.

Com o oferecimento dos cursos durante este ano de 2004, esperamos estimular a elaboração de outras propostas dirigidas à ação participativa e com potencial transformador, reforçando a importância do ensino, da pesquisa e, em especial, da extensão na busca de um saber acadêmico comprometido com a realidade.

## Referências bibliográficas

CAMPANE, Rafael Zoppi; GONÇALVES, Aguinaldo; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira - Atividade Física nos Serviços Básicos de Saúde: Contribuições a Partir do Projeto São Marcos, Campinas, S.P. XIV Simpósio de Educação Física e Desportos do Sul do Brasil, Ponta Grossa, PR, setembro /2002.

GONÇALVES, Aguinaldo; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira; MOURA, Ana Cláudia Silva; CAMPANE, Rafael Zoppi; VICENTIN, Ana Paula Martins - Exercitando Inserção de Concepções e Práticas do Sistema Único de Saúde na Formação dos Profissionais da Educação Física, V Congresso Nacional da Rede Unida, I Fórum Nacional de Redes em Saúde, Londrina, PR, maio/ 2003, a [prelo].

GONÇALVES, Aguinaldo; VICENTIN, Ana Paula Martins; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira; CAMPANE, Rafael Zoppi; SILVA, Afonsa Janaina - Empoderando Grupos Populacionais Excluídos Através de Hidroginástica: A Experiência Técnica e Lúdica da Saúde Coletiva e Atividade Física da Unicamp, VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília,DF, agosto/ 2003, b [prelo].

MARRANO, Maristela Negri de Oliveira; BARBOSA, Fabiana Aparecida; GONÇALVES, Aguinaldo - A Atividade Física Participando da Construção de Comunidades Saudáveis: a Interação

no Centro Vedruna, Campinas, SP. III Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde, Florianópolis, SC, novembro/2001.

MOURA, Ana Cláudia da Silva; GONÇALVES, Aguinaldo; CORRÊA, Carlos Roberto Silveira - Atividade Física na Capacitação de Agentes Comunitários de Saúde: A Experiência na Unidade Básica de Saúde (Ubs) do Jardim Santa Mônica - Campinas-SP, Fórum Brasileiro de Educação Física e Ciências do Esporte, V Simpósio Mineiro de Ciências do Esporte, Viçosa, MG, setembro/ 2002.

Plano Nacional de Extensão Universitária. Edição Atualizada. Forum de Pró-Reitores de Extensão das Universidades Públicas Brasileiras e SESu/MEC, 2000/2001.



# Capítulo VII

## PARTE II

### Aplicação de programa de qualidade de vida em portadores de diabetes no bairro Santa Mônica, Campinas, SP

*Prof. Dênis Marcelo Modeneze*  
*Mestrando em Educação Física, Unicamp*

*Prof. Frederico Tadeu Deloroso*  
*Doutorando em Educação Física, Unicamp*

*Prof. Dr. Roberto Vilarta*  
*Professor Associado do Departamento de Atividade Física Adaptada da Faculdade de Educação Física e Assessor da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, Unicamp*

As possibilidades de se prevenir o diabetes e minimizar seus efeitos são inúmeras e vantajosas, mas o desconhecimento por parte da população e a falta de informação através de programas públicos de saúde fazem com que essa doença venha a ter proporções alarmantes.

A qualidade de vida destas pessoas poderia sofrer alterações significativas com mudanças dos hábitos alimentares associadas a ações preventivas de saúde.

Os exercícios físicos, a educação para uma alimentação mais adequada e um esclarecimento mais detalhado sobre a própria patologia são medidas de apoio capazes de minimizar os efeitos indesejáveis do diabetes. Como resultados reconhece-se a possibilidade da melhora de aspectos e condições relativos à qualidade de vida das pessoas, independentemente da patologia, com efeitos positivos e benéficos no tocante aos aspectos fisiológicos, psicológicos, emocionais e sociais.

Há muito tempo que os exercícios físicos vêm sendo apontados como fator primordial no tratamento do “diabetes melittus”, porém

ainda existem muitas pessoas diabéticas que não adotaram tal prática, e o que é pior, existem muitos diabéticos que nem sequer sabem que são diabéticos.

O presente relato aborda noções básicas e essenciais para a elaboração de um programa de qualidade de vida para pessoas diabéticas. Apresenta também uma metodologia para detectar o perfil de um grupo de diabéticos e o planejamento de um programa voltado para a melhora da qualidade de vida dessas pessoas.

## O “Diabetes Mellitus”

O Diabetes Mellitus (DM) vem sendo reconhecido como um sério problema de saúde pública em praticamente todos os países, independentemente de seu grau de desenvolvimento sócio-econômico das comunidades. É considerada doença crônico-degenerativa com graves alterações endócrinas, que variam de acordo com o tipo de diabete, mas que resultam na elevação da concentração plasmática de glicose.

“O diabetes diminui a capacidade do organismo de queimar o material energético ou glicose que ele retira dos alimentos para obtenção de energia. A glicose é transportada pelo sangue para as células do corpo, mas as células precisam de insulina, que é produzida pelo pâncreas (um órgão situado logo atrás do estômago) para permitir que a glicose se mova para seu interior. Sem insulina, freqüentemente comparada como a chave que abre a porta da célula, a glicose se acumula no sangue e é eliminada pela urina por através dos rins.”

(Nieman, 1999).

FORJAZ *et al.* (1998), destacam em seus estudos basicamente dois tipos mais comuns, o diabetes tipo I (ou insulino-dependente): neste tipo o pâncreas apresenta deficiência na produção de insulina, tornando o indivíduo dependente de insulina exógena ou externa, com o uso de injeção de insulina, para sobreviver. Apenas de 5 a 10% dos casos são do tipo I. Os sintomas podem surgir de repente e incluem uma micção excessiva e freqüente, fome insaciável e sede intensa, perda de peso, visão borrada, náuseas, vômitos, fraqueza, tontura,



irritabilidade e fadiga extrema.

No diabetes tipo II (ou não insulino-dependente) o pâncreas produz insulina normalmente, mas o organismo apresenta resistência periférica à ação desta insulina, ou não consegue usar a insulina de maneira apropriada.

Os sintomas são os mesmos do tipo I, porém eles ocorrem aos poucos e são menos pronunciados. Outros sintomas podem estar incluídos como o formigamento ou amortecimento das pernas, pés ou mãos, infecções na pele, na gengiva ou na bexiga e cortes ou escoriações com cicatrização muito lenta.

Segundo COLBERG, SWAIN (2000), a prevalência do DM está crescendo no mundo, somente nos Estados Unidos estima-se que 16 milhões de indivíduos possuem esta patologia. Já no Brasil, sua prevalência é de 7,6%, sendo de 9,68% na cidade de São Paulo (RABELO, MARTINEZ, 1998). Dados do DATASUS de 2001 apontam uma taxa de mortalidade crescente, chegando a 19,30 pessoas por 100.000 habitantes. Na cidade de São Paulo esta taxa é ainda maior, de 22,47 pessoas por 100.000 habitantes.

Quando mal controlada esta enfermidade pode representar uma pesada carga econômica para o indivíduo e para a sociedade. Dependendo do país o diabetes pode alcançar entre 5 a 14% dos gastos com a saúde (HERNANDEZ et al., 2000).

CHACRA, LERÁRIO (1998) ressaltam a importância de se realizar um programa de educação em saúde para a otimização da qualidade de vida do paciente, e apontam os seguintes objetivos no tratamento:

- 1) Aliviar e prevenir os sintomas decorrentes da hiper e hipoglicemia;
- 2) Prevenir as complicações agudas mais graves (coma hiper ou hipoglicêmico);
- 3) Melhorar a sensação de bem-estar e qualidade de vida do paciente;
- 4) Prevenir as complicações crônicas da doença, como a micro e a macroangiopatia e as neuropatias.

Ainda segundo CHACRA, LERÁRIO (1998), os fatores de risco relacionados com nutrição, obesidade, sedentarismo, suscetibilidade genética e estresse entre outros, são capazes de desencadear deficiências metabólicas. Deste modo fica evidente a influência do estilo de vida e das condições de vida das pessoas no curso da história natural da doença.

Porém o distanciamento de comportamentos preventivos às doenças crônicas e a adoção de um estilo de vida negativo estão presentes, principalmente em sociedades industrializadas, que vem experimentando nas últimas décadas, elevações significativas dos índices de morbidade, não só relacionadas ao diabetes, mas também relacionados às doenças crônicas como os acidentes vasculares cerebrais e cardíacos, neoplasias malignas e os distúrbios articulares.

O conceito de **estilo de vida** tem evoluído ao longo da história da ciência epidemiológica em sua busca para explicar a influência dos elementos ambientais, biológicos e das relações individuais e institucionais às quais estão sujeitas as coletividades.

NAHAS (2001) evidencia a importância da adoção de comportamentos saudáveis em busca de uma saúde positiva, contrastando com a manutenção de comportamentos de risco que podem ser relacionados ao aumento dos índices de morbidade (incidência de doenças na coletividade) e de mortalidade.

Segundo este mesmo autor, **estilo de vida** é o conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas onde devem ser valorizados elementos concorrentes ao bem-estar pessoal como o controle do estresse, a nutrição equilibrada, a atividade física regular, os cuidados preventivos com a saúde e o cultivo de relacionamentos sociais.

BLACK (2002) constatou que a maioria dos adultos diabéticos, por mais que controlem a doença, são menos saudáveis do que aqueles que não possuem a doença. Somando a isso ressaltou que o risco médio de diabéticos adquirirem patologias associadas também são maiores, atribuindo aos mesmos, incapacidades, depressão, problemas cognitivos e uma qualidade de vida pobre. Porém esta constatação não deve em hipótese nenhuma baixar a auto-estima dos diabéticos, mas sim encorajá-los a mudar essa realidade, pois um bom programa de qualidade de vida ao qual se propõe este trabalho visam melhoras em

seus padrões de saúde a ponto de que os mesmos consigam viver tão bem quanto os não diabéticos.

Os diabéticos possuem 30% a mais de incapacidades quando observados na faixa dos 45 aos 60 anos, e acima de 45% quando com 70 anos ou mais, comparado com somente 10% a 20% quando os indivíduos não são diabéticos.

HERNANDEZ *et al.* (2000) consideram que, para uma correta e eficiente aplicação de um programa aos diabéticos, devemos nos sustentar em quatro bases fundamentais:

1. Que o programa seja efetivo para a maioria dos pacientes; A realidade nos mostra que os mais acometidos pelas complicações do diabetes são as comunidades carentes, cuja capacidade de absorver informações são limitadas e, deste modo, necessitam de uma abordagem especial de ensino, com a utilização de exemplos práticos e com a aplicação de uma linguagem popular e acessível.
2. Que os resultados sejam objetivamente verificáveis; Através de medidas, testes e utilização de questionários podemos verificar não só objetivamente como também subjetivamente as variáveis de interesse.
3. Excepcionalmente econômico; Todo programa deve visar uma continuidade permanente, desse modo seu custo deve ser o mais econômico possível.
4. De fácil compreensão e aplicabilidade. As características do programa devem ser simples, de rápido entendimento por parte do diabéticos, pois projetos complexos em sua aplicação desestimulam os participantes que acabam não visualizando com clareza os reais objetivos do programa.

FORJAZ *et al.* (1998), ressaltam também que em alguns estados patológicos, como no caso do diabetes mellitus, esse programa precisa ser bem conduzido para que seus riscos sejam minimizados e seus benefícios aumentados.

Nestas condições a primeira medida terapêutica é a

normalização do percentual de gordura, através de exercícios físicos e orientação nutricional, seguida por uma educação sobre diabetes, abordando temas gerais sobre a moléstia, diferentes terapias, conseqüências da doença não tratada ou não adequadamente controlada, enfatizando a importância dos exercícios físicos e do planejamento alimentar (CHACRA, LERÁRIO , 1998).

Embora seja a redução de peso uma das mais importantes medidas para a melhora da sensibilidade insulínica, pode-se constituir em um dos objetivos mais difíceis de serem atingidos e o sucesso da intervenção sobre o estilo de vida tornam-se essenciais.

BEAMER (2000) chama a atenção para o fato de que a maioria dos diabéticos são sedentários, desprovidos de condicionamento físico para a prática da atividade física e sem experiência na execução de exercícios. Deste modo, antes de iniciar um programa formal, apenas simples mudanças no dia-a-dia dessas pessoas podem ser consideradas como benéficas, tais como subir escadas ao invés de utilizar o elevador, caminhadas um pouco mais longas que a de costume com duração de pelo menos 10 minutos e andar mais a pé do que de carro.

O Consenso Brasileiro de Conceitos e Condutas para o **diabetes mellitus** recomenda, além dos exercícios físicos, um plano alimentar que consiste em 50 a 60% de carboidratos dando preferência aos alimentos ricos em fibras e restringindo-se os açúcares simples; o conteúdo protéico deve ser de 0,8 a 1,0 g/kg de peso desejado/dia (em geral são mais de 15 a 20%), limitando-se a 0,8 g/kg/dia em casos de nefropatias; as gorduras devem constituir-se de 20 a 25% do valor calórico total da dieta , onde menos de 10% sejam provenientes de gorduras saturadas e que isso não exceda o máximo de 300 mg diárias de colesterol.

Porém MOTTA, CAVALCANTI (1999) lembram que o custo financeiro da alimentação recomendada para o controle do diabetes é frequentemente mencionado como um fator limitante para a sua adesão, a sua situação ocupacional também pode dificultar o controle adequado em função dos horários estabelecidos, alimentação oferecida e tipo de atividade exigida.

De acordo com LESSA (1999), o próprio sistema de saúde é um outro fator limitante para o bom controle do diabetes. A qualidade da assistência médica é precária e sem ênfase preventiva. BLACK (2002) relata também alguns fatores que estão relacionados ao estilo

de vida que comprometem o diabético, como: hábito do fumo, fator de risco independente para doença cardiovascular (principalmente nas mulheres), uso do álcool, dieta inadequada e, o mais importante, a inatividade física.

No estudo realizado com os diabéticos por HERNANDEZ *et al.*(2000), foram encontradas significantes variáveis no estilo de vida destes pacientes como elevada inexistência de consultas médicas essenciais para o diabético, a falta da educação específica sobre a doença, o tabagismo e a vida sedentária.

Frente a estas observações de autores sobre a questão do diabetes, podemos inferir que o estilo de vida inadequado conduz ao mau controle metabólico, que atualmente é conhecido como um fator de primeira ordem na aparição das complicações secundárias desta doença. Assim, propõe-se um conjunto de práticas que possam auxiliar e controlar os principais aspectos relacionados com o diabetes dirigindo o portador a uma melhor qualidade de vida:

- 1) Presença mensal em palestras de instrução em diabetes;
- 2) Presença trimestral em consulta médica;
- 3) Presença mensal no podólogo;
- 4) Presença semestral ao gastroenterologista;
- 5) Alcançar e manter o peso ideal;
- 6) Praticar exercícios físicos de forma sistematizada de acordo com a capacidade individual;
- 7) Evitar o uso do álcool e do tabaco.

Estas propostas devem sempre ser enfatizadas nas reuniões e a sugestão é que as mesmas venham a compor a cartilha do diabético, e que estejam em comum acordo com o posto de saúde local, a fim de que as consultas possam ser previamente agendadas e cumpridas.

Outra ênfase que deve ser dada é na prática regular de exercícios. Pesquisadores como MERCURI, ARRECHEA (2001), em atualizada revisão, elencam os benefícios dos exercícios físicos a curto, médio e longo prazo:

- Aumento no consumo da glicose;
- Diminuição na concentração basal e pós-prandial da insulina;
- Aumento na resposta dos tecidos à insulina;

- Melhora nos níveis da hemoglobina glicosilada;
- Melhora no perfil lipídico:
- Diminui os triglicerídeos.
- Aumenta HDL-colesterol.
- Diminui levemente LDL-colesterol.
- Diminui a pressão arterial;
- Aumento do gasto energético:
- Favorece a redução do peso corporal;
- Diminui a massa total de gordura;
- Preserva e aumenta a massa muscular.
- Melhora o funcionamento do sistema cardiovascular;
- Aumenta a força e a elasticidade muscular;
- Promove uma sensação de bem-estar e melhora a qualidade de vida.

Todos estes benefícios devem ser constantemente citados nas reuniões na intenção de que os diabéticos incorporem estes conceitos e ganhem motivação para fazer dos exercícios físicos uma constante em suas vidas. De acordo com COLBERG, SWAIN (2000), as diferentes formas de exercícios possuem variados efeitos na resposta glicêmica, especialmente em pacientes dependentes de insulina. Variações que são muito consideradas incluem o tipo de exercício, duração, frequência e intensidade, bem como o nível inicial de aptidão do paciente.

WHITE, SHERMAN (1999) sugerem ao paciente diabético as seguintes recomendações:

- Dentre as atividades aconselhadas, escolha a qual você gosta mais, para que possa incorporá-la no seu estilo de vida;
- Caso sinta tontura quando estiver se exercitando na posição vertical (em pé), procure optar por atividade na posição horizontal como natação ou até mesmo pedalar;
- Atividades como alpinismo e mergulho podem ser perigosas se houver alguma possibilidade de hipoglicemia;
- Levantamentos de peso podem complementar de maneira

agradável um programa de exercícios. Porém, muitas pessoas diabéticas devem se utilizar de baixas cargas;

- Prevenir lesões pelo aquecimento antes dos exercícios com 5 a 10 minutos de atividade moderada e alongamentos; após o exercício, voltar ao repouso com 5 a 10 minutos de exercícios leves e relaxantes;

- Verifique sua taxa glicêmica antes e após o trabalho e a cada 20 ou 30 minutos de exercícios. Se sua taxa de açúcar for menor que 100 mg/dl tome um lanche contendo de 15 a 30 gramas de carboidratos antes do exercício, mas se sua taxa estiver excessiva, ou seja, acima de 250 mg/dl (para tipo II) e acima de 200 mg/dl (para tipo I), adie o exercício até ocorrer a queda desta taxa;

- Saber reconhecer os sinais de hipoglicemia (tontura, sudorese, tremedeira, visão dupla) e tomar um lanche quando isto ocorrer;

- Exercitar-se somente 1 a 2 horas após a refeição;

- Evitar exercícios durante o pico de insulina. Exercícios pela manhã seria o ideal. Pessoas que possuem diabetes tipo I devem evitar exercícios à tarde se possível;

- Ajustar a dosagem de insulina se necessário (normalmente o exercício proporciona esta condição);

- Após exercício intenso ou prolongado, você pode necessitar de carboidratos extras, durante as próximas 24 horas, a fim de reabastecer as reservas musculares e hepáticas, para prevenir a hipoglicemia tardia;

- Beber água aproximadamente a cada 2 horas após o exercício, a fim de repor o líquido eliminado durante a execução dos exercícios;

- Utilizar calçados confortáveis e meias apropriadas que não

retenham umidade, para prevenirem as bolhas, manter os pés secos e minimizar ou prevenir traumas, principalmente se existe neuropatia periférica;

- Evitar a ingestão de álcool à tarde ou na noite anterior e no dia do exercício;

- Utilizar uma identificação (emblema de doença), que possa ser visto facilmente, para que as pessoas possam proceder de maneira segura caso ocorra algum problema numa emergência;

- Praticar os exercícios de maneira divertida e com amigos ajudam na permanência desta prática saudável.

Os mesmos autores supracitados propõem metas no tratamento de indivíduos portadores de diabetes:

|                                |   |                                |
|--------------------------------|---|--------------------------------|
| Índice de massa corporal (IMC) | = | 20 – 25                        |
| Pressão Arterial (mm Hg)       |   |                                |
| - Sistólica                    | = | < 135                          |
| - Diastólica                   | = | < 80                           |
| Glicemia (mg/dl)               |   |                                |
| - Jejum                        | = | 110 a 126                      |
| - 2 horas pós-prandial         | = | 140 a 160                      |
| Hemoglobina Glicosilada (%)    | = | limite superior ou pouco acima |
| Colesterol (mg/dl)             |   |                                |
| - Total                        | = | < 200                          |
| - HDL                          | = | > 45                           |
| - LDL                          | = | < 100                          |
| - Triglicérides (mg/dl)        | = | < 150                          |

Deve-se procurar atingir os valores mais próximos do normal, utilizando-se de medidas farmacológicas identificadas e receitadas pelo médico, exercícios físicos sob a supervisão de profissional da área e orientação nutricional adequada.



## **A estrutura do Programa Qualidade de Vida & Diabetes**

O grupo atual é composto de homens e mulheres residentes no Bairro Santa Mônica na cidade de Campinas, no estado de São Paulo, e são portadores de diabetes tanto do tipo I, como do tipo II. Aplicamos os seguintes critérios para o grupo:

Critérios de inclusão:

- Ser diabético e ter prontuário médico no posto de saúde do bairro;
- Participar de todos os testes e atividades desenvolvidas com o grupo mediante assinatura de consentimento formal.

Critérios de exclusão:

- Não poderão estar fazendo uso de medicação que possa comprometer os resultados dos testes;
- Possuir algum comprometimento que não possibilite o mesmo de participar das atividades;
- No dia dos testes apresentar índices glicêmicos compatíveis.

Os indivíduos que apresentaram patologias associadas foram aconselhados a passar por avaliação cardiológica antes dos testes, a fim de minimizar riscos e complicações. Os participantes foram recrutados no bairro Santa Mônica, na cidade de Campinas e encaminhados ao salão paroquial da Igreja Santa Mônica, no mês de maio de 2002, onde foram realizadas as avaliações na frequência de uma vez por semana, todas às quartas-feiras das 9:00 às 10:30 horas. A divulgação do projeto se deu através de faixas e cartazes distribuídos em pontos estratégicos do bairro, bem como na utilização de mala direta para os indivíduos que possuíam prontuários no posto de saúde do bairro.

Abaixo segue o material utilizado na divulgação, e os cartazes e banners distribuídos em pontos estratégicos do bairro, em frente à igreja, no posto de saúde e em ruas e avenidas movimentadas, este trabalho contou com a ajuda dos agentes de saúde do posto local.

**PROJETO: QUALIDADE DE VIDA & DIABETES**

ORGANIZADO POR ALUNOS E PROFESSORES DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
FÍSICA DA UNICAMP

PESSOAL ENVOLVIDO: DIABÉTICOS DO SANTA MÔNICA

LOCAL: SALÃO PAROQUIAL AO LADO DO POSTO DE SAÚDE

DATA: 09 DE OUTUBRO DE 2002 ÀS 9:00 HORAS

PARTICIPE CONOSCO DESTE PROJETO EM BUSCA DE  
UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA

**PROJETO:  
QUALIDADE DE VIDA  
&  
DIABETES**

ORGANIZADO POR ALUNOS E  
PROFESSORES DA FACULDADE DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA DA UNICAMP

**PESSOAL ENVOLVIDO:**  
DIABÉTICOS DO SANTA MÔNICA

**LOCAL:**  
SALÃO PAROQUIAL AO LADO DO  
POSTO DE SAÚDE

**DATA:**  
09 DE OUTUBRO DE 2002 ÀS 9:00  
HORAS

**PARTICIPE CONOSCO DESTE  
PROJETO EM BUSCA DE  
UMA MELHOR QUALIDADE DE VIDA**

Na seqüência um exemplo da carta encaminhada aos diabéticos, após levantamento dos endereços junto ao posto de saúde local, contando com o apoio dos agentes de saúde na entrega das cartas:

**PROJETO DE PESQUISA: DIABETE,  
ATIVIDADE FÍSICA & QUALIDADE DE VIDA.**

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO: PROF. DR.  
ROBERTO VILARTA (UNICAMP)**

**PÓS-GRADUANDOS: FREDERICO TADEU  
DELOROSO (UNICAMP)**

**DÊNIS MARCELO MODENEZE (UNICAMP)**

LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DO PROJETO:  
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS DE ATIVIDADE FÍSICA  
ADAPTADA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS(UNICAMP).  
PROJETO VINCULADO AO PROGRAMA DE PÓS-  
GRADUAÇÃO DESTA INSTITUIÇÃO.

Leia com atenção. Este projeto será desenvolvido em caráter de pesquisa científica e objetiva avaliar o nível de aptidão física da população diabética do bairro Santa Mônica de Campinas/SP, bem como possíveis benefícios à qualidade de vida advinda deste perfil de condicionamento e levantamento de questões epidemiológicas.

Analisaremos e correlacionaremos os dados abaixo relacionados:

- Qualidade de Vida;
- Índice de Atividade Física;
- Aptidão Física;
- Estágio Patológico do Diabetes;
- Grau de Conhecimento do Diabetes.
- Comportamento Alimentar

Acreditamos que este estudo colabore com a elaboração de um futuro projeto, mais específico, que possa atender as principais necessidades apontadas por esta pesquisa, criando um programa multidisciplinar continuado e adaptado para pessoas diabéticas. Contamos com sua participação!

**1ª REUNIÃO:** Nesta 1ª reunião estaremos explicando detalhadamente o nosso programa, além de cadastrarmos as pessoas.

**DATA:** 25 de Setembro (Quarta-feira)

**LOCAL:** Salão paroquial (ao lado do Posto de Saúde – Santa Mônica)

**Horário início:** 09:00 horas

**Horário término:** 10:30 horas

Toda a divulgação contou inicialmente com a participação de apenas 8 pessoas, porém isto não nos desanimou. Na 1ª reunião recebemos as pessoas de modo bem informal procurando, desde o início, criar um ambiente familiar e prazeroso. Durante as reuniões seguintes lançamos a idéia de proporcionar um bingo aos participantes, o que funcionou muito bem e chegamos a contar com 50 participantes.

O passo seguinte foi apresentar a fase inicial do programa, de forma bem resumida, que consistiu na abordagem dos seguintes fatores:

- Apresentação dos profissionais envolvidos;
- Apresentação do programa explicando;
- Objetivos;
- Importância da participação dos diabéticos;
- Os passos de cada fase do programa;
- Motivação;
- Responsabilidade e seriedade.

Foram adotados os procedimentos de ética da pesquisa em seres humanos de acordo com as normas legais, tendo sido aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unicamp.

A proposta inicial do projeto foi detectar o perfil do grupo com o qual iríamos trabalhar. Deste modo aplicamos os questionários relacionados abaixo:

- **Qualidade de vida** = Whoqol Breaif, questionário auto-explicativo sobre estilo de vida e hábitos diários proposto pelo WHOQOL Group da Organização Mundial da Saúde, em 1995. Este questionário foi aplicado com a intenção de verificar a qualidade de vida subjetiva do grupo, foi aplicado em forma de entrevista, uma vez que a maioria dos diabéticos apresentou dificuldades na leitura e compreensão da estrutura do mesmo.
- **Índice de Atividade Física** = questionário auto-explicativo sobre atividades físicas proposto por BAECKE et al. (1982). Também foi aplicado em forma de entrevista sem maiores problemas.
- **Questionário sobre o conhecimento do diabetes** = com a finalidade de avaliar o quanto o sujeito sabe sobre esta patologia, proposto por GARCIA et al. (2001), com o objetivo de detectar o nível inicial do conhecimento e a sua possível evolução intra-grupo. Aplicado em forma de entrevista.
- **Levantamento clínico sobre o estágio da doença** = com a finalidade de detectar doenças associadas e quais os órgãos lesados secundariamente pelo diabetes, junto ao prontuário médico de cada indivíduo, levantado após autorização responsável pelo posto de saúde do bairro.
- **Comportamento alimentar** = proposto pelo programa AGITA SÃO PAULO (1998), que avalia o hábito alimentar mediante a investigação do número e frequência de consumo de porções de alimentos segundo os grupos da pirâmide alimentar. O formulário foi aplicado mediante entrevista.

Além dos questionários subjetivos, o programa visou verificar o estado atual de condicionamento físico dos diabéticos e assim aplicou testes e medidas específicas.

Para a realização dos testes e medidas deste estudo foram necessários os seguintes materiais:

- Balança antropométrica (Welmy, com selo de verificação do INMETRO);
  - Fita métrica fixada à parede; esquadro antropométrico graduado em centímetros.
  - Adipômetro Científico (Cescorf, calibrado);
  - Trena antropométrica flexível (Cardiomed);
- Com estes materiais foram possíveis as mensurações de medidas como:

- Peso em quilogramas, com precisão de 100 gramas;

Nesta medida os avaliados, vestindo camiseta e calça, calção ou saia, sem calçado, subiam sobre a balança, devidamente apoiada em solo nivelado, em pé, de frente para a escala da balança, com afastamento lateral dos pés, eretos e com olhar fixo à frente. A balança foi recalibrada após a medida de cada 10 sujeitos. Foi realizada apenas uma medida para cada indivíduo, sendo anotada em uma planilha com a aproximação de 0,1 quilograma.

- Estatura em metros, com graduação de centímetros;

Esta medida foi tomada no mesmo dia da mensuração do peso, de modo que os avaliados, portando a mesma vestimenta, foram colocados um a um em posição ortostática, com os pés unidos, e foram orientados a encostarem-se na parede com as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital. As medidas foram realizadas com os sujeitos em apnéia inspiratória e com a cabeça orientada no plano de Frankfurt, paralela ao solo. As medidas foram feitas com o esquadro antropométrico em ângulo de 90° em relação à fita fixada na parede nivelada.

Com as medidas descritas acima foram possíveis os cálculos do Índice de Massa Corporal (IMC) de cada pessoa, sendo que este

índice determina a relação do peso corporal para a estatura do indivíduo, definindo assim se este é aceitável ou não, permitindo classificar o grau de sobrepeso ou obesidade do indivíduo. Este índice antropométrico, de acordo com HEYWARD (1996), é amplamente reconhecido por predizer risco de doenças crônico-degenerativas. O cálculo é simples, sendo necessário apenas dividir o peso em quilogramas pela estatura em metros ao quadrado:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em quilogramas}}{(\text{Estatura em metros})^2} \quad \frac{\text{kg}}{\text{m}^2}$$

Foi adotada a classificação de acordo com a (Organização Mundial da Saúde, 1997), independente do gênero, representada no quadro abaixo:

| <b>Classificação</b> | <b>IMC</b>  |
|----------------------|-------------|
| Abaixo do normal     | < ou = 18,5 |
| Normal               | 18,5 – 24,9 |
| Sobrepeso            | > ou = 25   |
| Pré-Obeso            | 25 – 29,9   |
| Obeso Classe I       | 30 – 34,9   |
| Obeso Classe II      | 35 – 39,9   |
| Obeso Classe III     | > ou = 40   |

*Fonte: (OMS, 1997)*

- Perimetria de cintura e de quadril, com precisão de 0,1 centímetros;

Tivemos algumas dificuldades para coletar estas medidas, pois, de acordo com o protocolo adotado de HEYARD (1996), os avaliados deveriam ser medidos apenas com as roupas íntimas, mas para evitar o constrangimento e desintegração do grupo, optamos por realizar as medidas sobre as vestimentas que os mesmos possuíam. Tivemos a coerência de realizar as medidas sobre o mínimo de vestimenta possível de cada pessoa. MATSUDO, (2000) coloca que as medidas antropométricas de cintura e quadril estão relacionadas

significativamente com a gordura intra-abdominal e sua relação com a gordura visceral. A relação cintura e quadril é calculada dividindo o valor da circunferência da cintura (em centímetros) pelo valor da circunferência do quadril (em centímetros). Alguns valores são sugeridos na literatura como critérios de risco de desenvolvimento de doenças cardíacas, como estes apresentados por HEYARD, (1996):

| RISCO         | IDADE   | RISCO ALTO  | RISCO MUITO ALTO |
|---------------|---------|-------------|------------------|
| <b>Homem</b>  | 50 – 59 | 0,97 - 1,02 | > 1,02           |
|               | 60 – 69 | 0,99 – 1,03 | > 1,03           |
| <b>Mulher</b> | 50 – 59 | 0,82 – 0,88 | > 0,88           |

- Dobra cutânea de tríceps e panturrilha, com precisão de 0,1 milímetros.

Optamos por avaliar estas dobras, em virtude de serem acessíveis para obtermos essas medidas e também porque não causariam constrangimentos nas mulheres do grupo. A intenção de obter o somatório destas dobras não está em determinar o percentual de gordura dos indivíduos, mas sim de compará-las com medidas futuras com a finalidade de prever se houve ou não alterações destas dobras numa análise longitudinal do projeto. Os indivíduos foram colocados em pé com os braços relaxados ao longo do corpo, sendo a medida realizada na face posterior do braço (tricipital), na distância média entre a borda supralateral do acrômio e a borda inferior do olécrano, seguindo o eixo longitudinal do membro. A medida da dobra da panturrilha foi tomada com o avaliado sentado, joelho fletido a 90°, tornozelo em posição anatômica e pés sem apoio. A medida foi tomada no sentido paralelo ao eixo longitudinal do corpo, na altura da maior circunferência da perna, destacando-a com o polegar apoiado no bordo medial da tíbia (FERNANDES, 1999).

Além destas variáveis antropométricas foram avaliadas medidas de flexibilidade, com a utilização do aparelho denominado “Banco de Wells”, com precisão de 0,1 centímetros. Para realização deste teste o indivíduo sentou-se no chão com as pernas estendidas e os pés encostados no “Banco de Wells” e os braços estendidos um sobre o outro. Ao nosso comando o avaliado foi orientado a flexionar o tronco e ir lentamente para frente, deslizando suas mãos ao longo da fita métrica até atingir o ponto mais distal, sem flexionar os joelhos. Foram feitas



três tentativas com cada indivíduo e foi considerado o melhor valor obtido de cada pessoa (MATSUDO, 2000).

O teste de potência muscular utilizado para avaliar a força do membro superior foi o de flexão de cotovelo com a utilização de halteres de 2 e 4 quilogramas, este teste é alternativo e foi descrito por RIKLI & JONES (1999) para mensurar indiretamente a força dos membros superiores quando não se tem à disposição um dinamômetro manual.

Tanto para este como para o próximo teste foi necessária a utilização de um cronômetro e de uma cadeira com encosto reto e sem braços. No procedimento, cada pessoa avaliada foi orientada a sentar-se à cadeira, com as costas retas no encosto e com os pés totalmente apoiados no chão, com o lado dominante do corpo perto da extremidade lateral da cadeira. O peso foi seguro lateralmente ao corpo pela mão dominante fechada. O teste começou com o braço estendido ao lado da cadeira e perpendicular ao chão. Ao nosso sinal, o cronômetro era acionado e o avaliado iniciava o teste, virando a palma da mão para cima enquanto flexionava o antebraço, completando totalmente o ângulo de movimento, retornado depois à posição inicial com o cotovelo totalmente estendido. Cada avaliado foi encorajado a executar o maior número possível de repetições dentro do prazo de 30 segundos. Foram anotados os resultados de cada pessoa ao final do teste.

Aplicamos também o teste de levantar e sentar da cadeira em 30 segundos. No procedimento o avaliado iniciava o teste sentado na cadeira com as costas retas e os pés apoiados no chão. Os braços ficavam cruzados contra o tórax. Ao nosso sinal, o cronômetro era acionado e o avaliado se levanta, fica totalmente em pé e então retorna a posição inicial. Cada avaliado foi encorajado a sentar-se e levantar-se completamente o maior número de vezes em 30 segundos. Ao final do teste o resultado era anotado numa ficha especialmente elaborada (RIKLI & JONES, 1999).

Utilizamos também um teste para avaliar a agilidade corporal proposto por MATSUDO (2000), que tem como objetivo detectar a capacidade do indivíduo para sentar-se, levantar-se e locomover-se com agilidade e equilíbrio. Para a realização deste teste utilizamos uma cadeira com braços, trena, dois cones, cronômetro e fita adesiva. No procedimento posicionamos a cadeira no solo e dez centímetros a sua frente demarcamos um “X” com fita adesiva, pois a cadeira tende a

mover-se durante o teste. A partir desta demarcação, colocamos dois cones diagonalmente a cadeira: a uma distância de quatro metros para frente e 3 metros para o lado direito e esquerdo da mesma de acordo com a figura abaixo. O indivíduo iniciava o teste sentado na cadeira, com os pés fora do chão. Ao nosso sinal o avaliado se levantava, movia-se para a direita, circulava o cone, retornava para a cadeira, sentava e retirava os pés do chão. Sem hesitar, o mesmo levantava novamente, movia-se agora para a esquerda, circulava o cone e retornava novamente para a cadeira, afastando os pés do chão. Imediatamente, realizava um novo circuito exatamente igual ao primeiro. Os avaliados foram instruídos a realizar o percurso o mais rápido possível. Foram realizados dois circuitos para cada pessoa, e foi anotado o melhor resultado de tempo em segundos. Neste teste tomamos o cuidado de acompanhar cada indivíduo durante o percurso, a fim de evitar qualquer acidente.

Após a aplicação dos testes e dos questionários, os dados obtidos foram analisados juntamente com a literatura corrente, o que possibilitou a elaboração da proposta de programa de qualidade de vida para os diabéticos residentes no Bairro Santa Mônica.

Esta proposta consistiu em manter as reuniões semanais, onde os diabéticos aprenderiam cada vez mais sobre os exercícios físicos, hábitos alimentares saudáveis e novas formas de tratamento de diabetes com palestras especiais elaboradas por profissionais de diversas áreas da saúde.

O grupo foi dividido em três subgrupos nomeados de A, B e C, apenas para que os mesmos pudessem se organizar para realizarem a seqüência de exercícios elaborada especificamente para o grupo. Como método didático, montamos 3 folhetos contendo as ilustrações dos exercícios, um para cada grupo. E nas reuniões fomos ensinando paulatinamente cada exercício. A cada trinta dias os folhetos com os exercícios eram trocados, a fim de que todos passassem por todos os exercícios dos três folhetos. Esta medida foi tomada pela escassez de material como colchonetes, barras e halteres.

Hoje, maio de 2004, o grupo se encontra realizando os exercícios pelo menos três vezes por semana e se encontrando uma vez por semana nas reuniões, e estão capacitados a dar continuidade a uma associação de diabéticos, cujo objetivo esteve presente desde o início do trabalho. O envolvimento com futuros doutorandos e mestrandos se torna viável para que o envolvimento comunidade e

faculdade nunca se desligue, tornando o conhecimento científico algo aplicável e com responsabilidade social.

## Referências bibliográficas

BAECKE, J. A. H., J. BUREMA, AND J. E. R. FRIJTERS. A short questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. **Am. J. Clin. Nutr.** 36:936-942, 1982.

BEAMER, B.A. Exercise to Prevent and Treat Diabetes. **The Physician and Sports Medicine.** vol.28, n.10, 2000.

BLACK, S. Diabetes, Diversity, and Disparity: What Do We Do With the Evidence. **American Journal of Public Health.** vol.92, n.4, 543-548, 2002.

CHACRA, A.R.; LERÁRIO, D.D.G. Novos Avanços na Terapia do Diabetes Tipo 2. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.** vol.8, n.5, 914-922, 1998.

COLBERG, S.R.; SWAIN, D.P. Exercise and Diabetes Control. **The Physician and Sports Medicine.** vol.28, n. 4, 2000.

DATASUS – IDB - **Ministério da Saúde/Funasa/CENEPI/Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e IBGE.** 1999.  
Endereço eletrônico:  
(<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2001/c12.def>)

FERNANDES FILHO, J., **A Prática da Avaliação Física.** Editora Shape, Rio de Janeiro, 1999.

FORJAZ, C.L.M.; TINUCCI, T.;ALONSO, D.O.;NEGRÃO, C.E. Exercício Físico e Diabete **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.** vol.8, n.5, 981-990, 1998.

GARCIA, A.; VILLAGOMEZ, E. T. ; BROWN, S. A.; KOUZEKANANI, K. ; HANIS, . L. **APPENDIX-Diabetes**

**Knowledge Questionnaire**; Diabetes Care, Volume 24(1).January 2001.16-21

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde - Celafiscs. Anais do **Programa Agita São Paulo**, São Paulo, 1998.

HERNANDEZ, A. Q.;GRANJA, L.L.;SERRANO, V.C.;LUNA, A. M.; LEYVA, P.M.; MORENO, A. Q. La calidad de la vida del paciente diabético. **Revista Cubana de Medicina General Integral**. vol.16, n.1, 50 – 56, 2000.

HEYWARD, V; STOLARCZYK, LM. Anthropometric method. Applied body composition assessment. Ed. Champaign: **Human Kinetics**;p. 76-85, 1996.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: Bases Epidemiológicas. In Rouquayrol, M.Z., Almeida Filho, N.. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. p 285-299.

MATSUDO, S.M.M. **Avaliação do Idoso: Física e Funcional**. Ed. Midiograf. Londrina. 2000.

MERCURI, N.; ARRECHEA, V. Atividade Física e Diabetes Mellitus. **Diabetes Clínica**. Vol 4, 347 – 349, 2000.

MOTTA, D.G.; CAVALCANTI, M.L.F. Diabetes Mellitus Tipo 2 , Dieta e Qualidade de Vida. **Saúde em Revista**. vol.1, n. 2, 17-24, 1999.

NAHAS, M.V. – **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. Editora Midiograf, Londrina, 2001.

NIEMAN, D.C. – **Exercício e Saúde**. São Paulo. Editora Manole, 1999..

RABELO, L.M.; MARTINEZ, T.L.R. Dislipidemias. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. vol.8, n.5, 908-913,1998.

RIKLI, R; JONES, J. Functional fitness normative scores for community-residing older adults, ages 60-94. **Journal of Aging Physical Activity**, 7 162-181, 1999.

WHITE, R.D.; SHERMAN, C. Exercise in Diabetes Management. **The Physician and Sports Medicine**. vol.4, n. 27, 1999.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment ( WHOQOL) : position paper from the The World Health Organization. *Social Science and Medicine*. vol.41, n.10, 1403-1409, 1995.



# Capítulo VIII

## Educação continuada para a paz e a cidadania

Os conceitos do Programa Municípios/Comunidades Saudáveis levam em conta, essencialmente, a promoção da Educação como fundamental no processo de construção de uma cidadania plena e ativa. Como no caso da Saúde, o esforço no Complexo São Marcos é facilitado por várias iniciativas em Educação já desenvolvidas na região, com expressivo envolvimento da comunidade universitária. Um conceito presente em todas essas propostas é o da Educação Continuada, no sentido de considerar a Educação como um processo permanente. O ser humano, desde o seu nascimento até a sua morte, está em constante aprendizado. Em uma sociedade de avanços tecnológicos permanentes e muito marcada pelos meios de comunicação, como é o caso da sociedade contemporânea, a Educação Continuada se torna ainda mais importante. Estas são algumas das propostas básicas, também considerando indicações dos órgãos internacionais do sistema das Nações Unidas:

- **Educação infantil plena** – Os índices de acesso de crianças e adolescentes à Educação melhoraram no Brasil nos últimos anos. O índice oficial de escolarização na faixa de 7 a 14 anos, no início do século 21, é de 92,5%. Entretanto, permanecem alguns sérios desafios a serem enfrentados, como os índices de desistência ainda altos. Outro desafio sério é encontrar vagas em unidades de educação infantil, como creches, para os filhos das famílias mais carentes. Em 2003, mais de 10 mil crianças de até seis anos não tiveram vagas em creches em Campinas. Outro desafio é conseguir uma Educação de qualidade, voltada para a construção de uma cidadania ativa e para a consolidação da auto-estima de crianças e adolescentes, como meio seguro de preparação para enfrentar situações de risco e de conflitos. Propostas de ação: construção de alianças para permitir democratização da Educação e ensino de qualidade; diagnóstico

e indicadores eficientes para assegurar acompanhamento permanente do quadro educacional em um município de porte metropolitano.

- **Educação para adultos** – É inconcebível o analfabetismo em pleno século 21 e sobretudo em uma cidade conhecida por seu pólo científico e tecnológico como Campinas. A Educação de adultos também deve ser prioridade, considerando que apenas ela pode assegurar alguma expectativa de emprego, por exemplo, em um mercado de trabalho cada vez mais restritivo como o brasileiro. Além do mais, somente a Educação pode despertar e/ou fortalecer o potencial crítico, entre crianças, adolescentes e também adultos. Propostas de ação: promover a Educação Continuada, como meio de preparação de pessoas da comunidade como agentes críticos e ativos no processo de transformação social; apoio a iniciativas como Movimento de Alfabetização de Adultos (MOVA), já presente e atuante em vários Municípios; ampliação do Alfabetização Solidária, proposto no âmbito federal; cursos de atualização e capacitação para adultos, incluindo áreas de Informática e meio ambiente.

- **Parceria Universidade/comunidade** – É fundamental consolidar e ampliar iniciativas caracterizadas pelo envolvimento da Universidade em ações de benefício comunitário, principalmente em termos de capacitação e profissionalização, considerando a tecnologia desenvolvida pela academia. Propostas de ação: treinamento de agentes comunitários, considerando elementos como ética nas relações humanas e declarações/estatutos de direitos humanos e de direitos da criança e do adolescente; uso de computadores para montagem de banco de dados/documentação; noções sobre Sistema Único de Saúde (SUS) e em assistência primária, secundária e terciária de saúde; noções de Educação e Cultura como direito de cidadania; estímulo à leitura e à formação de creches comunitárias; estímulo a ações voltadas para fortalecer a solidariedade comunitária e a cultura de paz; fomento à criação de bibliotecas comunitárias e grupos de teatro, musicais, dança e outros.



## EDUCAÇÃO EM UMA COMUNIDADE SAUDÁVEL:

**criando oportunidades de aprendizagem para a vida**

*José Armando Valente*

*Departamento de Multimeios e do*

*Núcleo de Informática Aplicada à Educação da Unicamp*

*Ced - PucSP*

### **Introdução**

Este capítulo procura responder a seguinte indagação: Qual a relação que existe entre as questões educacionais e a constituição de uma comunidade saudável?

Ser pensarmos que o “saudável” se refere somente à questão da saúde ou da ausência de doenças, então as relações com educação praticamente inexistem ou são marginais. Porém, se o saudável se refere, como propõe a Organização Mundial da Saúde, à promoção da auto-estima, da qualidade profissional, da evolução social e do exercício da cidadania, do senso de responsabilidade, de solidariedade e do engajamento cívico, então a educação está intimamente ligada ao estabelecimento de uma comunidade saudável.

Realmente a educação está se tornando essencial em nossa vida, a ponto de não ser possível pensar em desenvolvimento de ações comunitárias que não impliquem em mudanças, novas atitudes, posturas e valores ou mesmo um novo produto ou serviço que é realizado. Sempre estamos trocando informações ou gerando novos conhecimentos, que, em última instância, significa aprendizagem, entendida aqui como produto de uma ação educacional.

Esta visão de educação nos coloca em uma posição um pouco diferente daquela que estamos acostumados, ou seja, a de associar a educação com algo que só acontece na escola, ou por meio de uma ação formal de professor ensinando o aluno. Certamente, até o momento, a escola tem sido, praticamente, o único ambiente de aprendizagem de que claramente dispomos em nossa sociedade. E a

escola tradicional ainda está baseada na idéia do professor que sabe tudo, ensinando o aluno que não sabe nada. No entanto, está ficando cada vez mais evidente que a sociedade está preocupada com a disseminação de outros ambientes como, por exemplo, a criação de situações que permitem às pessoas contruírem conhecimentos enquanto fazem compras no supermercado ou enquanto visitam um museu ou mesmo nas empresas de bens e serviços, quando investem na formação dos seus trabalhadores e passam a ser vistas como “organizações de aprendizagem”.

Por outro lado, do mesmo modo que estamos interessados em uma educação que acontece em outras situações da vida, queremos também desvincular a necessidade de mais educação como meio para nos tomarmos mais competitivos no mercado globalizado, mais aptos a conseguirmos emprego ou mesmo termos melhores posições econômicas. Estes são aspectos que não devem ser esquecidos, porém a educação tem um papel mais amplo e mais nobre do que preparar pessoas para ter um emprego. Na verdade a educação deve criar oportunidades de aprendizagem para a vida, pois estamos aprendendo desde o instante que nascemos e temos condições de continuar a aprender até o derradeiro momento da nossa vida.

No entanto, para que estes ambientes criados pela sociedade sejam aproveitados e consigamos aprender ao longo da vida, as pessoas devem estar preparadas e ir além da aprendizagem das habilidades inerentes ao emprego que exercem. Elas devem ser capazes de aprender continuamente e, portanto, de aprender a aprender. Porém, como atingir este objetivo, sendo que nem mesmo o sistema educacional é capaz de fazê-lo?

A escola e o atual sistema educacional têm estado muito voltados para a preparação de pessoas para a vida profissional, para o mercado de trabalho. Eles não têm preparado as pessoas ou mesmo os profissionais para serem aprendizes autônomos e conseguirem aprender continuamente. Isto significa que organismos da sociedade civil devem investir na preparação de cidadãos não somente para que eles sejam produtivos, mas auxiliá-los a aprender a aprender.

## Ações de educação a serem realizadas

Como foi dito anteriormente, as ações de saúde no Programa Comunidade Saudável não estão restritas ao tratamento de doenças ou cura dos enfermos, mas a promoção da Saúde, garantindo essencialmente a todo ser humano o empoderamento dos meios que lhe permitam assegurar os seus direitos de cidadania. Do mesmo modo, as ações de educação não devem estar restritas à transmissão de informação aos membros da comunidade – fornecendo informação como se fornece “remédio” a um doente.

A educação deve estar centrada na compreensão de conceitos e práticas que as pessoas realizam de modo que elas possam ser incorporadas ao cotidiano. Ou seja, a abordagem educacional a ser utilizada não é baseada somente na transmissão de informação, mas no processo de construção do conhecimento, resultante da troca de experiências entre as pessoas. Estamos assumindo que todos têm vivências e experiências acumuladas e que podem ser compartilhadas, um auxiliando o outro e, portanto, ensinando e aprendendo ao mesmo tempo.

Na verdade, o objetivo da ação educacional a ser realizada no Programa Comunidade Saudável é o desenvolvimento de uma educação que permita a formação de uma **comunidade de aprendizagem**, no sentido que todos os envolvidos adquiram competências e habilidades para serem capazes de aprender continuamente ao longo da vida. Certamente este objetivo não é conseguido ministrando aulas sobre aprender ou sobre tecnologias, mas esta educação deve estar centrada em:

- Ambientes de aprendizagem que favoreçam a construção de conhecimento, onde possam aprender algo que é significativo e que faça sentido na vida de cada um;
- Uso de tecnologias digitais, que funcionam como ferramenta para a realização de tarefas (software abertos), quanto como meio de interação na educação a distância (Teleduc);
- Intervenção de pessoas que atuam como educadores ou agentes de aprendizagem.

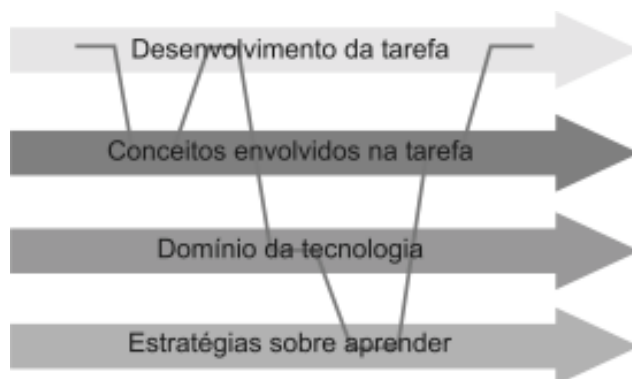
Neste sentido, as ações de educação a serem desenvolvidas contemplam a aquisição de conhecimento em diferentes áreas como:

- a) Conteúdos específicos e relacionados à função que a pessoa realiza. Por exemplo, o agente comunitário de saúde deve conhecer conceitos relativos à saúde, doenças mais comuns na região *etc.* Um membro da comunidade, interessado em organizar ações comunitárias, deve aprender sobre as diferentes técnicas de organização, como mobilizar as pessoas *etc.*;
- b) Domínio da tecnologia digital. Este domínio permitirá que o indivíduo possa utilizar os recursos tecnológicos para ter acesso à informação e auxiliar no desenvolvimento de tarefas relacionadas com o trabalho comunitário que realiza, como produção de texto, uso e manutenção de banco de dados, navegação na internet *etc.*;
- c) Domínio de uma ferramenta de Educação a Distância. O TelEduc<sup>7</sup> está sendo a ferramenta utilizada na formação dos agentes e, certamente, poderá ser usada na formação de qualquer outra pessoa da comunidade. Esta tecnologia poderá ser utilizada nos cursos de formação totalmente a distância ou complementar as atividades de formação dos cursos presenciais;
- d) Conceitos sobre aprender. As atividades práticas que cada pessoa desenvolve e as atividades de aprendizagem relacionadas aos itens acima deverão servir de objeto de reflexão com o intuito de ajudar cada um a tomar consciência do seu processo e da sua preferência de aprendizagem e, com isto, desenvolver habilidades para poder continuar a aprender ao longo da vida.

---

<sup>7</sup> *TelEduc, é um ambiente de suporte para o ensino e aprendizagem a distância, desenvolvido no Núcleo de Informática Aplicada à Educação (Nied) em parceria com o Instituto de Computação da Unicamp, sob a orientação da Profa. Dra. Heloísa Vieira da Rocha. (<http://teleduc.nied.unicamp.br>).*

A intenção é criar ambientes de aprendizagem, contextualizados nas atividades que as pessoas desenvolvem de modo que as ações realizadas possam servir como pano de fundo para trabalhar os quatro diferentes conceitos, criando oportunidades para atingir níveis de compreensão cada vez maiores. Esse processo de conceitualização pode ser facilitado por um educador preparado para ajudar os aprendizes. À medida que o indivíduo desenvolve seu trabalho, o educador pode discutir, por exemplo, uma estratégia sobre como realizar a tarefa, em outro momento, sobre um conceito disciplinar ou sobre como aplicá-lo em uma determinada situação, ou então sobre questões relativas ao domínio da tecnologia, ou mesmo sobre como aprender (onde e como buscar informação). Na verdade, é uma dança que o educador e o aprendiz realizam, transitando e trabalhando em cada uma dessas quatro vertentes de construção de conhecimento, como ilustrado na figura 1.



*Figura 1 - Dança que o educador e o aprendiz realizam, trabalhando os diferentes conhecimentos que devem ser construídos*

Porém, que recursos o educador dispõe para poder realizar essa dança? Ela será bastante facilitada se o indivíduo puder manter o registro de suas ações de modo que o educador não necessite estar todo o momento ao seu lado, explorando as diferentes situações que surgem. Por outro lado, torna-se contraproducente o fato de o aprendiz ter que interromper seu trabalho para poder registrar suas ações. Neste sentido, as características do trabalho com as tecnologias digitais fazem com que elas sejam bastante úteis, podendo desempenhar um papel

fundamental para tornar o desenvolvimento de ações uma estratégia pedagógica mais produtiva do ponto de vista da construção de conhecimento.

Isto significa que os conhecimentos sobre os conceitos específicos, sobre os aspectos tecnológicos e sobre o aprender a aprender não deverão ser adquiridos somente por intermédio de aulas expositivas presenciais, mas também usando os recursos da tecnologia digital. Neste sentido, estas tecnologias desempenharão diferentes funções nas tarefas que as pessoas realizam.

## **O papel das tecnologias digitais nas ações educacionais**

As tecnologias digitais podem ser usadas de duas maneiras: uma para auxiliar cada pessoa na realização de tarefas específicas; e como meio de interação entre pessoas, de modo que elas possam trocar idéias, a distância, sem que tenham que se deslocar para um lugar onde todos devem estar juntos, presencialmente.

No caso da realização de tarefas, as tecnologias digitais podem, por exemplo, ser utilizadas na busca da informação de que uma pessoa necessita, na elaboração de textos ou de cálculos, ou na criação e manutenção de banco de dados. Para que isto seja possível, devem ser utilizados programas de computadores específicos, que permitam a realização de cada uma destas tarefas. Porém, ao mesmo tempo em que a pessoa está desenvolvendo a tarefa, ela está representando o seu conhecimento por intermédio dos recursos oferecidos pelo computador. A máquina quando executa esta tarefa fornece uma resposta que pode ser analisada pelas pessoas de modo que o aprendiz possa verificar a efetividade de seu conhecimento. Ou seja, aqui o computador está servindo para explicitar os conhecimentos que as pessoas possuem e, com isto, permitir que o educador possa intervir e suprir as deficiências explicitadas. No entanto, isto deve acontecer não somente com relação aos conceitos envolvidos nas tarefas realizadas, mas nas outras áreas como domínio da própria tecnologia e estratégias de aprendizagem usadas.

As tecnologias digitais podem servir também como meio de interação entre o educador e o aprendiz ou entre os aprendizes, explorando as facilidades de educação a distância. No entanto, a abordagem de educação a distância a ser utilizada prevê uma alta

interação entre o educador e o aprendiz e entre os aprendizes. Esta abordagem tem sido denominada “estar junto virtual” uma vez que o sentido é a utilização do Teleduc para a formação de uma comunidade de aprendizagem, que sintam que estão juntos, uns ajudando os outros. Portanto, não se trata de uma abordagem de educação a distância que privilegia a disseminação da informação por intermédio das tecnologias digitais, mas uma abordagem que procura criar condições para que os aprendizes possam construir conhecimento a partir das práticas que realizam, da reflexão sobre estas ações e com o suporte teórico e pedagógico de uma comunidade virtual que se encontra e se ajuda mutuamente, por intermédio do Teleduc.

A presença das tecnologias digitais no Programa Comunidade Saudável prevê a implantação de uma infra-estrutura telemática na Região dos Amarais. Assim, foram instalados três laboratórios de informática, ligados em rede e à internet, um em cada um dos dois postos de saúde, um no bairro São Marcos e outro no bairro Santa Mônica, e o terceiro no Centro Antônio Costa Sousa. Estes laboratórios serão usados pelos agentes e pelos moradores dos respectivos bairros para a realização das ações educacionais, como a formação continuada dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes Sociais Comunitários, e pelos membros da comunidade na realização dos diferentes projetos que serão desenvolvidos com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde ou Agentes Sociais Comunitários.

Assim, as ações educacionais serão de duas naturezas distintas, porém usando basicamente a mesma metodologia de trabalho. Uma, na formação de agentes comunitários (na área de saúde ou social); outra, com os membros da comunidade, auxiliados pelos agentes.

A formação dos agentes será realizada por professores da Unicamp, com o auxílio de alunos de graduação ou pós-graduação – aqui denominados de docentes. Os agentes deverão realizar projetos usando as tecnologias digitais, e o desenvolvimento destes projetos ser usado como pano de fundo para trabalhar a construção de conhecimento nas quatro vertentes, como descrito acima.

As ações educacionais com os membros da comunidade poderão ser realizadas por docentes da Unicamp ou pelos agentes, dependendo da natureza do projeto e da aprendizagem envolvida. Por exemplo, se o objetivo da comunidade é desenvolver um projeto, eles poderão ser auxiliados pelos agentes comunitários. Se o objetivo for a aprendizagem

de uma determinada habilidade, o desenvolvimento dos projetos poderá ser auxiliado por um docente da universidade, procurando trabalhar a construção do conhecimento nas quatro vertentes mencionadas.

Porém, em todas estas ações o papel do agente é fundamental e, para tanto, ele deve estar preparado não só para realizar suas tarefas específicas, mas ajudar as pessoas da comunidade no desenvolvimento dos projetos comunitários.

## **A formação de agentes comunitários**

Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes Sociais Comunitários serão selecionados entre os moradores do bairro, maiores de 18 anos, que demonstram interesse em liderar atividades sócio-educativas e que são aprovados em Cursos de Extensão, realizados pela Unicamp. Assim, considerando os diferentes níveis sócio-culturais, interesses e mesmo níveis de educação de cada agente, o processo de formação deve levar em consideração estas peculiaridades, porém sempre procurando trabalhar a construção do conhecimento nas quatro vertentes mencionadas.

Nestas circunstâncias o docente deverá interagir com o agente, via Teleduc ou presencialmente, dialogando com ele no sentido de realizar a dança, como mencionado. Assim, o docente tem o papel de:

- Auxiliar o agente na construção do seu conhecimento, questionando-o e desafiando-o. Para tanto o docente deverá conhecer as idéias do agente, como ele pensa e age diante de desafios. Nesse sentido, são extremamente relevantes a realização de projetos e o uso das tecnologias digitais. Isto significa a obtenção de algo concreto, significativo e que, ao mesmo tempo, explicita o raciocínio que o agente usa na realização destas tarefas. Nesse contexto, o docente poderá identificar as potencialidades e deficiências encontradas e, ajudar o agente a construir os conhecimentos necessários para completar seu projeto;
- Transmitir informação quando necessário. Do ponto de vista educacional, é impraticável pensarmos que tudo que uma



pessoa deve saber tenha que ser construído. Educacionalmente, essa proposta é ineficaz, já que o esforço e o tempo para formarmos sujeitos com os conhecimentos que já foram acumulados pela civilização seriam enormes. Assim, o docente deve estar preparado para saber quando é importante fornecer uma informação e quando é importante que o agente construa um determinado conhecimento;

- Trabalhar os diferentes tipos de conhecimentos como os conceitos específicos, conceitos sobre as tecnologias e sobre as preferências de aprendizagem. O objetivo da atuação do docente não deve ser somente a de ajudar o agente a completar seu projeto, mas procurar desafia-lo com questões ou situações para que ele possa confrontá-las com os resultados do seu projeto. Isto deve ser feito com relação aos conceitos específicos, com relação aos conceitos tecnológicos e com relação às estratégias de aprendizagem sendo utilizadas pelo agente. Somente com este constante monitoramento que o docente realiza será possível garantir que o agente está construindo novos conhecimentos sobre os diferentes conceitos que a elaboração de um projeto propicia. Esta é a dança que docente e agente devem realizar, criando oportunidades para a construção de novos conhecimentos.

Por outro lado, o agente terá o papel de entender e procurar explicitar:

- Que conceitos e estratégias de aprendizagem ele usa. Quanto mais ele estiver atento para o processo que realiza para fazer coisas e aprender, mais ele estará se conscientizando sobre como aprende e o que deve fazer para continuar a aprender ao longo da vida;
- Como usa as tecnologias digitais para aprender. Como estas tecnologias contribuem para a realização dos projetos e para buscar novas informações, para entrar em contato com outras pessoas e assim, constituir uma rede de aprendizagem virtual, onde um ajuda o outro no processo de aprender;

- Que circunstâncias são favoráveis ao seu aprendizado. Quais são as situações que mais contribuem para que a aprendizagem seja uma experiência agradável e prazerosa como, por exemplo, trabalhar individualmente, ou em grupo, em ambiente com pouco barulho etc. Este conhecimento, juntamente com as estratégias de aprendizagem, contribuirá para que o agente possa fazer da aprendizagem ao longo da vida uma experiência prazerosa;
- Como se certifica que aprendeu. Geralmente isto é feito por meio de avaliações que o professor faz. Porém, o agente tem que ser capaz de criar mecanismos para poder ter certeza que sabe. Por exemplo, propor situações desafiadoras, indagar sobre sua performance, refletir sobre os resultados do trabalho que realiza e buscar, constantemente, melhorar sua performance e seu nível de conhecimento.

Analisando estes papéis que docentes e agentes devem desempenhar, cabe a indagação: eles estão preparados para realizá-las? Certamente não. Porém, eles podem ser preparados para exercê-las, justamente por intermédio do engajamento em ações educacionais como as descritas aqui. Somente vivenciando situações práticas de construir e ajudar outras pessoas a construírem conhecimento é que poderão desenvolver habilidades para se tornarem educadores e aprendizes que aprendem continuamente ao longo da vida. Infelizmente, estas habilidades não são adquiridas por intermédio da transmissão de informação, mas deve ser vivenciada, praticada. E isto é válido para docentes da universidade, agentes e membros da comunidade. Em síntese, isto que significa criar uma comunidade de aprendizagem, onde todos os envolvidos possam adquirir competências e habilidades para serem capazes de aprender continuamente ao longo da vida!

# O USO DE JOGOS EDUCATIVOS NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

*Octavio Henrique de Oliveira Pavan (ohpavan@unicamp.br)*

*Karla Fabiana Begosso Sampaio da Fonseca (kfabiana@unicamp.br)*

*Laboratório Interdisciplinar de Pesquisa Ação (LIPA) e Laboratório de Difusão Científica e Cultural (LDCC) Departamento de Genética e Evolução, Instituto de Biologia - UNICAMP*

## Introdução

Este artigo apresenta e propõe uma sugestão capaz de gerar a difusão do conhecimento e a modificação do comportamento da população na área da promoção da saúde.

As pessoas têm uma clara noção de que a saúde é um desafio complexo enfrentado por todos. Fica claro também que as alternativas tendem, cada vez menos, partir exclusivamente dos aparelhos governamentais. Assim, entendemos que, para minimizar os danos, é necessário que as pessoas venham à assumir uma postura ativa e participante.

Para tanto, a informação que permite conhecer, avaliar e entender a questão, de modo a poder atuar efetivamente na promoção da saúde, não é clara, ou raramente chega a uma grande parte das pessoas. Existe uma dificuldade de linguagem, de dinâmica do fluxo de informações que é patente desde a escola. É fundamental gerar mecanismos que facilitem e garantam que essas informações cheguem a todos de um modo compreensível, interessante e provoque mudanças no comportamento das mesmas.

O que estamos propondo é um sistema que estabeleça uma linguagem comum, interessante e que facilite o fluxo de informações através da utilização de jogos.

Nossa experiência mostrou que é possível gerar interesse, discussões e empolgar alunos do ensino médio e fundamental reunidos num domingo de manhã, no ginásio da UNICAMP, para uma Olimpíada de Genética. Assim como também é possível envolver as pessoas em jogos sobre Dengue, Água, Energia e Basquete(Jogo do Saber), como

ocorreu nas várias feiras do Circuito Paulista do Livro, nas 10 cidades do estado de São Paulo onde participamos no ano de 2002. Trabalhamos com esse material em um estabelecimento correccional de Sobral no Ceará e presenciamos mais de 100 detentos vibrando e discutindo sobre Dengue, num jogo realizado em dezembro de 2002. O que conseguimos fazer é transformar a atividade da transferência da informação em um processo ativo de busca do conhecimento. Durante o jogo, é legitimado um espaço de discussão que permite a aquisição do conhecimento de forma ativa e compartilhada.

Temos, portanto, a experiência com um sistema que permitirá informar e gerar uma plataforma para uma discussão sobre Saúde de uma forma divertida, atrativa e eficiente. O tema saúde que estamos propondo é elaborado de maneira transdisciplinar, multifocal e intersetorial.

Um outro aspecto dessa proposta é a introdução de protocolos práticos de ação em promoção da saúde, a partir dos quais estabelecemos uma ligação entre a teoria adquirida e a prática do dia-a-dia, considerando que uma vez gerado um ambiente basal de conhecimento, é possível discutir saúde e gerar um estímulo para provocar mudança de comportamento.

## **Objetivos da proposta**

- Implantar um mecanismo de transmissão e geração de informação em saúde baseado no prazer de aprender
  
- Estabelecer um ambiente fértil para discussão de ações em saúde no ambiente escolar e na comunidade
  
- Utilizar a linguagem dos jogos para envolver alunos, professores, escolas e a comunidade em um processo de elaboração e difusão do conhecimento gerando tomada de decisões locais em saúde (empowerment)
  
- Criar jogos, e a partir destes implementar uma Olimpíada sobre o tema Saúde que permita seu uso como plataforma para trabalhar temas transversais no ambiente escolar e dos serviços de saúde

- Criar uma série de atividades em ações práticas de promoção da saúde na forma de uma competição e baseadas no contexto teórico contido nos jogos que compõe a Olimpíada
- Sensibilizar as pessoas para a promoção da saúde integrando o conhecimento à realidade em atividades que permeiem os programas curriculares

## **Histórico**

A sugestão foi desenvolvida a partir de um projeto que visava originalmente a atualização de professores do ensino médio e fundamental na área de Ciências. Esse projeto, o Programa Pró-Ciência da CAPES/FAPESP, sob a coordenação da Sociedade Brasileira de Genética, foi desenvolvido por cinco laboratórios paulistas de Genética das três universidades estaduais de São Paulo (USP, UNESP e UNICAMP) e reuniu, em 1997, um total de 200 professores, sendo 40 deles da UNICAMP, sob nossa coordenação.

O curso foi desenhado para ser totalmente voltado para atividades práticas que suscitasse dúvidas e encaminhassem o estudo. Foi desenvolvido para essas atividades um conjunto de protocolos de mais de 20 aulas práticas baseadas em uma ampla experiência de muitos anos de ensino e pesquisa em Genética dos professores dos cinco laboratórios envolvidos. O projeto previa, ao término do curso um estágio de sei meses, com bolsa, para 3 professores em cada um dos laboratórios. As três professoras selecionadas para o estágio na UNICAMP, quando questionadas sobre quais seriam os principais problemas do professor em sala de aula e como resolvê-los, indicaram que a falta de material didático de apoio capaz de estimular o aluno seria um dos grandes problemas enfrentados. Como resposta, num breve período de cinco meses, foi produzido e editado (apoio da Reitoria da UNICAMP) um jogo de tabuleiro (Evoluindo-Genética) contendo oitocentas perguntas e respostas abrangendo praticamente todo o programa de Genética do ensino médio e fundamental.

A partir do ano de 1999, o curso de Genética do Programa Pró-Ciência (CAPES/FAPESP) foi oferecido na forma de uma Olimpíada Evoluindo-Genética, tendo o jogo como base do curso.

O programa do curso envolve uma competição entre alunos do ensino médio e fundamental baseada no jogo. No processo os alunos recebem através de um professor responsável de cada escola os jogos e, durante um período de vários meses, se preparam para competir estudando as perguntas. Nesse processo de treinamento os alunos solicitam o apoio dos professores para ajudar no estudo e entendimento dos assuntos abordados.

O professor, por um lado, tem uma surpresa agradável de verificar que um grande número de alunos solicita explicações e orientação sobre quase todos os assuntos do programa da Genética. Na grande maioria dos casos os alunos solicitam aulas extras sobre o assunto e os professores oferecem as aulas em período suplementar. Por outro lado, como as perguntas abrangem todo o programa da disciplina, os professores em geral, ou estão desatualizados a respeito do assunto, ou não chegaram nem mesmo a ter lido sobre alguns tópicos.

Nesse momento, geramos o que consideramos uma equação ideal para o ensino. O aluno está interessado, motivado e solicitando o apoio do professor, o professor estimulado pelo interesse do aluno e sendo solicitado a se atualizar e, nesse processo, sendo capaz de identificar claramente quais as suas dúvidas. Para esse professor é então oferecido um curso de atualização contendo material didático composto de protocolos de aulas práticas e vários outros jogos didáticos de modo a tornar esse processo de atualização algo lúdico, reduzindo de modo significativo as pressões que um profissional sente ao reconhecer suas deficiências, em geral profundas, de conhecimento e de formação.

A partir daí, o processo tende a tomar força própria e gerar um ambiente no qual o aluno e o professor aumentam sua auto-estima e o ambiente escolar se dinamiza. Os vários resultados positivos incluem a montagem de grupos de estudos, bibliotecas, aulas suplementares e atividades complementares ligadas ao desenvolvimento do conhecimento.

Esse modelo foi desenvolvido numa série de dez Olimpíadas regionais e em 2002/03 numa Olimpíada Nacional incluindo dez estados brasileiros. Em todos os estados os resultados foram muito positivos, mas o aspecto mais interessante é que, praticamente, cada escola, cada professor utilizou o processo e os materiais de uma forma única e adaptado aos diversos ambientes e condições. Ao assumir controle do método, cada professor contribui com a sua experiência e

enriquece o trabalho.

O fato desse material ser distribuído para cada professor permite que as atividades prossigam independentemente da duração do projeto.

Ao final do projeto, foi solicitado que cada escola participante elaborasse, através dos alunos, mais dez questões de Genética nos mesmos moldes do jogo. Essa atividade estimulou vários grupos que desenvolveram outros jogos, protocolos não só em Genética, mas em outras disciplinas.

## **Evoluindo da genética para a saúde**

Apesar do enorme sucesso do projeto, a participação de escolas de diferentes regiões do país nos permitiu, através das oficinas que realizamos pessoalmente em todos os estados, perceber que, enquanto o modelo é muito bem aceito e adotado por todos os participantes, o assunto Genética, na grande maioria das regiões e das escolas, ocupa uma fração muito pequena do programa realmente oferecido aos alunos.

Os excelentes resultados obtidos com Genética nos mostraram que se o assunto pudesse ser mais abrangente, o interesse, a participação e os resultados seriam amplificados enormemente.

O fator serendipidade (acontecimentos felizes e inesperados) veio participar de modo significativo para solucionar essa nossa preocupação.

Duas pessoas ligadas à área de Saúde do estado do Ceará entraram em contato, em dezembro de 2002, com o Jogo da Dengue numa apresentação da FUNASA no Rio de Janeiro e nos contataram em seguida. O resultado desse contato permitiu a realização da Olimpíada de Genética, em Sobral, no Ceará, coordenada por profissionais (Karla Fabiana Fonseca - enfermeira e Márcia Alves Guimarães - dentista) ligadas à Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

No processo de organizar a Olimpíada Evoluindo-Genética em Sobral a enfermeira Karla Fabiana propôs a criação de uma Olimpíada de Saúde. A idéia de um jogo sobre saúde nos moldes do Evoluindo-Genética já havia sido sugerida quando da elaboração do Jogo da Dengue.

Mesmo numa primeira análise, a proposta se mostrou coerente

e nos indicou que poderia se colocar como um próximo passo natural no nosso modelo. A rede de mais de mil professores que utilizaram o jogo Evoluindo-Genética e participaram de Olimpíadas de Genética é constituída por professores de Biologia ou Ciências, portanto, exatamente aqueles que devem participar de uma Olimpíada de Saúde. O nosso laboratório na UNICAMP através de um convênio abriga um projeto de políticas públicas sobre o tema Comunidade Saudável em colaboração com o IPES.

Dentro desse projeto e em conjunto com a Prefeitura Municipal de Campinas já havíamos, em 2002, desenvolvido o Jogo do Saber: Dengue, com a participação de agentes comunitários que foi usado em Campinas na campanha oficial contra a doença. A partir de novembro de 2002 o jogo foi utilizado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) do Ministério da Saúde na Campanha Nacional de Combate à Dengue. O jogo foi distribuído pela FUNASA nos 27 estados brasileiros e disponibilizado na internet de modo que pode ser utilizado por centenas de prefeituras e instituições em todo o país.

Em 2003, desenvolvemos, por solicitação da FUNASA, e em colaboração com outros autores do Instituto de Pesquisa Dr. Domingos Boldrini (ligado ao Centro Boldrini de Câncer Infantil) e da UNICAMP, o Jogo do Saber: Tabagismo que foi utilizado em todos os estados brasileiros na Campanha Nacional Contra o Fumo do Ministério da Saúde.

Essa análise resultou na elaboração de um projeto que seria a continuação da proposta do uso de jogos na difusão de conhecimentos e que foi denominado Olimpíada Nacional Evoluindo-Saúde.

## **Olimpíada Nacional Evoluindo Saúde**

A partir da proposta inicial, foi elaborado um projeto sob a coordenação dos dois autores desse trabalho, que foi aprovado e financiado pelo CNPq na forma um Curso de Atualização sobre Saúde para professores do ensino médio e fundamental e agentes comunitários de saúde com o título de Olimpíada Nacional de Saúde (Proc. nº 460 010/03-4).

A visão de saúde como uma síntese de múltiplos processos permite que o assunto seja utilizado como um eixo central para discussão de temas relevantes na área de Ciências. Com esse propósito



e essa visão resolvemos selecionar alguns temas que serão abordados na forma de Jogos do Saber e a partir desses serão transformados em perguntas e respostas na construção do Jogo Evoluindo Saúde.

Os temas são os seguintes:

- 1. Alimentação
- 2. Drogas
- 3. Acidentes domésticos
- 4. Saúde Mental
- 5. Dengue
- 6. Hanseníase, Tuberculose
- 7. Vacinação
- 8. Sangue
- 9. Doenças Genéticas
- 10. Câncer
- 11. Saúde Bucal
- 12. Doenças crônico-degenerativas
- 13. Atividade Física e Saúde
- 14. Higiene
- 15. Saúde Bucal
- 16. Sistema Único de Saúde
- 17. Meio Ambiente
- 18. Lixo
- 19. Sexualidade
- 20. Doenças Sexualmente Transmissíveis
- 21. Cidadania
- 22. Saúde e Trabalho
- 23. Tabagismo

Cada um desses temas foi abordado num Jogo do Saber visando orientar o usuário numa linguagem acessível e com um enfoque da promoção da saúde e uma visão transdisciplinar.

## Os Jogos do Saber

O Jogo do Saber é uma idéia que nasceu de uma necessidade. A necessidade do conhecimento. Da facilitação do saber.

Com a preocupação de fazer chegar a todos uma informação capaz de ser entendida e assimilada, elaboramos uma série de jogos que podem ser usados para estabelecer e legitimar um espaço de discussões como também seu processo de criação ser um espaço de construção coletiva de uma idéia.

Este trabalho surgiu também de discussões em torno de métodos e técnicas para abordar um assunto de forma clara e objetiva.

Da postura prática-reflexiva que orienta nossa conduta, resulta uma abordagem sócio-construtivista que conduz nosso trabalho.

Privilegiamos a construção do conhecimento através do diálogo, em uma relação horizontal, de troca entre os envolvidos neste processo de elaboração dos jogos. O diálogo, baseado em uma ação comunicativa, garante a transparência dos objetivos e do processo.

Na preocupação com a construção deste processo, no sentido de potencializar capacidades, estabelecemos um mecanismo de elaboração compartilhada sem atribuição de valores.

O compromisso com o processo de ampliação dos espaços de possibilidades é democrático e participativo, facilitando a dinâmica da identificação com o mesmo.

Não dissociamos a atividade acadêmica das crenças e valores nem dos aspectos burocráticos-administrativos que orientam a sociedade.

Nosso objetivo decorre da demanda apresentada, onde três planos se apresentam:

- Plano Estratégico: onde desenvolvemos um plano de ação incorporando as práticas a fim de preservar a identidade do grupo
- Plano Tático: onde capacitamos a equipe que irá trabalhar com o material, reelaborando conceitos e aprimorando técnicas para aplicação e difusão da base conceitual

- Plano Operacional: onde propomos uma nova maneira de caminhar diagnosticando aspectos determinantes do processo em que tanto individual como coletivamente nos percebemos aptos para definir um estilo de vida pela mudança de comportamento.

Considerando que os problemas decorrem da concepção adotada buscamos junto aos autores da concepção uma base conceitual sobre a qual atuamos, produzindo conhecimento sobre uma realidade. Esta realidade identifica pressupostos conceituais articulados por métodos e técnicas que possibilitem uma atuação consciente e responsável na condução deste processo de mudanças.

Com os jogos, estimulamos o crescimento como uma astúcia em direção ao desenvolvimento cognitivo e aos desafios do viver.

Os Jogos do Saber permitem através de sua dinâmica ágil a participação de grupos de 50 ou 100 pessoas de uma forma descontraída. Eles são utilizados como material de apoio para trabalhar os diferentes temas dentro de uma Olimpíada ou no treinamento de professores, profissionais da saúde ou para a população em geral.

## **Protocolos de ação em saúde**

O uso de jogos permite de uma maneira descontraída gerar interesse e participação no processo da divulgação da informação. Um resultado positivo adicional é o estabelecimento de um processo de discussão a regionalização do conhecimento. Todos os jogos, por sua simplicidade e aspecto modular permitem a introdução de novos conceitos, novas questões e assim uma apropriação das idéias. Na própria Olimpíada de Genética a solicitação de que cada aluno elaborasse novas questões gera um envolvimento muito aumentado.

Porém, ao nosso ver, a mudança de comportamento das pessoas deve ser originada através de ações concretas. Da mesma forma que nas competições de Genética elaboramos protocolos de aula prática para que o professor pudesse ligar o conceito e a informação à algo concreto elaboramos protocolos de ações em saúde de modo que o conhecimento teórico possa estar sendo ligado à prática.

No caso da saúde a ação em cada região e cada escola deve ser automaticamente adaptada à realidade local gerando uma nova base teórico-prática que enriquece e realimenta todo o processo.

## Conclusões

O modelo proposto vem sendo testado e tem demonstrado uma excelente aceitação. O fato de ter funcionado com um tema tão especializado como Genética em ambientes pouco favoráveis mostra sua eficiência. Em vários locais os professores utilizaram o material de forma novas e criativas mostrando a capacidade do material de gerar interesse e provocar um comportamento participativo.

Os Jogos do Saber sobre Saúde vêm demonstrando uma aceitação crescente e gerando uma procura muitas vezes difícil de atender.

O material utilizado é de fácil acesso, baixo custo e não requer infraestrutura sofisticada.

O método é facilmente reproduzível e permite as mais variadas formas de interação entre os educadores e educandos. Por ser um modelo que estimula a participação e o envolvimento ele garante sua continuidade por muito tempo após sua aplicação.

## Bibliografia

EVOLUINDO-GENÉTICA - Pavan, O.H.O.; Sumaio, D. Y. S.; Cândido, F. B. S. & Oliveira, R. A. M.- 3ª ed. - Editora da UNICAMP (2002).

EMBARALHANDO O DNA: OPERANDO UM TERMINAL GENÔMICO - Pavan, O. H. O. - Editora da UNICAMP (2002).

JOGO DO SABER: DENGUE - Pavan, O. H. O.; Araújo P. e outros (2002).

JOGO DO SABER: TABAGISMO - Pimentel, B.B.; Demetrescu, I.E.; Batista e Silva, C.V.; Mendes, R. T. ; Fonseca, K. F. B. S. e Pavan, O.H. O. (2003).

# Capítulo IX

## Economia solidária

Uma das conseqüências da **globalização** foi o aumento do desemprego e da exclusão social, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Para o IPES e demais parceiros nas ações em curso na região São Marcos, a construção de Municípios/ Comunidades Saudáveis depende, neste cenário social, de programas e políticas públicas consistentes de geração de emprego e renda. É nesse sentido que os pesquisadores do IPES consideram extremamente interessante o avanço da chamada **economia solidária**, como alternativa ao processo econômico capitalista típico.

Os conceitos da economia solidária avançaram muito no Brasil nos últimos anos, a partir de reflexões de pesquisadores como Paul Singer, Antônio Cruz e José Ricardo Tauile. Na interpretação de Singer, a economia solidária não é fruto da criação intelectual de ninguém em particular, mas uma “criação em processo contínuo de trabalhadores em luta contra o capitalismo”. Singer assim resume os resultados históricos do processo de construção da economia solidária pelos trabalhadores:

“1. homens e mulheres vitimados pelo capital organizam-se como produtores associados tendo em vista não só ganhar a vida mas reintegrar-se à divisão social do trabalho em condições de competir com as empresas capitalistas; 2. pequenos produtores de mercadorias, do campo e da cidade, se associam para comprar e vender em conjunto, visando economias de escala, e passam eventualmente a criar empresas de produção socializada, de propriedade deles; 3. assalariados se associam para adquirir um conjunto de bens e serviços de consumo, visando ganhos de escala e melhor qualidade de vida; 4. pequenos produtores e assalariados se associam para reunir suas poupanças em fundos rotativos que lhes permitem obter empréstimos a juros baixos e eventualmente financiar empreendimentos solidários; 5. os mesmos criam também associações mútuas de seguros, cooperativas de habitação *etc*”.

Embora faça uma crítica aos rumos seguidos pelo movimento,

Singer destaca que o cooperativismo é uma das modalidades históricas de economia solidária, a partir da cooperativa de consumo criada em 1844, na cidade inglesa de Rochdale, por operários do setor têxtil. Esses trabalhadores se reuniram para construir um armazém com o objetivo de melhorar a qualidade dos alimentos e reduzir os custos dos produtos. Estes são os oito princípios dos cooperados de Rochdale, lembrados por Singer e que continuam valendo para o cooperativismo depois de quase 160 anos:

“1. haveria democracia na sociedade, para cada sócio um voto; 2. a sociedade seria aberta para quem quisesse participar, desde que integrasse a cota de capital mínima igual para todos; 3. qualquer dinheiro investido na cooperativa seria remunerado por uma taxa de juro, mas não daria a seu possuidor qualquer direito adicional de decisão; 4. tudo que sobrasse da receita, deduzidas todas as despesas, inclusive o juro, seria distribuído entre os sócios em proporção às compras que fizessem na cooperativa; 5. todas as vendas seriam à vista; 6. os produtos vendidos seriam sempre puros e de qualidade; 7. a sociedade deveria promover a educação dos sócios nos princípios do cooperativismo; 8. a sociedade seria neutra política e religiosamente.”

Uma das características da empresa de uma economia solidária, segundo Singer, é a autogestão, ou seja, a gestão pelos próprios “donos” da empresa, que são os próprios trabalhadores. “Sendo as decisões coletivas, a experiência de todos os sócios pode ser mobilizada, e esta será sempre muito maior que a experiência duma cúpula, que na empresa capitalista concentra o poder de decisão”, diz o autor.

Na avaliação de Singer, é fundamental a integração de várias empresas solidárias, como condição de participação em situação de igualdade no competitivo mundo capitalista. Um conjunto de empresas solidárias, observa, possibilita maiores condições de crédito, financiamento, transporte e assessoria do que no caso de pequenas empresas solidárias agindo isoladamente. Singer cita o caso do Complexo Cooperativo de Mondragón, na Espanha, formado por mais de 100 cooperativas de produção e que conta com um grande Banco (Caja Laboral Popular), uma das maiores redes de supermercados do país, universidade e diversas cooperativas de pesquisa tecnológica. Outras regiões, como o norte da Itália, na região de Milão, e a de Quebec, no Canadá, também se destacam pela força adquirida por suas empresas solidárias.

No Brasil, a economia solidária naturalmente evoluiu a partir da forte crise econômica dos anos 80, coincidindo com o momento da redemocratização do país. Foi a época do movimento das diretas-já, que pedia as eleições diretas para presidente da República, mas também o momento do crescimento de movimentos de donas de casa contra a carestia, de consumidores e das primeiras grandes iniciativas da economia solidária em território brasileiro.

Em 1994, foi criada a Associação Nacional de Trabalhadores em Empresas Autogestionárias e de Participação Acionária (Anteag), reunindo trabalhadores de empresas solidárias. Em meados da década de 1990, também nasceram as Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCP), ligadas fundamentalmente a Universidades. Já existem Incubadoras em cerca de 15 Universidades brasileiras e todas estão reunidas na Unitrabalho, fundação com mais de 80 universidades filiadas e que apóia iniciativas de trabalhadores. A Central Única dos Trabalhadores (CUT), maior central sindical brasileira, também está aumentando sua participação no setor, por meio da sua Agência de Desenvolvimento Solidário (ADS), que age em parceria com a Unitrabalho e o Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos, Sociais e Econômicos (DIEESE).

Em alguns estados, como o Rio Grande do Sul, o cooperativismo de base popular tem uma participação especialmente marcante. A Central das Cooperativas Populares do Rio Grande do Sul já reúne mais de 130 cooperativas, reunindo cerca de 10 mil trabalhadores. Segundo Cruz, a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), que tem uma orientação mais tradicional, “informa a existência de 6.000 cooperativas filiadas a ela (haveriam 16.000 registros de CNPJ – Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas específicos de cooperativas) agregando uma teia de 6 milhões de pessoas no Brasil”. Cruz avalia que, estimando que apenas 10% desses empreendimentos preservem as características típicas da economia solidária, e considerando uma média de cooperados de 100 trabalhadores por empreendimento, “teríamos aí cerca de mais de mais 120 mil pessoas organizadas em iniciativas de economia solidária”.

Considerando outras iniciativas, como a Confederação das Cooperativas de Reforma Agrária do Brasil (Concrab), ligada ao Movimento dos Sem Terra (MST), as empresas reunidas na Anteag e

na Unitrabalho, Cruz estima a possível existência de cerca de 448.500 trabalhadores em economia solidária no Brasil.

O pesquisador também estima que, considerando uma População Economicamente Ativa (PEA) ocupada no Brasil de 66 milhões de pessoas, a economia solidária responderia então por “infimos 0,75% da PEA ocupada, organizada segundo seus princípios”. Estes números estimados dão idéia do campo aberto para a proliferação de empreendimentos de economia solidária no Brasil. Cruz entende que a disposição de organizações como a Cáritas do Brasil, Sebrae, FINEP e dos próprios governos municipal, estadual e federal podem levar a uma multiplicação de iniciativas de economia solidária no País. O pesquisador destaca o papel das Universidades nesse processo, como importante agente estimulador e capacitador.

É neste contexto que o IPES considera totalmente viável, e além disso recomendável, a multiplicação de iniciativas de economia solidária em cidades de porte metropolitano como Campinas. Algumas propostas básicas nesse campo:

- **Apoio a iniciativas populares** – É fundamental apoiar as iniciativas nascidas da própria organização popular, como cooperativas de reciclagem de resíduos e de consumo que têm sido criadas em várias cidades. Propostas de ação: estímulo a novas cooperativas de reciclagem, consumo e outras; fomento a iniciativas como o Centro de Referência em Cooperativismo, criado em Campinas com o objetivo de apoiar e respaldar as novas cooperativas e as já existentes.
- **Envolvimento da Universidade** – Dentro da perspectiva da pesquisa/ação, é fundamental o maior envolvimento da Universidade com as iniciativas de economia solidária. Propostas de ação: incentivo à criação de novas Incubadoras Tecnológicas de Cooperativas Populares (ITCP) ligadas às Universidades, como a já existente na Unicamp; envolvimento de pesquisadores e alunos de Universidades em iniciativas de economia solidária, visando o seu fortalecimento, por meio por exemplo de estudos de mercado, diagnósticos de tendências etc.



- **Economia solidária e educação** – Os princípios da economia solidária, para serem fortalecidos, dependem de maior divulgação e assimilação. Nesse sentido, o processo educacional é estratégico. Propostas de ação: elaboração de material didático, para todos os níveis de ensino, com os conceitos da economia solidária; preparação de materiais como jogos, peças de teatros e outros, para facilitar divulgação dos princípios da economia solidária.

Muitas das propostas em Saúde Comunitária, Educação Continuada e Economia Solidária, associadas ao Programa Municípios/ Comunidades Saudáveis já estão em desenvolvimento na região do São Marcos. Outras propostas, em especial aquelas no âmbito da Economia Solidária, ainda dependem, e muito, de vontade e ação política e de uma atuação mais coordenada entre os diversos setores envolvidos, como as organizações da própria comunidade, o setor público, empresas e a Universidade. Um balanço sobre o que já foi feito e um panorama dos desafios colocados a todos os envolvidos, como lideranças comunitárias, agentes de saúde e pesquisadores universitários, foram possíveis no III Encontro Comunidade Saudável, realizado entre 5 e 8 de maio na Unicamp. Por todas as suas características, o Encontro foi um marco na trajetória da construção de uma Comunidade Saudável em uma das regiões com maiores desafios sociais da Região Metropolitana de Campinas.

## A economia solidária: geração de trabalho e renda através da união

*Antônio Cruz*

*Professor da Universidade Católica de Pelotas (RS) e  
Doutorando no Instituto de Economia da Unicamp.*

Todos sabem que o desemprego é dos principais problemas do Brasil de hoje. Suas causas são muito discutidas e envolvem problemas que são do nosso país, mas também outros problemas que são mundiais.

Em outras palavras: há algo na economia do mundo de hoje que produz desemprego em massa e em países como o Brasil – ou a Argentina, por exemplo – estes problemas são mais graves. A ONU calcula que existam hoje cerca de 300 milhões de pessoas desempregadas no mundo e isto é quase duas vezes toda a população do Brasil. Em nosso país, os desempregados são aproximadamente 12 milhões de pessoas.

Segundo as pesquisas sobre o assunto, uma parte desse desemprego é resultado da introdução das novas tecnologias na economia mundial. Graças a um grande número de novas e poderosas máquinas, os trabalhadores produzem mais coisas em menos tempo. Isto se chama “aumentar a produtividade do trabalho”. Mas, menos trabalho exige menos pessoas trabalhando... E isto significa que menos pessoas têm dinheiro para comprar as coisas que são produzidas pelos trabalhadores que conseguem ficar no seu emprego... E isto pode gerar ainda mais desemprego.

Além disso, países como o Brasil – ou outros países que não fazem parte do “mundo rico”, como os Estados Unidos, o Japão ou a França – têm grandes dificuldades com suas economias. Possuem pouca tecnologia e isto dificulta que seus produtos tenham bons preços para serem vendidos nos outros países. O Brasil, assim como a Argentina e os outros países da América Latina ou da África, precisam ainda pagar pesadas dívidas com outros países ou bancos estrangeiros ou mesmo com o famoso FMI, trazendo ainda mais dificuldades. Um outro problema é a chamada “concentração de renda”: como pouca gente tem dinheiro para comprar produtos (porque poucas pessoas têm muito dinheiro e muita gente não tem nenhum), a produção acaba sendo

destinada aos poucos que podem comprar; isto é, se mais gente tivesse mais dinheiro para comprar, isto exigiria mais produção e geraria mais empregos.

Ora, do ponto de vista dos desempregados, a gente sabe como funciona a vida nesta situação: se não arranjar um emprego, o desempregado precisa “se virar sozinho”, fazer um bico aqui e outro ali, vender alguma coisa pela rua, pedir a ajuda de alguém. Se não conseguir, sua situação fica muito ruim e muitas vezes o resultado já se sabe: ele pode cair na bebida ou nas drogas, ou pior ainda, apelar para o crime. E pior: isto se reflete ainda sobre tudo que tem a ver com a vida das pessoas: problemas de saúde, conflitos familiares e assim por diante. Não é à toa que quanto mais o desemprego cresce, maior é a violência nas cidades...

Enfim, o resultado de tudo isto é que acabamos vivendo numa sociedade que, prestando atenção, parece muito estranha: há quem trabalhe e por isto tem dinheiro para comprar as coisas que são produzidas (pelo seu trabalho e pelo trabalho dos outros); mas tem um grande número de pessoas que gostaria de trabalhar e comprar, mas não consegue fazer isto.

Se assim como o primeiro grupo – que trabalha e consome –, as pessoas desempregadas pudessem trabalhar, produzindo algo que fosse útil para outras pessoas, então elas poderiam vender seus produtos e comprar outros, gerando outros empregos.

## **Parece fácil, não? Mas por que isto não acontece?**

O primeiro grande problema, claro, tem a ver com a política: é preciso resolver o problema da dívida externa, diminuir a concentração da renda, garantir o acesso a terra para as pessoas que vivem no campo, e até mesmo investir em tecnologia brasileira, que seja realmente nossa. Estas coisas exigem que se contrariem muitos interesses. Que se deixem de lado os privilégios dos poderosos de sempre, daqui e do estrangeiro. Mas estas decisões nem sempre estão ao nosso alcance. Podemos eleger governantes preocupados e comprometidos com estas mudanças, mas elas podem demorar a chegar, e o problema do desemprego “é para ontem”.

Um segundo grande problema é que as pessoas que teriam dinheiro para abrir novos negócios nem sempre estão dispostas a correr

riscos. Com medo de perder o dinheiro que seria investido, preferem ficar com ele guardado no banco, recebendo juros que quase sempre são pagos pelo governo.

Por fim, as pessoas mais interessadas em trabalhar – os desempregados – não têm dinheiro para começar um negócio. E se tivessem, correriam os mesmos riscos no seu investimento. E além disso, de modo geral, não sabem como tocar um negócio, isto é, sabem pouco sobre contabilidade, leis, marketing e essas coisas todas que se precisa saber para ter seu próprio negócio.

É verdade que negócios bem pequenos – uma carrocinha de cachorro quente ou uma banca de camelô, por exemplo – não exige todos esses conhecimentos. Porém mesmo esses pequenos negócios exigem algum dinheiro e algum conhecimento (e na maioria dos casos, até uma certa “malandragem”, no sentido positivo da palavra). Porém, nesses casos, quase sempre a concorrência é muito grande e o dinheiro que se ganha mal dá para viver. Basta perguntar para alguém que já tentou ou que trabalha nestas condições.

Por isto, nos últimos anos, muitas pessoas vêm tentando uma outra saída. Juntar o pouco que têm em disposição, em dinheiro e em conhecimento, para tentar um negócio de vários sócios. Por exemplo: recolhedores de papelão que descobrem que ganham mais se venderem juntos o que for recolhido; costureiras que se associam para abrir uma lojinha onde podem vender roupas e receber encomendas; trabalhadores da construção civil de diferentes profissões (pedreiro, eletricista, marceneiro etc.) que se juntam e formam uma pequena empreiteira...

Geralmente, estes negócios costumam dar certo se seus participantes estiverem atentos para algumas questões importantes:

1. é preciso que as pessoas saibam trabalhar em conjunto; não quer dizer que não existam brigas, mas que elas saibam se respeitar durante a desavença e saibam fazer as pazes em seguida, independente do resultado das discussões (não é assim que funciona um casamento?);

2. é preciso que todos saibam que ninguém é patrão ou empregado: se alguém quiser ser patrão, precisa ter dinheiro para isto e nesse caso, não precisa de sócios; mas se todos são iguais, todos devem ter o mesmo poder de decisão;

3. é preciso que o negócio tenha competência: que se saiba como trabalhar, como vender, como organizar a contabilidade, como fazer um pouco de propaganda, como melhorar o produto ou o serviço que está sendo realizado.

Algumas vezes, quando estes “negócios” reúnem pessoas que já trabalhavam sozinhas antes, se formam “associações”. Quando o número de pessoas é grande, às vezes, nasce uma cooperativa. Em outros casos, os trabalhadores de alguma empresa falida conseguem na justiça a posse da empresa em virtude de alguma dívida trabalhista.

Tanto faz a forma “legal” (ou “jurídica”) que toma o negócio, se é uma associação, uma cooperativa ou apenas uma empresa de uns poucos sócios. Mas quando a coisa funciona da maneira que falamos mais acima, em que todos os trabalhadores são sócios, dizemos que se trata de uma “iniciativa de economia solidária”. E chamamos esta maneira de governar o negócio, com a responsabilidade e a participação de todo mundo, de “autogestão”. Autogestão quer dizer: os “gerentes” do negócio são os próprios trabalhadores.

Há um número muito grande de “falsas cooperativas” e de “falsas associações”, também. Às vezes, o negócio é chamado de cooperativa apenas para pagar menos impostos e acaba tendo um espertalhão (ou um pequeno grupos de espertalhões) que controla e explora todo mundo. Mas neste caso, não tem “economia solidária”, pois a solidariedade passou correndo por ali. Outras vezes, depois que o negócio dá certo, os sócios resolvem contratar trabalhadores assalariados, e lá vai a solidariedade pelo ralo outra vez...

Mas nós estamos falando das verdadeiras iniciativas de economia solidária. daquelas em que tudo é dividido (trabalho, poder de decisão, resultados econômicos, conhecimento etc.) e as brigas e os conflitos são resolvidos de forma democrática, por todos.

Bem, é provável que você fique surpreendido/surpreendida pelo número de iniciativas de economia solidária que já existem por aí. É claro que perto do número de empresas particulares, ainda são poucas

as iniciativas solidárias. Mas elas vêm crescendo pelo Brasil afora, e não só no Brasil, mas em todos os países que têm uma economia parecida com a nossa, com os mesmos problemas, como a citada Argentina.

Já existe no Brasil, por exemplo, a Associação Nacional dos Trabalhadores em Empresas de Autogestão – a Anteag. Ela reúne mais de 250 empresas em todo o Brasil, dos mais diversos tamanhos e de diferentes ramos de produção, que somadas chegam a aproximadamente 50 mil trabalhadores. Já existe também a Confederação das Cooperativas de Reforma Agrária do Brasil – a Concrab. Ela reúne 40 mil famílias de agricultores que eram “sem-terra” e que foram assentados pela Reforma Agrária.

Também existe a OCB – Organização das Cooperativas do Brasil, que reúne quase 6 milhões de cooperados em todo país. Mas nesse caso, é preciso ter cuidado: apenas um pequeno número das cooperativas filiadas à OCB são autogestionárias, isto é, podem ser consideradas “iniciativas de economia solidária”; as restantes são parte das “falsas cooperativas” de que já falamos. Nós não temos números precisos sobre estas cooperativas da OCB, mas se a gente considerar que apenas 1 entre cada 20 desses 6 milhões de cooperados pertence a uma iniciativa de economia solidária, ainda assim seriam mais 300 mil trabalhadores autogestionários.

Viu só? Não são tão poucos. Mas você ainda há de perguntar: mas então onde estão estas tais “iniciativas”? Ora, apenas na região de Campinas, existem dois assentamentos de terra que já começam a se organizar como cooperativas. Já existem quase 15 cooperativas de recolhimento e seleção de lixo, duas ou três de costureiras, outras de construção civil, outras de reciclagem, de transporte alternativo (peruas), de produção de alimentos, e muitas outras ainda. Em outros lugares como no Nordeste ou no Sul do Brasil, o número é ainda maior.

Além disso, já existe gente que trabalha para ajudar estas iniciativas a se formarem. A Anteag, de que falamos há pouco, é um desses “apoios”. Existem também entidades vinculadas às Igrejas, como a Cáritas Brasileira. Tem também as incubadoras tecnológicas de cooperativas populares (ITCPs), que funcionam nas universidades – a Unicamp tem a sua, aliás. Toda esta gente ajuda as iniciativas a buscarem as condições necessárias para que possam funcionar: acesso ao dinheiro necessário para começar (“crédito”), acesso aos

conhecimentos mínimos de que se precisa, busca de cooperação entre as várias iniciativas e por aí vai.

As prefeituras também ajudam. A de Campinas tem um “Programa de Economia Solidária” e há pouco tempo lançou o “Banco do Povo” para auxiliar as iniciativas, fazendo empréstimos a juros baixos, desde que o dinheiro seja usado para incrementar o negócio. Este também é o caso da Prefeitura de São Paulo. O Governo Lula, por sinal, também já está criando uma “Secretaria de Economia Solidária”, que vai funcionar no Ministério do Trabalho. E assim por diante.

E para começar, como faz? Não precisa muito não. Basta reunir um grupo e pedir ajuda para quem está por aí disposto a dar uma mão. Se você fizer parte de um grupo que quer formar uma iniciativa de economia solidária, procure a Secretaria de Desenvolvimento do seu município, ou a universidade mais próxima, ou dê uma ligada para a Anteag. Na Unicamp, a Incubadora de Cooperativas Populares pode ser encontrada pelo telefone 3788-4714. Se você não é de Campinas ou da região, procure a Anteag: (11) 3313-4230. Se não puderem auxiliar você, eles indicarão alguém que possa.

E então, e aquele papo de desemprego? Bem, a economia solidária ainda é pequena e está longe de resolver o problema do desemprego. Mas ela parece ser uma boa alternativa para quem não consegue resolver o problema sozinho e não pode esperar que as mudanças políticas façam tudo. Mesmo porque o apoio às iniciativas de economia solidária também é uma política de combate ao desemprego. Ela coloca pessoas em situação de produção e esta produção pode lhes dar a renda necessária para gerar outras ocupações.

Em resumo: se sozinho é difícil, vamos juntar nossos sonhos, que assim a gente tem mais chance. É como aquela música que diz assim: “sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só; mas sonho que se sonha junto, vira realidade”. Você conhece?

## Questões para debate nas comunidades

6. A nova visão de saúde defendida pela Organização Panamericana e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), como resultado de um equilíbrio físico, espiritual, social, cultural, ambiental e político, já é bem conhecida e aceita em nossa comunidade?
7. Quais as ações que podemos executar, em conjunto com a Universidade, com o poder público e com as entidades sociais, para que a nova visão de saúde seja defendida por todos membros da comunidade?
8. Da mesma forma, a nossa comunidade tem consciência do que é Educação Continuada, ou seja, de que todos nós estamos sempre aprendendo e ao mesmo tempo ensinando?
9. Quais os saberes, quais os conhecimentos que temos em nossa comunidade e que nós ainda não reconhecemos? Como essa sabedoria presente em nossa comunidade pode ser usada em nosso benefício?
10. Nossa comunidade está consciente da importância da Economia Solidária?

## Referências Bibliográficas

ARNS, D.Paulo Evaristo (Apres.), Brasil Nunca Mais, 10a edição, Arquidiocese de São Paulo, Editora Vozes, Petrópolis, 1985

BAUMAN, Zygmunt, Globalização - As conseqüências humanas, Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 1999

BIONDI, Aloysio O Brasil privatizado - Um balanço do desmonte do Estado, 4a reimpressão, Editora Fundação Perseu Abramo, São Paulo, julho de 1999

CASSAB, Maria Erlinda Duckur, Programa Campinas Município Saudável, Prefeitura Municipal de Campinas, Campinas, maio de 1996



CASSAB, Maria Erlinda Duckur, Município de Campinas, Programas de Intervenção em Favelas (1971-1991), Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), Unicamp, Campinas, 1992

DOWBOR, Ladislau, O que é Poder Local, Editora Brasiliense, São Paulo, 1993

FREYRE, Gilberto, Casa Grande & Senzala, 39ª edição, Editora Record, Rio de Janeiro, 2000

FREYRE, Gilberto, Sobrados e Mucambos, 9ª edição, Record, Rio de Janeiro, 1996

HOLANDA, Sérgio Buarque de (org.), História geral da civilização brasileira – , Editora Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, vários volumes

HOLANDA, Sérgio Buarque de, Raízes do Brasil, Companhia das Letras, São Paulo, 1999

HOLANDA, Sérgio Buarque de, Visão do Paraíso, Coleção Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro, Publifolha, 2000

MARTIN, Hans-Peter e SCHUMANN, Harald A armadilha da globalização - O assalto à democracia e ao bem-estar social, Editora Globo, São Paulo, 1998

MARTINS, José Pedro Soares, Campinas Ano 2000 – Metrópole, Globalização e Terceiro Setor, Campinas, 1999

MARTINS, José Pedro Soares, Vocação Solidária – Flashes da história da assistência social em Campinas, Funda o FEAC-Funda o Educar DPaschoal, Campinas, 1998

MARTINS, Wilson, História da Inteligência Brasileira, T.A Queiroz Editor, São Paulo, vários volumes

NABUCO, Joaquim O Abolicionismo, Coleção Grandes Nomes do Pensamento Brasileiro, Publifolha, 2000

SANTOS, José Vicente Tavares dos (org.), Violência em tempos de globalização, Editora Hucitec, São Paulo, 1999

SENNETT, Richard, A corrosão do caráter - Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo, Editora Record, Rio de Janeiro, 1999

SEVCENKO, Nicolau, A revolta da Vacina - Mentis insanas em corpos rebeldes, Editora Scipione, São Paulo, 1993

TEIXEIRA, José Roberto Magalhães, O processo de descentralização da Prefeitura de Campinas-SP, Quito, setembro de 1995

## Sites na internet

- Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (Abong)  
[www.abong.org.br](http://www.abong.org.br)
- Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano S.A (informações sobre regiões metropolitanas)  
[www.emplasa.sp.gov.br](http://www.emplasa.sp.gov.br)
- Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp  
[www.fapesp.br](http://www.fapesp.br)
- Fundação FEAC (Federação das Entidades Assistenciais de Campinas)  
[www.feac.org.br](http://www.feac.org.br)
- Governo do Brasil  
[www.brasil.gov.br](http://www.brasil.gov.br)
- Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (Ibase, uma das principais organizações não-governamentais do Brasil)  
[www.ibase.org.br](http://www.ibase.org.br)
- Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade - IPES  
[www.ipes.org.br](http://www.ipes.org.br)  
[www.unicamp.br/preac/ipes](http://www.unicamp.br/preac/ipes)
- Le Monde Diplomatique, versão brasileira na Internet de um dos principais jornais do mundo que analisar o fenômeno da globalização  
[www.diplo.com.br](http://www.diplo.com.br)
- Ministério da Saúde  
[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)

- Organização Mundial da Saúde  
[www.who.int](http://www.who.int)
- Organização Panamericana da Saúde  
[www.opas.org.br](http://www.opas.org.br)
- Prefeitura de Campinas  
[www.campinas.sp.gov.br](http://www.campinas.sp.gov.br)
- Projeto Comunidade Saudável  
[www.comunidadesaudavel.unicamp.br](http://www.comunidadesaudavel.unicamp.br)
- Serviço de Saúde Cândido Ferreira  
[www.candido.org.br](http://www.candido.org.br)
- Sistema Único de Saúde [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- Textos de Ladislau Dowbor, um dos grandes estudiosos atuais dos movimentos populares e do poder local [www.ppbr.com/ld](http://www.ppbr.com/ld)
- Textos gerais sobre globalização e áreas urbanas, no site da Comissão Européia [www.inforegio.org](http://www.inforegio.org)
- Universidade Estadual de Campinas – Unicamp  
[www.unicamp.br](http://www.unicamp.br)

# Glossário

**Agenda 21** - Principal documento aprovado na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, ou Eco-92, realizada no Rio de Janeiro, em junho de 1992. A Agenda 21 reúne o conjunto de medidas necessárias para promover o desenvolvimento sustentado no planeta. A Agenda 21 contempla medidas a serem tomadas nas áreas de proteção ambiental mas também de busca da justiça social. (Ver também “Sustentável” e “Desenvolvimento Sustentável” neste Glossário)

**Agentes comunitários** - São pessoas de uma comunidade que, geralmente por uma posição natural de liderança, recebem capacitação para agir em projetos sociais nessa comunidade, em áreas como saúde, educação, meio ambiente etc.

**América Latina** – Conjunto de países americanos que vão do México, ao Norte, até a Argentina, no extremo Sul da América do Sul.

**Anarquismo** – O “anarquismo” é a ideologia política que acredita que as comunidades humanas podem ser governadas por si mesmas, ou seja, os governos, o Estado, não são necessários para essas comunidades. Alguns grandes teóricos do anarquismo foram Bakunin e Proudhon. Entre outros simpatizantes do anarquismo esteve o escritor russo Leon Tolstoi. No início do século 20, sindicatos importantes no Brasil e em outros países eram administrados por migrantes europeus anarquistas.

**ATTAC** - Sigla de “Association pour une taxation des transactions financières pour l’Aide aux Citoyens”, associação de grupos e movimentos que lutam pelo controle social das atividades especulativas do mercado financeiro internacional e outras ações vinculadas à globalização comandada pelas leis de mercado. Com o objetivo de formação de um fundo

internacional para o financiamento de projetos de desenvolvimento sustentável nos países mais pobres, ATTAC defende a existência de taxas sobre as transações financeiras internacionais. (Ver também “Globalização” neste Glossário)

**Bacilo** - É um microorganismo, uma forma de vida que não pode ser vista a olho nú, e que é responsável pela transmissão de alguma doença.

**BID** - Com sede em Washington, DC, nos Estados Unidos, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) financia projetos sociais, de saneamento básico e em outras áreas que promovam a melhoria da qualidade de vida nos países da América Latina.

**Bulevares** - São grandes e espaçosas avenidas, geralmente caracterizadas pela existência de muitas árvores e obras arquitetônicas em seu trajeto. Os bulevares de Paris são considerados os de maior beleza no mundo.

**Canadá** - O Canadá é um dos três países da América do Norte, ao lado dos Estados Unidos e do México. Duas línguas são faladas oficialmente no Canadá, o inglês e o francês, dependendo da região do país, mas também existem os grupos indígenas que falam seus idiomas próprios. Com quase 10 milhões de quilômetros quadrados, o Canadá é um dos maiores países do planeta. O Canadá tem mais de 30 milhões de habitantes e é um dos países mais frios do mundo.

**Capitalismo** - É o regime econômico e político em que os meios de produção, como fábricas, fazendas, bancos, *etc.*, são de propriedade particular. Os defensores do capitalismo consideram que o Estado deve intervir o mínimo possível nos rumos da economia. Quem deve dizer o que a economia de um País deve fazer é o chamado mercado. O país que mais defende o capitalismo hoje no planeta é os Estados Unidos da América (EUA).

**Catalão** - O catalão é a pessoa ou uma idéia natural da Catalunha, região no Nordeste da Espanha, na fronteira sul da França. Barcelona é a capital da Catalunha, onde se fala um idioma próprio, o catalão, que tem diferenças em relação ao espanhol.

**Cenário social** - O cenário social é o retrato social de um bairro, uma comunidade, uma cidade ou mesmo um país. Foram o cenário social os indicadores de renda, mortalidade infantil, violência e outros do bairro, da comunidade, cidade ou do país. A análise desses indicadores permite o diagnóstico social do bairro ou comunidade.

**Cidadania** - O cidadão é o morador de uma comunidade que tem todos os seus direitos básicos respeitados, como o direito à saúde, à alimentação, à moradia, à educação, entre outros. Ao mesmo tempo o cidadão tem uma série de deveres para com esta comunidade, começando pelo dever de respeitar os direitos dos demais cidadãos. O cidadão também tem direitos e deveres políticos, como o direito de dar opinião sobre os rumos do governo e o dever de votar.

**Comunismo** - O comunismo é uma ideologia política que considera que os meios de produção, como as fábricas e as fazendas, devem ser de propriedade de todos. Por isso o Estado, que é o governo, deve ser o administrador de todos os meios de produção. O comunismo como forma de governo – assim como o socialismo – deve suas idéias principais às obras de Karl Marx e Frederick Engels. Na história da humanidade o comunismo foi implantado em poucos países, a partir da Revolução Russa, de 1917. A Rússia tornou-se, depois, uma das repúblicas integrantes da União Soviética, que liderou a implantação do comunismo no Leste Europeu, abrangendo países como a Alemanha Oriental, Polônia, Hungria, Tchecoslováquia, Bulgária, Iugoslávia e, na Ásia, o Afeganistão. Em 1989 houve a queda do Muro de Berlim, que marcava a separação da Alemanha capitalista (Ocidental) da comunista (Oriental). Depois aconteceu a dissolução, a quebra, da União

Soviética, e o comunismo entrou em crise em todo planeta. Hoje restam poucos países considerados comunistas, como Cuba e a Coréia do Norte. Comunista é quem acredita no comunismo.

**Conferência de Pequim** - A Conferência de Pequim sobre as Mulheres, realizada em 1995 na capital da China, foi o maior encontro já realizado pela ONU para discutir a situação e o futuro das mulheres de todo planeta. A cada cinco anos é feita uma avaliação internacional sobre o que avançou ou não em termos de medidas concretas sugeridas na Conferência de Pequim.

**Conferência de Viena** - A Conferência das Nações Unidas sobre Direitos Humanos foi realizada em Viena, capital da Áustria, em 1993, e discutiu as medidas que deveriam ser tomadas para garantir finalmente o que é previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. (Ver também “Declaração Universal dos Direitos Humanos” neste Glossário)

**Construtivismo** - O Construtivismo é uma escola pedagógica, que tem em Piaget um de seus grandes estudiosos, baseada na reação do indivíduo aos estímulos do ambiente em que está inserido. Nessa relação o indivíduo constrói o seu próprio conhecimento, de forma organizada. O agente comunitário de saúde, por exemplo, participa de um processo construtivista de educação, ao construir na prática o seu conhecimento, a partir do contato com a realidade da população e com os serviços de saúde existentes.

**Declaração Universal dos Direitos Humanos** - A Declaração Universal dos Direitos Humanos foi proclamada a 10 de dezembro de 1948, pela ONU, que acabava de ser criada, no período em que o planeta ainda sentia as conseqüências da Segunda Guerra Mundial, terminada em 1945. A Declaração é um conjunto de 30 artigos, tratando dos direitos básicos do ser humano, especialmente os direitos à vida, à liberdade, à paz e à segurança pessoal.



**Descentralização** - A descentralização é uma das formas mais modernas de conquistar a cidadania e a plena democracia. Descentralizar quer dizer tirar do centro, o que em termos de Saúde, por exemplo, significa não ter apenas um hospital na região central da cidade, mas vários centros e postos de saúde nas diferentes regiões desta cidade. O mesmo vale para a Educação e para todos os outros serviços públicos. A descentralização é um conceito válido para todas as outras atividades de natureza social e política. No Brasil, reclama-se por exemplo que os recursos arrecadados com impostos continuam sendo muito centralizados no governo federal, e não são destinados de forma descentralizada, para os estados e municípios.

**Desenvolvimento sustentável** - Desenvolvimento sustentável seria a forma de desenvolvimento de um País, ou de um conjunto de Países, que considera o respeito ao meio ambiente, aos recursos naturais, e ao mesmo tempo busca a justiça social, a igualdade de direitos entre os moradores de uma comunidade. A expressão “desenvolvimento sustentável” passou a ser muito utilizada depois de um grande encontro promovido pela ONU, em junho de 1992, no Rio de Janeiro. Foi a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. (Ver também “Sustentável” neste Glossário)

**ECA** - Estatuto da Criança e do Adolescente - O ECA é o conjunto de direitos sociais das crianças e adolescentes no Brasil, no sentido da construção e garantia da sua cidadania plena. O Estatuto foi estabelecido pela Lei Federal número 8.069, de 13 de julho de 1990. Tem 267 artigos, tratando dos direitos e deveres de crianças e adolescentes e dos programas sócio-educativos que devem ser implantados em cada Município brasileiro para a conquista desses direitos e observação desses deveres. O ECA também trata do funcionamento da Vara da Infância e Juventude, do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar e do Fundo Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

**Economia solidária** - Existem várias formas de definir a “economia solidária”. Uma das mais comuns é essa: economia solidária é uma atividade econômica que não visa somente o lucro, em benefício de um número reduzido de pessoas, como acontece na economia capitalista em geral. A economia solidária pressupõe que os frutos do trabalho são destinados em benefício dos próprios trabalhadores. A palavra solidária é usada para indicar que não existe competição, disputa, nessa forma de economia.

**Eldorado** - Era o nome de um local mitológico, que seria caracterizado pela existência de ouro em toda parte. A existência de um suposto Eldorado foi um dos motivos que levaram às grandes viagens marítimas nos séculos 15 e 16, lideradas por Portugal e Espanha.

**Estigma** - É o mesmo que preconceito. Um bairro fica estigmatizado pela violência quando, por causa da ocorrência neles de alguns episódios de violência, todos os seus moradores acabam sendo vistos, preconceituosamente, como potencialmente violentos. Existe por exemplo o estigma de que toda favela é violenta. Ocorre que, em grandes cidades como Campinas, em bairros de população com alto poder aquisitivo também ocorrem episódios de violência, mas esses bairros não são estigmatizados. O estigma e o preconceito estão ligados, portanto, a idéias racistas e de exclusão social que estão na origem da formação da sociedade brasileira e que, nos últimos tempos, vêm sendo muito criticadas e combatidas.

**Exclusão social** - A exclusão social ocorre quando em uma determinada comunidade alguns ou muitos de seus moradores não estão tendo os seus direitos básicos respeitados. Os moradores de favelas, por exemplo, são considerados excluídos, porque não têm respeitados os seus direitos à moradia digna e ao transporte, entre outros. A palavra “ex”, formadora de “exclusão”, tem o sentido de “fora, estar fora”.

**Filósofo** - O filósofo é a pessoa que se dedica à Filosofia. A palavra Filo, em grego, quer dizer “amigo”, e Sofía, “sabedoria”. O Filósofo seria então aquele que é “amigo da sabedoria”. O Filósofo é considerado, historicamente, uma pessoa que pensa, que reflete sobre a Arte, a Política, a Religião, a Educação, a Ética. Ao pensar sobre estes e outros temas importantes para a humanidade, ele está praticando, produzindo a Filosofia.

**Globalização** - A palavra “globalização” geralmente caracteriza a formação de um mercado mundial, sem fronteiras para as atividades econômicas. A globalização é resultado de um processo histórico de muitos séculos, tendo iniciado com as navegações que possibilitaram fortes atividades comerciais entre diversos países a partir dos séculos 15 e 16. Nos anos mais recentes, a globalização foi incentivada pelos avanços nas áreas de Informática e Telecomunicações, permitindo uma comunicação imediata de um para qualquer outro lugar do planeta. A Internet é o principal símbolo da globalização em termos tecnológicos. Os avanços tecnológicos na comunicação possibilitaram, por sua vez, o aumento do poder do sistema financeiro internacional sobre o setor produtivo, ou seja, sobre o setor que realmente trabalha com produtos materiais, como a agricultura ou a indústria. O poder econômico e político com a globalização passou a ser, então, dos grandes bancos internacionais e das grandes organizações empresariais que dominam o mercado mundial. Uma das atividades econômicas mais lucrativas com a globalização passou a ser a especulação com papéis, como ações de grandes empresas que são negociadas na bolsa de valores. Por implicar em atividades especulativas, a globalização é às vezes culpada de ter criado um grande “cassino global”, em detrimento das atividades realmente produtivas. A ideologia política característica da globalização é o Neoliberalismo. (Ver também “Neoliberalismo” neste glossário)

**Harmonia** - A palavra “harmonia” tem um sentido mais ou menos igual ao de “equilíbrio”. Uma sociedade seria harmoniosa quando existe um equilíbrio entre os seus setores.

Não há um desequilíbrio em favor de um ou outro setor dessa comunidade.

**Inclusão social** - A inclusão social ocorre quando em uma comunidade todos os seus membros têm os seus direitos básicos respeitados. Lutar pela inclusão social seria, então, lutar pela justiça social, pela igualdade de direitos em uma comunidade. Pode-se dizer que a luta pela inclusão social está presente em todo mundo, porque na imensa maioria dos países existem populações excluídas.

**Índice de Gini** - É o indicador, o número, que mede a concentração de renda em determinado País ou uma comunidade. A menor concentração de renda é próxima de zero na escala de Gini. Quanto maior o índice de um País, mais a renda nele gerada está concentrada em poucas mãos. Segundo as últimas medições do Índice de Gini, o Brasil perde apenas para Serra Leoa, um pequeno e muito pobre País da África, em termos de concentração de renda.

**Inóspita** - Uma cidade é inóspita quando ela não oferece as mínimas condições para uma vida digna. Um lugar inóspito é geralmente um lugar de condições ambientais extremas, como um lugar ou muito frio, ou muito quente, ou – no caso das grandes cidades – com muito cimento e asfalto e com pouca vegetação.

**Inovador** - Uma situação é inovadora quando ela representa uma novidade em relação à situação tradicional. Por exemplo, quando a televisão foi inventada, ela representou uma inovação diante do rádio. Depois, quando a Internet tornou-se popularizada, ela já era uma enorme inovação diante da televisão.

**Marxismo** - O marxismo é a doutrina, a ideologia política característica do socialismo e/ou comunismo. Tem esse nome porque o maior teórico do comunismo/socialismo é o alemão

Karl Marx. Uma das principais idéias do marxismo é a de que a história é movida pela luta de classes, que seria a luta entre os donos dos meios de produção, que seriam os capitalistas, e os trabalhadores, o operariado, que no capitalismo não são os proprietários dos meios de produção, como as fábricas e as fazendas. O marxismo defende então um regime político comunista/socialista, em que o proprietário dos meios de produção é o povo, são os trabalhadores, através do Estado.

**Mercado** – No regime capitalista, o mercado é quem na prática dá as ordens sobre o que a economia e a política devem fazer. O mercado é o conjunto das forças de produção, como indústrias, bancos e o setor dos agronegócios, que diariamente avaliam e negociam os preços dos produtos – como as fontes de energia (gasolina, gás), alimentos, minerais (aço, carvão), papéis de investimento, etc. O grande termômetro, ou seja, quem mede realmente como está o chamado mercado é, hoje, as bolsas de valores, que são os espelhos onde são refletidos os grandes negócios feitos pelo sistema financeiro internacional.

**Metrópole** - As “metrópoles” são as cidades gigantescas, surgidas principalmente no século 20, em decorrência da forte migração e da urbanização acelerada. Áreas metropolitanas incluem uma ou mais cidades que estão muito próximas uma da outra, não havendo mais uma separação muito clara entre elas. Na Região Metropolitana de Campinas, por exemplo, cidades como Campinas, Hortolândia e Sumaré estão quase “coladas”, não existe uma divisão clara entre uma e outra.

**Migração** – A migração é o deslocamento de pessoas de uma região para outra ou de um país para outro. A migração sempre existiu na história da humanidade, mas em alguns períodos o deslocamento de pessoas é maior, como na segunda metade do século 20, com a transferência de enormes grupos populacionais que viviam na zona rural para as zonas urbanas. Este é o período conhecido como de urbanização, que aconteceu principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil.

**Mortalidade infantil** - O índice de mortalidade infantil é o indicador que mede o número de crianças que morrem antes de atingir o primeiro ano de idade, geralmente por doenças derivadas da pobreza. O índice de mortalidade infantil é, portanto, um dos principais indicadores usados para avaliar o grau de qualidade de vida de uma comunidade, uma região ou um País, pois mostra a sua situação em termos de saneamento básico, atendimento à saúde e condições sociais em geral. A mortalidade infantil vem caindo no Brasil, chegando a 29,6 mortes por mil crianças nascidas vivas em 2000, mas permanecem algumas situações desafiadoras, como no Nordeste. No Nordeste a média de mortalidade infantil em 2000 era de 44,2 por 1.000, chegando a 66 por 1.000 em casos mais graves, como em Alagoas.

**Municipalização** - A municipalização é a definição no próprio Município das ações que devem ser tomadas nas áreas de saúde, educação, habitação, segurança pública e outras. A municipalização no Brasil foi oficializada pela Constituição Federal de 1988. A Constituição prevê a formação de Conselhos Municipais, nas áreas de saúde, educação, meio ambiente e outras, com a participação de representantes da comunidade. Estes Conselhos devem discutir e decidir sobre as ações que devem ser tomadas em benefício de toda a comunidade do Município.

**Neoliberalismo** - O “neoliberalismo” é a ideologia política e econômica própria da globalização. “Neo” quer dizer novo em grego, portanto o neoliberalismo é a nova face do liberalismo, doutrina política e econômica que nasceu nos séculos 18 e 19, quando o capitalismo estava se fortalecendo. O neoliberalismo, como o liberalismo, defende a mínima intervenção do Estado nos assuntos da economia, que deveriam ser definidos pelo mercado. De fato, a globalização levou a uma diminuição acentuada do poder dos governos, dos Estados nacionais, diante do aumento do poder do sistema financeiro internacional e das grandes corporações empresariais. Governos neoliberais,

como foi o caso do presidente Fernando Collor de Mello no Brasil e de Carlos Menem na Argentina, promoveram a privatização de empresas estatais, demitiram milhares de funcionários públicos e diminuíram os investimentos públicos em áreas sociais, como em Educação e Saúde. (Ver também “Globalização” e “Mercado” neste Glossário)

**Organização Mundial da Saúde (OMS)** - A Organização Mundial da Saúde, também conhecida por sua sigla OMS, é o setor da Organização das Nações Unidas (ONU) que trata da saúde dos povos do mundo. A ONU reúne os mais de 200 países existentes no planeta. A OMS tem sua sede em Genebra, na Suíça.

**Organização Panamericana da Saúde (OPAS)** - A Organização Panamericana da Saúde, também conhecida por sua sigla OPAS, é a representação da Organização Mundial da Saúde no continente americano. Os assuntos relacionados à saúde dos povos dos países americanos são tratados pela Opas, que tem sua sede em Washington, a capital dos Estados Unidos.

**Organizações não-governamentais** - As organizações não-governamentais, também conhecidas pela sigla ONGs, são os grupos organizados da comunidade que não têm ligações com o poder público/governo. São os casos das associações de moradores, entidades sociais, fundações, sindicatos, entidades ambientalistas, entre outros grupos.

**Pacto social** - Um pacto social é um tipo de acordo feito entre os diferentes setores de uma comunidade, como o poder público (Prefeitura, governo estadual ou federal), os empresários e os grupos organizados da população, com o objetivo de buscar a melhor qualidade de vida para essa comunidade.

**Paradigma** - O paradigma é a forma de pensar vigente em uma determinada sociedade e em determinado momento histórico. Por exemplo, durante muito tempo a Educação era considerada apenas como processo de transmissão de

conhecimento entre um professor e um aluno. O professor sabia tudo e o aluno não sabia nada. Agora a Educação é considerada como um ato participativo e de diálogo, ou seja, professores e alunos estão aprendendo em conjunto no processo educativo. E mais: a Educação é hoje vista como Continuada, ou seja, desde que nasce e durante toda a vida a pessoa está aprendendo e ensinando. A Educação não se limita mais, portanto, ao que se aprende em uma escola. Essa mudança na forma de ver a Educação é uma “quebra de paradigma”.

**Primeiro Mundo** - É considerado como o conjunto dos países mais industrializados e mais ricos.

**Região Metropolitana de Campinas (RMC)** - A Região Metropolitana de Campinas (RMC), formada por 19 Municípios, nasceu oficialmente com a Lei Complementar Estadual 870, de 19 de junho de 2000. O objetivo da RMC é discutir vários assuntos importantes, como transportes e saúde, considerado que Campinas e as cidades próximas formam uma grande metrópole. Não é possível discutir a questão do transporte, por exemplo, considerando apenas a realidade de Campinas, mas de toda a região. O mesmo vale para a saúde e a educação. São milhares de pessoas que moram em uma cidade e se deslocam diariamente para ir a um hospital, a uma escola ou ao trabalho em outra cidade da região. Isso é a metropolização. A RMC foi criada para dar uma ordem, uma organização nessa metropolização. Os Municípios que formam a RMC são: Americana, Artur Nogueira, Campinas, Cosmópolis, Engenheiro Coelho, Holambra, Hortolândia, Indaiatuba, Itatiba, Jaguariúna, Monte Mor, Nova Odessa, Paulínia, Pedreira, Santa Bárbara D'Oeste, Santo Antônio de Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo. Ao todo são mais de 2,3 milhões de moradores. As decisões na RMC são tomadas no Conselho de Desenvolvimento Metropolitano, formado por representantes dos 19 Municípios, do governo estadual e de organizações da sociedade civil.



**Revolucionário** - Uma pessoa ou uma idéia é revolucionária quando ela representa ou promove uma mudança completa, radical, em relação a uma situação tradicional. A televisão colorida foi uma revolução perto da televisão em preto e branco. Normalmente, entretanto, as palavras “revolução” ou “revolucionário” se referem a uma situação política. Os russos que conseguiram impor o socialismo em seu país e em grande parte do Leste Europeu foram revolucionários. Os cubanos liderados por Fidel Castro que derrubaram o ditador de seu país e também implantaram o socialismo são igualmente considerados revolucionários.

**Sociedade civil** - A expressão “sociedade civil” é usada geralmente para se referir ao conjunto de organizações e grupos organizados de uma comunidade, como associações de moradores, sindicatos, associações profissionais, Igrejas, clubes de serviço, escolas de samba e outras organizações culturais.

**Socialista** - O “socialista” é a pessoa que pratica o socialismo. O socialismo é uma ideologia política que considera que todos seres humanos têm direitos iguais a serem respeitados. Em conseqüência da igualdade de direitos, a propriedade dos meios de produção, como as fazendas e as fábricas, não pode estar nas mãos de uma minoria, mas do conjunto da população.

**Sustentável** - A palavra “sustentável” é usada para explicar que a exploração de um recurso natural, por exemplo, não vai levar ao esgotamento desse recurso. Assim, um desenvolvimento sustentável seria a forma de desenvolvimento de um País que não leve ao esgotamento dos recursos naturais desse País, como a água, a terra ou as matas. O desenvolvimento sustentável considera, então, os interesses das futuras gerações, como os nossos filhos e os filhos de nossos filhos, e assim por diante. Se os recursos naturais forem explorados de forma sustentável, esses recursos – como a água – não faltarão para as futuras gerações.

**Terceiro Mundo** - É o conjunto dos países considerados em desenvolvimento, como o Brasil e demais países da América Latina, a totalidade dos países da África e grande parte da Ásia.  
Encontro (Pag.102)

# Linha do tempo

**8000 AC** - Jericó, ao lado do rio Jordão, é a primeira cidade entre muralhas do mundo.

**5500 AC** - Mais antigo sistema de irrigação do mundo permite a povoação e uma importante cultura na Mesopotâmia, entre os rios Tigre e Eufrates, com destaque para a aldeia de Choga Mani e as tribos Halaf e Hubald.

**4500 AC** - Desenvolvimento das culturas Qingliangang e Yangshao, na China, graças ao cultivo do arroz e fabricação de equipamentos agrícolas.

**4000 AC** - A bacia do Amazonas na Guiana e, depois, o território correspondente à Colômbia e ao Equador sedia o aparecimento da cerâmica nas Américas.

**3500 AC** - A primeira civilização urbana do planeta, os Sumérios, surge no Sul da Mesopotâmia. Aparecem as primeiras cidades-estado sumério-semíticas. Nasce a escrita, com a utilização de símbolos inscritos em tábuas de argila.

**3000 AC** - Aparecem as primeiras cidades muradas egípcias, como Mênfis, onde o rei Menés, ou Narmer, instala a nova capital do país após a unificação dos reinos do Alto e Baixo Egito. É desta época a primeira cidade da cultura Lung-Shan na China. No território da atual Hungria são encontrados os primeiros veículos com rodas.

**2540 AC** - O arquiteto Hemiounou recebe a encomenda, do faraó Kéops, de construção da primeira pirâmide na planície egípcia de Gizé, onde depois seriam erguidas as pirâmides de Kéfren e Miquerinos. Nessa época floresce uma importante civilização urbana na planície do Indo, marcada por cidades como Harappa e Mohenjo-Daro, amuralhadas com tijolo cozido. No outro lado do mundo, aldeias baseadas na horticultura aparecem na Amazônia.

**1900 AC** - Época provável da fundação de Jerusalém.

**1600 AC** - Começa a florescer a civilização minóica no Mar Egeu. Ao mesmo tempo avança a civilização micênica no Peloponeso e na Grécia continental.

**1551 - 1306 AC** – Auge do poder da cidade de Tebas, no Egito, e do culto ao deus Ámon. Depois houve a substituição pelo culto ao deus Áton, durante o reinado de Amenófis IV e de sua mulher Nefertiti. Período de grande produção artística e quando a capital foi transferida para Tell el-Amarna. Tutankamón (1346) providencia o retorno da capital para Tebas, retomando também o culto a Ámon.

**1200 AC** - Os chamados povos do mar avançam sobre várias regiões do mundo conhecido. É o momento de ascensão dos Fenícios, a partir das cidades de Sídón e Tiro. Aproximadamente em 1104 AC é fundada a cidade fenícia de Gadir, atual Cádiz, na Espanha. Entre 1400 e 1100 AC, prospera e depois decai a civilização micênica na Grécia, com base em reinos como os de Atenas, Tebas, Micenas e colônias na Sicília, Chipre e Egito, entre outros locais. Nessa época aparecem as primeiras civilizações urbanas na América Central, como a Olmeca, no México.

**1100 AC** - Início da construção de vários templos em Chavin de Huantar, no Perú, possivelmente os mais antigos na região dos Andes.

**814 AC** - Data provável da fundação de Cartago, pelos Tírios, no norte da África.

**776 AC** - Os primeiros jogos olímpicos gregos devem ter sido realizados nesse ano, em Olímpia, em homenagem a Zeus.

**587 AC** - Jerusalém, capital do reino de Judá, é tomada pelo rei Nabucodonosor, da Mesopotâmia.

**539 AC** - Babilônia, capital da Mesopotâmia e onde Nabucodonosor havia construído os famosos jardins suspensos, é tomada por Ciro, o Grande, da Pérsia.

**522 AC** - Início da construção de Persépolis, por determinação de Dario I. A capital do reino aquemênida foi destruída em 330 AC por Alexandre, o Grande, da Macedônia.

**500 AC** - Data provável de fundação de Monte Albán, capital da civilização Zapoteca, na região de Oaxaca, no México.

**Século V AC** - É o Século de Ouro da Grécia, quando aparecem a filosofia e as primeiras reflexões políticas sobre as cidades como conhecemos hoje, época de Sócrates, Aristóteles e Platão, e também de Ésquilo, Sófocles, Eurípedes (drama), Heródoto e Tucídides (história), Hipócrates (medicina), Fídias (escultura) e Píndaro (poesia). Os grandes monumentos de Atenas são construídos entre 480 – 420 AC.

**404 AC** - O reino de Atenas é derrotado por Esparta, por sua vez, derrotada em 371 AC por Felipe II da Macedônia. Ele foi assassinado em 336 AC e seu filho Alexandre prosseguiu o império, até a morte em 323 AC. A morte de Alexandre permite às cidades gregas retomar sua influência sobre várias regiões.

**Século I AC** - Século de afirmação do poder de Roma. Entre 55 e 52 AC foi construído o primeiro teatro romano em Pompéia. Em 27 AC Vitruvius publica um dos primeiros tratados completos de arquitetura da história. É o período de grandes poetas, como Horácio e Virgílio, e de grandes construções, como do fórum romano. Por volta de 19 AC o território conhecido como Hispânia (depois Espanha) foi dividido em três colônias, Tarragonense, Bética e Lusitânia, futura Portugal.

**Século I Depois de Cristo** - Sob o Império Kushan o Irã ganha um período de esplendor, quando ocorre a urbanização no Afeganistão e a propagação do budismo. Esplendor da cidade

maia de Teotihuacán, no centro do México. Em 500 ela teria cerca de 200 mil moradores. Sob o império de Augusto são construídas grandes estradas para permitir a rápida ligação entre as províncias romanas. Em 64 Roma é destruída por um grande incêndio.

**162** - Construção do aqueduto de Zaghovan, para abastecer Cartago.

**167** - Uma grande peste mata milhares em Roma e provoca inquietação com a situação sanitária da cidade.

**330** - Fundação de Constantinopla (atual Istambul, Turquia) pelo rei Constantino, de Bizâncio.

**400** - Cultura marajoara floresce na Ilha do Marajó, na Amazônia.

**Século V DC** - Império romano se desfaz perante invasões dos povos bárbaros.

**622** - O profeta Maomé se transfere de Meca para Medina. Começa a florescer a religião muçulmana, que terá uma ascensão fulminante. Em 711 Tárik cruza o estreito de Gibraltar e chega à Espanha, onde o reino visigodo de Toledo é conquistado.

**877** - No Sudeste da Ásia é fundada a primeira “cidade hidráulica” da civilização khmer.

**Século X** - A cidade de Kiev desponta como a grande sede da civilização russa, permanecendo nessa condição até 1240, quando foi destruída pelos mongóis.

**950** - Os Toltecas assumem o poder no México, construindo sua capital em Tula.

**1099** - Início da construção da cidade fortificada de Ávila, no Noroeste da Espanha, por Afonso IV de Castela, dentro da

campanha de reconquista do território espanhol aos mouros (muçulmanos).

**1143** - O conde Afonso Henriques é reconhecido como primeiro rei de Portugal, após celebração da paz com Afonso VII de Leão e Castela.

**1152** - Feiras de Champagne, na França, são importante pólo comercial em território europeu.

**1200-1300** - Início do esplendor da civilização asteca, no México, que terá seu centro na cidade de Tenochtilán (atual cidade do México), construída em uma ilha no lago Texcoco.

**1204** - Destruição de Constantinopla pelos cruzados.

**1208** - Primeira Universidade da Península Ibérica, o Studium Generale de Palência.

**1215** - Concílio de Latrão lança os fundamentos da Inquisição.

**1238** - Início da construção de Alhambra, em Granada, Espanha, por Mohamed I. O palácio é um templo às águas.

**1250** - A República de Florença, ou Firenze, é fundada, e irá desempenhar importante papel no Renascimento.

**1257-1281** - Quatro guerras entre Veneza e Gênova, pelo controle do mar Mediterrâneo.

**1258** - Fundação por D.Beatriz do Hospital dos Meninos de Lisboa, instituição que é a origem das chamadas santas casas de misericórdia, modelo durante séculos de ação filantrópica.

**1272** - Início da construção da catedral de Toledo, em estilo gótico, concluída somente em 1493.

**1295** - Chegada a Veneza de Marco Polo, depois de longa viagem à China e outras partes da Ásia. Veneza é uma das principais cidades do mundo, com belos palácios construídos ao longo dos canais, pelo dinheiro proveniente do controle comercial no Mediterrâneo.

**1300** - Primeiro relógio público, em Paris, construído por Pierre Pipelart.

**Séculos XIII-XIV** - A urbanização acelerada leva à constituição das corporações profissionais, reunindo médicos, advogados, artífices, artesãos.

**1306** - Aparece o primeiro tratado geral de Anatomia, pelo médico italiano Mondino dei Luizzi, de Bolonha. É um marco na história da medicina, pois Luizzi trabalhou a partir da dissecação de cadáveres, o que significa romper vários dogmas religiosos.

**1315** - Grandes episódios de fome e epidemias em várias partes da Europa, desenvolvendo uma preocupação de reis e estudiosos com as condições sanitárias e sociais das populações.

**1320** - As feiras de Brugges e Antuérpia, na atual Bélgica, de Genebra (Suíça) e Frankfurt (Alemanha) superam as de Champagne, na França. O capitalismo mercantil começa a se desenvolver de forma acelerada.

**1347** - A Peste Negra devasta a Europa, até 1352. Os cálculos são de que pelo menos 20% da população européia morreram na epidemia, que provavelmente chegou ao continente levada da Ásia por navios de Veneza. Outros surtos de peste voltariam a assolar a Europa, em 1360-1363, 1369, 1374-1375, 1382-1383, 1389-1390, 1400 e 1412. No conjunto foram acontecimentos que provocaram profundas mudanças na vida social, política, econômica e religiosa da Europa. A preocupação com as condições sanitárias da população tornou-se muito mais forte a partir desse momento. Alguns estudiosos



afirmam que a Peste Negra foi um dos motivos que impulsionaram o tráfico de escravos da África, para “compensar” a perda de população. As descobertas marítimas, lideradas por Portugal e Espanha, também teriam sido estimuladas de alguma forma pela Peste – os europeus queriam descobrir outras terras, mais “saudáveis”.

**1358** - Ano de revoltas de camponeses sem-terra na França e outros países europeus. Aparece a Liga Hanseática, reunindo várias cidades alemãs e que durante muito tempo teve importante atuação comercial na região norte da Europa.

**1361** - Portugal é um dos principais atingidos por episódios de fome e peste, que alimentaram medidas protecionistas na agricultura e, ainda, perseguições contra judeus e as chamadas “feiticeiras”.

**1367** - As cidades alemãs reúnem-se a outras da Suécia e de outros pontos do Norte europeu, visando ao controle comercial.

**1368** - Fundação da Universidade de Genebra.

**1377** - Nasce o arquiteto e escultor italiano Filippo Brunelleschi, que vai desempenhar importante papel no Renascimento. O arquiteto introduz novas técnicas que vão, a partir de Florença, revolucionar o conceito de arquitetura e influenciar na construção de monumentos em várias cidades européias. Ele morreria em 1446.

**1378** - Ano de nascimento de outro importante arquiteto e artista italiano, com atuação destacada também em Florença. Foi Lorenzo Ghiberti, outro expoente do Renascimento e que morreu em 1455.

**1388** - Primeira lei nacional antipoluição, aprovada pelo Parlamento da Inglaterra, que estava preocupado com os altos índices de degradação das águas e do ar, por causa da extração de carvão e abate de animais.

**1414** - O tratado “De architectura”, do romano Vitruvius, é redescoberto pelo humanista P.Brocciolini, em Monte-Cassino, na Itália, e vai influenciar a arte e a arquitetura renascentista.

**1419** - Chegada à Ilha de Porto Santo e à Ilha da Madeira da expedição portuguesa comandada por João Gonçalves Zarco e Tristão Vaz Teixeira. As ilhas já eram indicadas em mapas antigos, mas ainda não havia registro oficial de presença humana. A Ilha da Madeira, especialmente, terá papel fundamental nas aventuras marítimas portuguesas no séculos 15 e 16. A colonização das Ilhas da Madeira e Porto Santo começaria em 1425.

**1492** - A expedição de Cristóvão Colombo, a serviço dos reis espanhóis Isabel de Castela e Fernando de Aragão, sai do porto de Palos a 3 de agosto e chega às Bahamas em 12 de outubro. Foi a “descoberta da América”, episódio que alterou o rumo da história mundial. No mesmo ano os judeus são expulsos da Espanha e ocorre a retomada do último território que estava sob domínio muçulmano em solo espanhol, que era Granada.

**1494** - É assinado o Tratado de Tordesilhas, dividindo as terras descobertas entre Portugal (a Leste) e Espanha (a Oeste). Portugal passa então a dominar o Brasil, África e Ásia, e Espanha, aos demais territórios descobertos na América.

**21 de abril de 1500** – A expedição comandada por Pedro Álvares Cabral atinge o litoral da Bahia. Foi a “descoberta do Brasil”, episódio relatado em detalhes na Carta de Pero Vaz de Caminha, o escrivão que acompanhava a expedição.

**1516** - Publicação de “A Utopia”, pelo humanista inglês Thomas Morus (1478-1535).

**1518** - A introdução de escravos africanos nas colônias americanas é autorizada pela Coroa espanhola.

**1519-1522** - Primeira volta ao mundo, pela expedição do português Fernão de Magalhães, que estava a serviço da Coroa espanhola.

**1530** - O Brasil começa a ser dividido em capitanias hereditárias, durante o reinado de D. João III. O sistema entraria em falência pela falta de recursos dos “capitães”, entre outros fatores.

**1531** - Conquista do Império Inca, no Peru, pelo espanhol Francisco Pizarro, que usa de muita violência contra os indígenas.

**1535** - Publicação do Tratado da Esfera e da Arte de Marear, por Francisco Faleiro, que teria grande repercussão nas descobertas marítimas posteriores. O autor teria atuado em colaboração com Fernão de Magalhães.

**1536** - Fundação de Buenos Aires, por Pedro de Mendonza.

**1540** - A Europa passa a receber enormes volumes de prata extraídos na América.

**1558 - 1561** - A inflação que atingia toda a Europa é estudada pelo conselheiro da rainha Isabel I da Inglaterra, Thomas Gresham. A análise vai resultar no livro “Inquérito sobre a Quebra dos Câmbios”, onde Gresham defende que a chamada moeda “boa” é tirada de circulação pela “má”. As posições de Gresham vão influenciar nas medidas tomadas pela rainha, que adota o chamado padrão-prata. A consequência é o fortalecimento da libra esterlina, fundamental para garantir o império inglês por muito tempo.

**1571** - Instalação da Bolsa de Londres, pelo próprio Thomas Gresham. É o sinal de que o capitalismo comercial, ou mercantil, começava a se fortalecer.

**1588** - O ano marca o fim do chamado “Século de Ouro” da Espanha, período de grande esplendor, propiciado pelos metais

e outras mercadorias retiradas na América. A derrota da até então “invencível Armada”, antes de chegar à Inglaterra, é o episódio que assinala o começo do fim do império espanhol e início da hegemonia britânica.

**1607** - Chegada dos primeiros colonos ingleses na Virgínia. O território hoje correspondente aos Estados Unidos era disputado pela Holanda, Espanha, Portugal e França, entre outros.

**1664** - Nova Amsterdã recebe um novo nome, Nova York, após sua retomada aos holandeses pela Inglaterra.

**1674** - Fundação na França da Caixa dos Empréstimos, com o objetivo de remeter aos cofres do Estado a poupança pública.

**1690** - Publicação de “Tratado sobre o governo civil”, do filósofo e político inglês John Locke. O livro compara o direito à propriedade privada aos demais direitos do ser humano e defende o sistema democrático baseado no Parlamento. Trata-se da obra que fundamenta a democracia liberal e burguesa.

**1694** - O Banco da Inglaterra é criado.

**1715** - São Petersburgo torna-se a capital da Rússia, consolidando sua importante posição econômica e política no Leste europeu.

**1716-1721** - Fundação do Banque Générale, na França, Por John Law.

**1748** - Publicação na França de “Do Espírito das Leis”, por Montesquieu, avançando em alguns conceitos comentados por John Locke. O francês propõe que a política seja baseada na razão e defende a separação dos três poderes centrais de um País: Executivo, Legislativo e Judiciário.

**1769** - A patente da máquina a vapor é registrada pelo engenheiro escocês James Watt. Trata-se de um dos mais

importantes inventos da história, pois a máquina a vapor vai revolucionar o sistema industrial e de transportes. A máquina da vapor significa um enorme avanço na captação de água, fundamental para os processos industriais. Em 1744 Watt instala em Birmingham, ao norte de Londres, em parceria com o metalúrgico Boulton, sua primeira fábrica. A máquina a vapor será decisiva para a Revolução Industrial, liderada inicialmente pela Inglaterra, e que terá sua expansão quando as fábricas passam a utilizar o carvão.

**1776** - Ano da Independência das 13 colônias inglesas na América do Norte, dando origem aos Estados Unidos. No mesmo ano é publicado na Inglaterra o “Inquérito sobre a Natureza e as Causas da Riqueza das Nações”, pelo filósofo escocês Adam Smith, um novo marco para a teoria econômica do capitalismo. O autor defende o crescimento econômico com base na livre concorrência, no estímulo ao lucro e na divisão técnica do trabalho.

**1787** - Abolição da Escravatura pela Inglaterra, que passa a pressionar as demais potências européias a fazer o mesmo.

**Julho de 1789 a setembro de 1792** - Período conhecido como o da Revolução Francesa e que vai resultar na Proclamação da República. Liberdade, igualdade e fraternidade é o lema que move os revolucionários franceses.

**1795** - Os princípios de uma sociedade igualitária, com a comunhão de bens, são defendidos pelo revolucionário e socialista francês Gracchus Babeuf.

**1798** - Ano da publicação do famoso “Ensaio sobre o Princípio da População”, do inglês Thomas R. Malthus. O autor defende o controle da natalidade, diante do veloz crescimento demográfico em seu país e em toda a Europa, possibilitado por alguns avanços em saúde pública e em função do processo de urbanização. No mesmo ano a vacina contra a varíola, que vai

possibilitar um crescimento demográfico ainda maior, é praticamente concluída pelo cientista inglês Jenner.

**1800** - O Banco da França é criado e atuará, como as demais instituições monetárias européias, com base nas moedas de ouro e prata, que vão permanecer mais ou menos estáveis até a eclosão da Primeira Guerra Mundial, em 1914.

**1803** - Publicação do “Tratado de Economia Política”, pelo francês Jean-Baptiste Say, considerado a “bíblia do liberalismo econômico” em seu país.

**1804** - “Harmonia Universal”, de Fourier, é publicada. É crescente a divulgação de textos defendendo o socialismo, no momento em que o capitalismo industrial é cada vez mais forte. Do mesmo Fourier é publicado em 1920 “O Novo Mundo Industrial”.

**1810-1827** - Neste período as colônias da Espanha e Portugal na América conseguem a independência, sob a liderança de nomes como o republicano Simon Bolivar e o aristocrata San Martin. O caso brasileiro é único, porque a Independência, a 7 de setembro de 1822, é proclamada por D.Pedro I sem lutas e derramamento de sangue. As ex-colônias espanholas e portuguesa vão demorar muito tempo para ingressar na economia industrial, porque eram mantidas pelas respectivas metrópoles apenas como fornecedoras de matérias-primas como os metais preciosos.

**1814** - Aparece a locomotiva a vapor, desenvolvida pelo inglês Stephenson, e que vai acelerar a economia industrial dominada pela Europa.

**1817** - Publicação por David Ricardo de “Princípios da Economia Política e do Imposto”. É uma forte defesa do crescimento e do mercado livre, que conduziria naturalmente ao desenvolvimento igualitário, em benefício de empresários e trabalhadores. É uma tese que até hoje encontra muitos adeptos.

**1820** - Saint-Simon publica na França “O Sistema Industrial”, seguido de “O Catecismo dos Industriais” em 1824. São novos livros defendendo princípios socialistas.

**1823** - O presidente dos Estados Unidos, Monroe, defende que a América não deveria sofrer interferência das potências européias. É o princípio da “América para americanos”, que ficou conhecida como a Doutrina Monroe e justificou várias intervenções dos norte-americanos nos assuntos internos de países da América Latina.

**1825** - O britânico Robert Owen instala a sua primeira “comunidade socialista”.

**1837** - 1842 - Na Inglaterra o movimento cartista (de “A Carta”) consegue 1,25 milhão de assinaturas a favor do direito de voto livre e direto para todos. Os cartistas também se mobilizam contra os baixos salários e as más condições em que os operários trabalhavam. Foi um grande impulso para os movimentos e intelectuais socialistas.

**1839** - Publicação na França de “A Organização do trabalho”, por Louis Blanc, que defende a reunião dos trabalhadores em cooperativas vinculadas ao Estado.

**1840** - Outro livro importante da história socialista é publicado na França, “Que é a propriedade”, do anarquista Proudhon. Ele sustenta que “toda propriedade é um roubo”.

**1845** - Publicação de um marco da literatura socialista, “A situação da classe trabalhadora em Inglaterra”, do alemão Friedrich Engels.

**1848** - O mesmo Engels publica, com outro alemão, Karl Marx, o “Manifesto do Partido Comunista”. O texto defende a organização dos trabalhadores em um partido operário, para chegar ao poder e eliminar a “luta de classes”, que seria a

natureza do capitalismo. No mesmo ano o inglês John Stuart Mill redige “Os Princípios de Economia Política”.

**1851** - Londres sedia a primeira Exposição Universal, com os principais avanços tecnológicos do mundo capitalista.

**1855** - Grande pesquisa na França para alimentar o livro “Operários Europeus”, obra importante do catolicismo social de Frédéric Le Play.

**1857** - Um avanço na saúde pública foi registrado na França, com a descoberta na França do processo de fermentação por Pasteur.

**1859** - Os primeiros poços de petróleo são explorados nos Estados Unidos, na Pensilvânia: é o início da Era do Petróleo. No mesmo ano é publicado “A Origem das Espécies”, de Charles Darwin. Sua tese sobre o predomínio dos “mais fortes” na luta pela sobrevivência seria apropriada para justificar a hierarquia social no capitalismo.

**1861-1865** - O Norte vence a Guerra de Secessão nos Estados Unidos. Um dos resultados é a abolição da escravatura.

**1864** - Nascimento da Primeira Internacional, destinada a reunir os socialistas de todo mundo, com base nas idéias de Karl Marx e Friedrich Engels.

**1867** - Publicação do primeiro volume de “O Capital”, a obra máxima de Karl Marx.

**1870** - Ano de fundação da Standard Oil, que em pouco tempo vai levar ao domínio da indústria petrolífera norteamericana pelos Rockfeller. No mesmo ano os Estados Unidos superam a Grã-Bretanha em termos de Produto Interno Bruto. É o início da hegemonia econômica e política pelos EUA. Entre 1870 e 1913 a participação dos Estados Unidos na produção industrial



mundial vai aumentar de 23 para 38%, enquanto a presença da Grã-Bretanha vai diminuir no período de 32 para 14%.

**1871** - Derrota da Comuna de Paris, reprimida com violência pelo aparato policial. Com “La Fortune des Rougon” (A Fortuna dos Rougon), o francês Émile Zola inicia a publicação de uma série de livros marcados por uma forte crítica social.

**1876** - É o ano do telefone de Graham Bell e da máquina de escrever Remington. Surgimento de Mitsui e Mitsubishi, primeiros grandes conglomerados industriais japoneses, formados pela aliança entre grupos privados e o Estado. Será a marca do capitalismo no Japão.

**1879** - É realizada a primeira convenção internacional sobre as patentes, que será fundamental para regular e impulsionar o desenvolvimento industrial propiciado pelos avanços tecnológicos.

**1881** - Funcionamento da primeira central elétrica, na Inglaterra.

**1883** - Fabricação de automóvel com motor de combustão a gasolina, pela Delamare-Deboutteville. Depois viriam a Daimler (1885), Peugeot (1890) e a Panhard-Levassor (1891).

**1885** - Chicago, nos EUA, recebe o primeiro arranha-céus.

**1886** - Ano de grandes greves operárias nos Estados Unidos. A 1o de maio, uma enorme manifestação em Chicago, pela jornada de oito horas de trabalho, é reprimido duramente pela polícia. A data ficaria marcada como o Dia Universal do Trabalho, originalmente por iniciativa da Internacional Socialista, em 1889.

**1889** - A Torre Eiffel é concluída e se torna a principal atração da Exposição Universal, em Paris. No mesmo ano o primeiro pneumático com câmara de ar é fabricado por Dunlop.

**1891** - Publicação pelo papa Leão XIII da Encíclica *Rerum novarum*, um apelo para que governos e empresários dêem atenção para a situação dos operários. O papa faz uma dura crítica à visão marxista da luta de classes.

**1894** - O bacilo da peste bubônica, que tanta destruição provocou nos últimos séculos, é finalmente descoberto, ao mesmo tempo, pelo japonês Shibasaburo e pelo francês Yersin.

**1895** - Aparece o cinematógrafo, inventado na França pelos irmãos Lumière, dando início a uma nova era no mundo da cultura.

**1896** - A segregação racial nas escolas e lugares públicos é reconhecida e justificada oficialmente nos Estados Unidos pelo Supremo Tribunal.

**1897** - O mundo conhece o rádio, com base na transmissão sem fio de Branly-Marconi. No mesmo ano é descoberto o motor a diesel.

**1898** - Os Estados Unidos se apoderam de Cuba, de Porto Rico, das Filipinas e da ilha de Guam. Fundação da FIAT na Itália.

**1899** - A aspirina é produzida pela Bayer na Alemanha. Publicação de “Os pressupostos do socialismo”, por Eduard Bernstein, na Alemanha, em que o autor defende uma transição gradual e pacífica do capitalismo para o socialismo. A tese é obviamente criticada pelos comunistas e, no Partido Social Democrata alemão, por Rosa de Luxemburgo.

**1900** - Publicação de “A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo” pelo sociólogo e economista alemão Max Weber.

**1905-1908** - Greves violentas na França, no Japão e outros países. Em 1907 F.W.Taylor publica nos Estados Unidos sua “A Direção Científica das Empresas”, que dá origem ao termo “taylorismo”. No mesmo ano é formada a tripla aliança França-

Grã-Bretanha-Rússia, para se contrapor ao eixo Alemanha-Áustria-Hungria-Itália. São emitidos os primeiros sinais de uma grande crise internacional que vai desembocar na 1ª Guerra Mundial.

**1908** - Produção do primeiro automóvel em série, o Ford T, nos Estados Unidos. A indústria automobilística começa a mostrar a sua força. Ainda nos EUA é fundada a General Motors.

**1910** - Revolução Mexicana, pondo ao fim a ditadura de Porfírio Díaz e iniciando uma reforma agrária e outras medidas sociais.

**1914** - O Canal do Panamá, ligando os oceanos Pacífico e Atlântico, é inaugurado. A 28 de junho, o assassinato em Sarajevo do arquiduque Francisco Ferdinando, da Áustria-Hungria, detona a 1ª Guerra Mundial, que vai até 1918.

**1915** - No dia 17 de dezembro acaba a Guerra do Contestado, em Santa Catarina. Neste ano, uma greve de operários da siderurgia em Ohio, nos Estados Unidos, leva à redução da jornada de trabalho para oito horas diárias.

**1916** - Publicação de “O Imperialismo, estágio supremo do imperialismo”, de Lenin.

**1917** - É o ano da Revolução Russa, concomitante à 1ª Guerra Mundial e liderada pelos bolcheviques de Lenin e Trotsky. Começa o chamado socialismo real, que será liderado pela União Soviética e estendido a quase todo o Leste Europeu.

**1919** - É a vez da França aprovar a jornada de oito horas diárias.

**1920** - No dia 10 de janeiro é criada a Liga das Nações, precursora da ONU. Nesse ano é publicado o livro “As conseqüências econômicas da paz”, em que o economista inglês John Maynard Keynes defende que a Alemanha não poderia pagar as indenizações aos países que se envolveram na 1ª

Guerra Mundial. Toda a Europa estava em grande crise econômica no período, que assistiu ao aumento da influência dos socialistas e dos comunistas.

**1922** - Entre os dias 13 e 17 de fevereiro acontece em São Paulo a Semana de Arte Moderna, um marco para a cultura brasileira. No dia 25 de março o Partido Comunista Brasileiro (PCB) é criado, no Rio de Janeiro. A 9 de agosto é fundada a Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, por Berta Lutz, que vai lutar pelo direito de voto pelas mulheres

**1927** - Publicação da Carta Del Lavoro (Carta do Trabalho), por Benito Mussolini na Itália. O documento é um marco do fascismo italiano e inspirou a legislação trabalhista de vários países, como a do Brasil no governo de Getúlio Vargas. Nesse ano o cinema torna-se sonoro e o norteamericano Charles Lindbergh realiza a primeira travessia aérea sem escala do Atlântico. A globalização estava avançando. No dia 4 de fevereiro os líderes da Coluna Prestes se asilam na Bolívia.

**1928** - Na Inglaterra Alexander Fleming descobre a penicilina, que vai provocar uma revolução na saúde pública e repercutir no crescimento demográfico.

**1929** - Nos dias 24 e 29 de outubro acontecem a quebra da Bolsa de Nova York, episódio que provoca uma crise econômica mundial. Um mês antes, a 30 de setembro, a BBC de Londres realizava a primeira transmissão experimental de televisão.

**1930** - No dia 24 de outubro torna-se vitoriosa a revolução liderada pelo gaúcho Getúlio Vargas, que havia sido derrotado em eleições fraudulentas na disputa para a presidência da República. É o começo da Era Vargas, que vai durar até 1945.

**1932** - No dia 23 de maio morrem quatro manifestantes pró-Constituinte em São Paulo. É o início da Revolução Constituinte, que vai durar até outubro, quando a situação é controlada pelas tropas federais de Getúlio Vargas. Em

novembro é eleito nos Estados Unidos o presidente Franklin Delano Roosevelt, que será reeleito três vezes. O presidente lidera o Plano New Deal, destinado a combater a forte crise econômica em seu país, no período conhecido como o da Grande Depressão.

**1933** - Em janeiro o líder nazista Adolf Hitler é eleito chanceler da Alemanha, cargo equivalente ao de primeiro ministro. Os nazistas aumentam sua influência explorando o descontentamento com a inflação e com o enorme desemprego. Em maio é eleita a Assembléia Nacional Constituinte, que havia sido reivindicada pelos revoltosos de São Paulo. Carlota Queiroz é eleita a primeira deputada na história do Brasil.

**1934** - A companhia norteamericana Gulf obtém a concessão por 75 anos para a exploração de petróleo no Kuwait. O setor do petróleo cada vez mais reforça seu poder nos destinos políticos e econômicos do planeta.

**1935** - Explode a Intentona Comunista, movimento liderado por Luis Carlos Prestes e que é reprimido com violência pelas tropas do governo. É iniciado o estado de sítio, que vai durar até junho de 1937.

**1936** - Charles Chaplin produz “Tempos Modernos”, filme em que faz uma crítica irônica à mecanização do ser humano pelo mundo do trabalho. Nesse ano e até 1939 acontece a Guerra Civil na Espanha, um prenúncio da 2ª Guerra Mundial. Forças republicanas recebem o apoio de voluntários internacionais, mas com o apoio de Hitler o general Francisco Franco ganha a guerra e inicia seu governo ditatorial, que vai durar até a década de 1970.

**1937** - No dia 10 de novembro Vargas lidera o golpe do Estado Novo, que vai durar até 1945.

**1939** - No dia 1º de setembro tropas alemãs invadem a Polônia, dando início à 2ª Guerra Mundial. No dia seguinte Getúlio

Vargas, que tinha uma tendência pró-Alemanha, anuncia a neutralidade do Brasil na guerra, posição que depois vai se alterar pela pressão norteamericana.

**1941** - No dia 7 de dezembro acontece o ataque japonês a Pearl Harbour, episódio que provoca a entrada dos Estados Unidos na 2ª Guerra Mundial.

**1944** - Em julho, na Conferência de Breton Woods, são criados o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, que vão dominar a economia mundial nas décadas seguintes. No mesmo mês chega à Itália o primeiro grupo da Força Expedicionária Brasileira (FEB) que vai lutar contra os fascistas e os nazistas.

**1945** - A 28 de fevereiro Vargas anuncia eleições gerais no Brasil. No dia 7 de maio a Alemanha rende-se incondicionalmente aos aliados. A 26 de junho a ONU é fundada pela Conferência de São Francisco. Nos dias 6 e 9 de agosto os EUA lançam bombas atômicas em Hiroshima e Nagasaki, levando à rendição do Japão e provocando a morte de milhares de pessoas. A Era Nuclear começa como um pesadelo. No dia 29 de outubro Vargas é deposto por movimento militar, e a presidência assumida interinamente por José Linhares, presidente do STF. A 2 de dezembro Eurico Gaspar Dutra é eleito presidente, nas eleições gerais, com apoio de Vargas. O fim da 2ª Guerra Mundial marca o início da Guerra Fria, marcada pela disputa entre capitalismo e comunismo, sob a liderança dos Estados Unidos e da União Soviética, que se fortalece por sua decisiva atuação contra o nazismo.

**1949** - Campinas sedia, entre 11 e 15 de outubro, a primeira conferência da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC).

**1952** - Aparece o termo Terceiro Mundo, lançado pelo francês Alfred Sauvy para designar o conjunto dos países em desenvolvimento.

**1953** - Morre Josef Stalin, que estava dirigindo a União Soviética, com mão de ferro, desde 1927. Será sucedido por Nikita Kruschtev, que em decisão surpreendente faz a denúncia dos crimes cometidos durante o governo de Stalin.

**1954** - Um golpe de Estado militar, com o apoio dos EUA, derruba do poder o presidente Guzmán. É o início de uma longa história de intervenção norteamericana nos assuntos internos de países da América Latina. Novos golpes militares aconteceriam, em vários países, nas décadas de 1950 a 1970, sob efeito do “medo do comunismo” que marcou o espírito da Guerra Fria. No dia 24 de agosto Geútlío Vargas, que havia voltado à presidência do Brasil pelo voto, se suicida no Palácio do Catete, no Rio de Janeiro. O vice Café Filho assume.

**1955** - No dia 3 de outubro é eleito presidente Juscelino Kubitschek, dando início ao período de desenvolvimentismo acelerado no Brasil, com incentivos à indústria e a construção de Brasília.

**1957** - Em março é criada, pelo Tratado de Roma, a Comunidade Econômica Européia (CEE), primeiro passo para a união da Europa, como uma forma de desenvolvimento econômico e de se contrapor ao crescimento do poder dos EUA. Os primeiros países a aderir são Alemanha, França, Itália, Bélgica, Holanda e Luxemburgo.

**1º de janeiro de 1959** - Vitória da revolução cubana, liderada por Fidel Castro, que aumenta o temor dos Estados Unidos em relação à presença do comunismo na América Latina.

**1960** - Aparece um novo personagem no jogo de poder mundial. É a Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPE), criada por cinco países: Arábia Saudita, Kuwait, Irã, Iraque e Venezuela. No dia 21 de abril é inaugurada Brasília, tornada capital do Brasil. A 3 de outubro eleição de Jânio Quadros

como presidente e João Goulart como vice. No dia 9 de novembro eleição de John Kennedy nos EUA.

**1961** - A 17 de março, invasão frustrada da Baía dos Porcos em Cuba, gerando fortes protestos no Brasil por parte de Leonel Brizola, governador do RS. No dia 12 de abril, viagem espacial pioneira, por Yuri Gagarin (URSS). A 25 de agosto ocorre a renúncia de Jânio Quadros, Ranieri Mazilli assume presidência na ausência de Goulart, que está na China. No dia 28 de agosto os ministros militares se posicionam contra posse de Goulart. No dia 2 de setembro a adoção do parlamentarismo, por Emenda número 4, permite a posse de Goulart na presidência, com poderes reduzidos, a 7 de setembro. No dia 8 toma posse o primeiro gabinete parlamentarista, liderado por Tancredo Neves e que vai durar até 26 de junho de 62.

**1962** - Em abril é criado o Conselho Nacional de Reforma Agrária, por Goulart. A 15 de setembro o Congresso antecipa para 5 de janeiro de 1963 o plebiscito sobre parlamentarismo ou presidencialismo. Nesse ano é publicado “Capitalismo e liberdade”, bíblia do neoliberalismo que seria praticado a partir dos anos 80, de autoria do economista americano Milton Friedmann.

**1963** - A 5 de janeiro o presidencialismo obtém vitória esmagadora, por 9 milhões de votos a 2 milhões, sobre o parlamentarismo no plebiscito nacional. A 24 de janeiro o novo ministério presidencialista toma posse. No dia 28 de agosto acontece a histórica manifestação dos 200 mil pelos direitos civis nos EUA, liderada por Martin Luther King. É um marco na luta contra o racismo. No dia 22 de novembro acontece o assassinato em Dallas, Texas, do presidente Kennedy. É o ano do aparecimento, na França, do primeiro hipermercado, que vai revolucionar a forma de se fazer comércio nas cidades em crescimento em todo planeta. Nos anos 60 e 70 a população dos países em desenvolvimento sobe de 1,6 bilhão para 2,5 bilhões, em função de melhorias nos sistemas de saúde e da descolonização.



**1964** - No dia 13 de março acontece o comício pelas reformas de base na Central do Brasil (RJ). No dia 19 de março, em São Paulo, acontece a Marcha da Família, com Deus, pela Liberdade, reunindo 500 mil e “alertando” que o governo Goulart estaria “caminhando para o comunismo”. A 28 de março, em Juiz de Fora (MG), o governador Magalhães Pinto e os generais Odílio Deniz e Mourão Filho planejam a deposição de Goulart. O golpe militar é executado a 31 de março, com apoio de Magalhães Pinto, Lacerda (RJ) e dos Estados Unidos, que acionam Operação Brother Sam. No dia seguinte, primeiro de abril, ocorre a vitória do golpe militar, com adesão do general Amaury Krueel, do 2o Exército; Miguel Arraes é preso em Pernambuco pelo 4o Exército. A 2 de abril Ranieri Mazilli assume a presidência interina. No dia 15 de abril o general Humberto Castelo Branco toma posse na presidência, dando início a um ciclo ditatorial de governos militares que vai durar até 1985. É o momento da censura à Imprensa, da repressão contra estudantes e opositores políticos, do exílio de várias lideranças e do Brasil potência, de crescimento econômico com base em um alto endividamento externo. Foi o ano em que a IBM passou a produzir os computadores com circuito integrado, preparando a revolução da Informática. Também em 1964 o sociólogo Herbert Marcuse publica “O homem unidimensional”, uma forte crítica à sociedade industrial.

**1967** - No dia 8 de outubro Che Guevara, líder guerrilheiro que havia lutado com Fidel Castro, é morto na selva da Bolívia. É um marco da vitória das forças militares e conservadoras contra as guerrilhas, que acontecem em vários países da América Latina, inclusive o Brasil. Nesse ano nasce o chamado Grupo dos 77, representando os países em desenvolvimento. Esse foi o número de países que apelou para que os países industrializados destinassem 1% de seu Produto Interno Bruto para estimular o desenvolvimento dos países pobres.

**1968** - A 30 de janeiro acontece o início da ofensiva pela guerrilha vietnamita. No dia 4 de abril Luther King é assassinado nos EUA. No dia 22 de abril é deflagrado o movimento

estudantil na França, a partir da Universidade de Nanterre. É a senha para o Maio de 1968, como será conhecido o elenco de manifestações estudantis e operárias em vários países. Em agosto, os tanques soviéticos invadem a Tchecoslováquia, acabando com os sonhos de renovação do socialismo despertados pela Primavera de Praga. A 2 de setembro o discurso do deputado Márcio Moreira Alves (MDB), no Congresso, será o pretexto para o AI-5. Márcio Moreira Alves é perseguido e se esconde em Campinas, no apartamento de José Roberto Magalhães Teixeira, por iniciativa de Francisco Amaral. No dia 14 de outubro ocorre a prisão de 1.240 participantes do 30o Congresso da UNE em Ibiúna (SP). No dia 13 de dezembro acontece a edição do Ato Institucional número 5, suprimindo todas as liberdades democráticas e acirrando perseguição contra oposição

**1970** - A 22 de outubro D.Paulo Arns toma posse na Arquidiocese de SP, dando início a um período de resistência contra a ditadura e proteção dos perseguidos políticos. Em setembro o socialista Salvador Allende é eleito presidente do Chile, para onde se encaminham vários perseguidos pelo regime militar brasileiro.

**1971** - Campinas tem 3.090 favelados, morando em 600 barracos

**1972** - É o ano da Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente Humano, em Estocolmo, Suécia. Foi a primeira grande reunião da ONU para tratar da questão ambiental, que começava a incomodar o planeta. É anunciado o Plano de Desfavelamento da Cidade de Campinas.

**1973** - Um ano chave para os tempos contemporâneos. Em janeiro a Comunidade Européia recebe a adesão da Inglaterra, Irlanda e Dinamarca. Em setembro o presidente Allende é deposto no Chile, no golpe militar liderado pelo general Augusto Pinochet, cuja ditadura vai se tornar um símbolo da violação dos direitos humanos na América Latina. Entre outubro e

dezembro acontece o primeiro choque do petróleo, com a multiplicação por quatro, pela OPEP, dos preços do combustível da sociedade industrial. O resultado será uma forte recessão nos países industrializados, nos anos seguintes.

**1974** - A 14 de março o general Ernesto Geisel toma posse na presidência.

**1975** - Em fevereiro Luis Inácio Lula da Silva é eleito presidente do Sindicato dos Metalúrgicos de São Bernardo do Campo. A 30 de abril ocorre a derrota dos EUA na Guerra do Vietnã. No dia 27 de junho é assinado o Acordo Nuclear Brasil-Alemanha. A 25 de outubro o jornalista Vladimir Herzog morre em São Paulo, nas dependências do DOI-CODI. Ele será homenageado em grande manifestação ecumênica a 6 de novembro. O episódio dá início a uma grande mobilização pela redemocratização.

**1976** - A 22 de agosto JK morre em um acidente misterioso, na Via Dutra. No dia 6 de dezembro João Goulart morre no Uruguai, de ataque cardíaco. Nesse ano o padrão-ouro, que dominava as finanças internacionais, é substituído pelo dólar. Na África do Sul acontecem as primeiras grandes rebeliões contra o apartheid, o regime de discriminação racial contra os negros. Vancouver, no Canadá, sedia nesse ano a primeira Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos, que passaria para a história como a Habitat I.

**1977** - Campinas tem 22.613 moradores de favelas, em 4.391 barracos. Nesse ano é criado o Serviço de Assistência Habitacional, no início do primeiro mandato do prefeito Francisco Amaral (1977-1982), então pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB).

**1978** - A 8 de junho a censura prévia à Imprensa é suspensa por Geisel. A 16 de outubro o cardeal Carol Woytila é consagrado papa João Paulo II.

**1979** - A 24 de janeiro a criação de um partido dos trabalhadores é aprovada em Congresso em Lins (SP). No dia 15 de março o general João Figueiredo e Aureliano Chaves assumem como presidente e vice da República. Entre 23 de março a 15 de maio os sindicatos do ABC, que entram em greve sob a liderança de Lula, sofrem intervenção do governo federal. Em abril acontece o novo choque no preço do petróleo, em razão da revolução liderada pelo Aiatolá Khomeini no Irã. A 3 de maio Margareth Thatcher toma posse na Inglaterra como primeira-ministra, abrindo período de 18 anos de domínio conservador e de implantação das medidas neoliberais que vão encantar os conservadores do planeta. A 22 de agosto a Lei da Anistia é aprovada pelo Congresso. O fim do bipartidarismo, entre Arena e MDB, acontece a 21 e 22 de novembro.

**1980** - Pela Prefeitura de Campinas, a 8 de maio, pela Lei n. 4.985, do Fundo de Apoio à Sub-Habitação Urbana – FUNDAP. A 27 de agosto a secretária da OAB-RJ, Lyda Monteiro, é morta em atentado a bomba. A 29 de agosto os responsáveis por vários atentados são batizados de “facínoras” pelo presidente Figueiredo. A 22 de setembro começa a guerra Irã-Iraque. Em novembro Ronald Reagan é eleito presidente dos Estados Unidos.

**1981** - O prefeito em exercício de Campinas, José Roberto Magalhães Teixeira, envia à Câmara o projeto de lei de no 5.079, de 30 de março de 1981, prevendo a Concessão de Direito Real de Uso de Terrenos Públicos por Interesse Social. Ficou conhecido como a “Lei da Terra”. A 30 de abril duas bombas explodem no Riocentro (RJ), durante show de música popular, matando o sargento Guilherme Pereira do Rosário e ferindo o capitão Wilson Machado. Em maio o socialista François Mitterrand é eleito presidente da França. Entre 14 e 16 de agosto Campinas sedia o 1o O Seminário Nacional sobre Favelas. A 1o de setembro é anunciada a prisão dos padres franceses Aristides Camio e Francisco Gouriou, por seu apoio a trabalhadores sem terra no Sul do Pará. Os religiosos serão expulsos do Brasil. É o ano de novo salto na Informática, com

o lançamento do Personal Computer (computador pessoal), o PC, pela IBM. A Grécia ingressa na Comunidade Européia.

**1982** - Em agosto o México anuncia a moratória da dívida externa, dando início a um ciclo de fortes abalos nas finanças internacionais, em uma economia mundial cada vez mais interligada. O FMI e o Banco Mundial passam a ditar, como nunca, as políticas econômicas nos países altamente endividados, como seria o caso do Brasil. A 15 de novembro a oposição vence nos principais estados, como São Paulo, com Franco Montoro, e Rio de Janeiro, com Leonel Brizola, as primeiras eleições para governador depois de 20 anos.

**1983** - A 16 de janeiro é assinada a primeira das cartas de intenções do governo brasileiro ao FMI, dando início a um período de forte recessão na economia, levando ao desemprego e ao aumento da insatisfação com o regime militar.

**1984** - Em Curitiba acontece, a 12 de janeiro, o primeiro grande comício da campanha Diretas-Já, por eleições diretas para presidente da República. A Emenda Dante de Oliveira, das Diretas-Já, é derrotada a 25 de abril, com 22 votos a menos do que era necessário. A 10 de junho de 1984 o prefeito de Campinas Magalhães Teixeira cria, pelo Decreto 8.143, a Gerência de Urbanização de Favelas, ligada à Secretaria Municipal da Promoção Social.

**1985** - A 15 de janeiro acontece a vitória de Tancredo Neves no Colégio Eleitoral, por 480 votos, contra 180 de Paulo Maluf. A 21 de abril Tancredo Neves morre, após 7 cirurgias. No dia 22 José Sarney assume a presidência da República. A 10 de maio o Congresso Nacional aprova o Emendão de Sarney, prevendo eleições diretas em todos os níveis e voto para analfabetos. Nesse ano Mikhail Gorbatchev inicia a política de perestroika (reestruturação) e glasnost (abertura política) na União Soviética. A queda nos preços do petróleo, até um valor abaixo daquele praticado em 1973, vai incrementar a economia capitalista, o que será fatal para a crise do “socialismo real” no Leste Europeu.

**1986** - A 16 de abril o Congresso aprova o Plano Cruzado. A 26 de abril acontece o maior acidente nuclear da história, em Chernobyl (URSS). A 15 de junho é anunciada a criação da União Democrática Ruralista (UDR), em reunião em Campina Verde (MG), para lutar contra a reforma agrária. A 20 de novembro, após as eleições ganham pelo PMDB no poder, o aumento de 60% no preço dos combustíveis deixa Plano Cruzado com os dias contados. A capital canadense, Ottawa, sedia a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, um marco na nova forma de ver a saúde, não mais apenas como ausência de doença, mas como resultado de um conjunto de condições econômicas, sociais, ambientais e políticas, conforme descrito na Carta de Ottawa. É a origem do movimento pelas cidades e comunidades saudáveis.

**1987** - A 20 de fevereiro José Sarney anuncia, pela TV, a moratória unilateral da dívida externa brasileira. No dia 19 de outubro o “crash” da Bolsa de Nova York assombra o mundo. Nesse ano a população mundial atinge a marca de 5 bilhões de pessoas. Nesse ano a população favelada de Campinas atinge o número de 65.899 pessoas, morando em quase 12 mil barracos. A 9 de agosto o prefeito Magalhães Teixeira cria, pelo Decreto 9.254, a Superintendência de Urbanização de Favelas.

**1988** - Em fevereiro Londres sedia a 1ª Conferência Internacional sobre a AIDS. A 6 de abril o Mercosul começa a ser formado. No dia 2 de junho Sarney ganha mandato de cinco anos da Constituinte. A 24 de junho Mário Covas é o primeiro presidente do PSDB. A 22 de setembro ocorre a aprovação da nova Constituição brasileira pela Constituinte. A promulgação da nova Constituição, batizada de “Constituição Cidadã” pelo deputado Ulysses Guimarães, acontece a 5 de outubro por Ulysses Guimarães. A 8 de novembro os EUA têm novo presidente: George Bush, pai. No dia 9 de novembro três metalúrgicos são mortos pelo Exército em invasão à Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), em Volta Redonda

(RJ). A 15 de novembro, sob “efeito Volta Redonda”, esquerda ganha a eleição para muitas capitais e cidades brasileiras importantes, como São Paulo (com Luiza Erundina) e Campinas (com Jacó Bittar). A 22 de dezembro o assassinato do ecologista e seringueiro Chico Mendes, em Xapuri, no Acre, causa comoção mundial.

**1989** - Fernando Collor de Mello é eleito, pelo minúsculo Partido da Reconstrução Nacional (PRN), presidente da República, recebendo 35 milhões de votos (42,7%), contra 31,1 milhões (37,9%) de Lula, do PT. Em junho a Primavera de Pequim é reprimida com violência pelos tanques chineses. Em novembro cai o Muro de Berlim, que durante quase três décadas simbolizava a divisão entre capitalismo e comunismo.

**1990** - A 1o de janeiro fortes chuvas configuram as “enchentes do século” em Campinas, impulsionando a estruturação da Defesa Civil. A 15 de março Collor toma posse na presidência. No dia seguinte Collor determina os bloqueios de contas correntes e poupança, entre outras medidas que compõem o Plano Collor 1. No mesmo dia Collor extingue Funarte, Embrafilme e outras entidades que promovem a cultura. Nesse ano os países da Comunidade Européia assinam os acordos de Schengen, liberando o movimento de capitais e das pessoas. É um novo passo até a moeda única européia. A Alemanha é reunificada a 3 de outubro, após a dissolução da comunista Alemanha Oriental. A reunificação dará origem a uma forte crise econômica na Alemanha.

**1991** - Entre janeiro e fevereiro ocorre a Guerra do Golfo, que provoca racionamento de combustíveis. A 31 de janeiro o Plano Collor II prevê congelamentos. Em junho o Apartheid é enterrado oficialmente, embora as injustiças sociais prosseguissem na África do Sul. Em dezembro acontece a dissolução da União Soviética, dando origem à criação da Comunidade de Estados Independentes (CEI), muito frágil desde o nascimento. A população favelada em Campinas chega a 96.700 pessoas, morando em 17.265 barracos e representando 10% da população total, contra menos de 1% em 1970.

**1992** - Em fevereiro é assinado o Tratado de Maastricht, que vai selar a união política e monetária da Comunidade Européia, novo salto até a moeda única. A 10 de maio a Revista “Veja” publica denúncias de Pedro Collor contra o irmão presidente, abrindo trajetória que vai resultar no Impeachment. A 26 de maio é aberta a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigar o Esquema PC. Entre 3 e 14 de junho o Rio de Janeiro sedia a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Eco-92, que aprova a Agenda 21, onde estão inscritos conceitos muito próximos aos defendidos pelo movimento das cidades e comunidades saudáveis. No dia 28 de junho um dos principais nomes da Teologia da Libertação, Leonardo Boff, pede desligamento da Igreja Católica. A 7 de julho um comício em Brasília, com 10 mil pessoas, abre temporada de atos pró-impeachment de Collor. A 29 de setembro Collor é afastado da presidência, após Câmara aprovar por 441 votos a 38 a autorização para o Senado processá-lo; o vice Itamar Franco assume.

**1993** - É o ano da Conferência de Viena dos Direitos Humanos. A 15 de novembro é sancionada a Lei 7721, aprofundando a descentralização administrativa na Prefeitura de Campinas.

**1994** - Em junho é lançado o Plano Real, por Itamar e o ministro Fernando Henrique Cardoso, que seria futuramente eleito presidente da República por dois mandatos, derrotando Lula nas duas oportunidades. Nesse ano é criada a Organização Mundial do Comércio (OMC), em substituição ao GATT. Em dezembro, nova crise no México coloca em xeque as políticas econômicas neoliberais.

**1995** - Entra em vigor o Mercosul. É realizada a Conferência de Pequim sobre os Direitos das Mulheres. A 23 de fevereiro, no auditório do IAC, é realizada a I Oficina de Trabalho sobre Indicadores Locais para Municípios Saudáveis, um marco na implantação do Programa Município Saudável em Campinas, um dos primeiros municípios brasileiros a assumir a iniciativa



defendida pela OPAS/OMS. Entre 22 e 25 de março o prefeito Magalhães Teixeira participa do Congresso Internacional de Cidades Saudáveis e Ecológicas em Madri, Espanha.

**1996** - A 29 de fevereiro, vítima de câncer, morre o prefeito de Campinas José Roberto Magalhães Teixeira; Edivaldo Orsi assume cargo. A 17 de abril, o Massacre de Eldorado dos Carajás (PA), com morte de 19 sem-terras em conflito com a Polícia Militar, provoca indignação mundial. Em março, a Inglaterra é assolada pela crise das “vacas loucas”. A 20 de abril a Prefeitura de Campinas participa da Reunião Internacional de Municípios Saudáveis, em Xalapa, no México. Em junho Istambul, Turquia, sedia a Conferência das Nações Unidas sobre os Assentamentos Humanos, ou Habitat II, que ratifica muitos dos conceitos do movimento cidades e comunidades saudáveis.

**1997** - No dia 11 de novembro o IPES promove o I Simpósio Ciência e Sociedade: globalização e exclusão social, dando início a série de atividades voltadas para aproximar ainda mais a Universidade da realidade social de Campinas.

**1998** - Em maio, a Marcha Global contra o Trabalho Infantil é uma das manifestações contra a globalização. Nesse ano, Bill Gates começa a se tornar o homem mais rico e um dos mais poderosos do mundo, em função do lançamento do Windows 98 por sua Microsoft.

**1999** - A 1o de janeiro entra em vigor o euro, a moeda única européia, em 11 dos 15 países da União Européia. É o símbolo da “etapa superior” da globalização, com a eliminação das fronteiras nacionais que eram representadas pelas respectivas e tradicionais moedas nacionais européias. Entre setembro e novembro, as investigações da CPI do Narcotráfico abalam o País e provocam terremoto em Campinas.

**2000** - Nos dias 26 e 27 de outubro é realizado o I Encontro Comunidade Saudável, no Centro de Convenções da Unicamp.

**2001** - Realização do I Curso de Extensão para Agentes Comunitários de Saúde na Região São Marcos. Nos dias 23 a 25 de outubro, realização do II Encontro Comunidade Saudável e II Simpósio Ciência e Sociedade: Economia Solidária. No dia 10 de setembro é assassinado o prefeito de Campinas, Antônio da Costa Santos, que sempre foi um aliado da mobilização popular pela construção de uma comunidade saudável. Em janeiro foi realizado em Porto Alegre o I Fórum Social Mundial.

**2002** - Em janeiro, em Porto Alegre, II Fórum Social Mundial, com a participação de agentes comunitários da saúde e líderes populares da Região São Marcos.

**2003** - Em janeiro, em Porto Alegre, III Fórum Social Mundial, de novo com a participação de agentes comunitários e lideranças da Região São Marcos. Entre 5 e 8 de maio, no Centro de Convenções da Unicamp, III Encontro Comunidade Saudável.