



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA – PIPASC**



**Análise dos Princípios da Promoção da Saúde no  
Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil:  
a experiência de Sairé - PE**

**POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS**

**RECIFE  
2008**

**POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS**

**Análise dos Princípios da Promoção da Saúde no  
Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil:  
a experiência de Sairé - PE**

Dissertação de Mestrado apresentada por  
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros  
ao Programa Integrado de Pós-graduação  
em Saúde Coletiva como requisito para a  
obtenção do título de Mestre.

**ORIENTADORA: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Ronice Maria Pereira Franco de Sá**

**RECIFE  
2008**

Medeiros, Pollyanna Fausta Pimentel de

Análise dos princípios da programação da saúde no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: a experiência de Sairé - PE / Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros. – Recife: O Autor, 2008.

87 folhas: il., fig.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia e apêndices.

**1. Projeto dos Municípios Saudáveis. 2. Promoção da Saúde – Participação e Intersetorialidade. I.Título.**

614.39

614

CDU (2.ed.)

CDD (22.ed.)

UFPE

CCS2008-  
098



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E**  
**PÓS-GRADUAÇÃO**



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**POLLYANNA FAUSTA PIMENTEL DE MEDEIROS**

No dia 04 de julho de 2008, às 10:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Ronice Maria Pereira Franco de Sá (Ph-D do NUSP da UFPE - Orientador) – Membro Interno, Valdilene Pereira Viana Schmaller (DO – Departamento de Serviço Social da UFPE) – Membro Externo e Luci Praciano Lima (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros, sobre a sua Dissertação intitulada: “**Análise dos princípios da promoção da saúde no projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil: a experiência de Sairé - PE**”. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

Aprovado

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Valdilene Pereira V. Schmaller

Aprovado

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luci Praciano Lima

Aprovado

  
 Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**

  
 Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Valdilene Pereira Viana Schmaller**

  
 Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Luci Praciano Lima**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e capacidade para alcançar mais uma etapa na minha vida. Valeu, Deus! E sempre valerá!!

À minha família, em especial à minha Maizona e minha irmã Binha, por estarem sempre ao meu lado nas alegrias e tristezas da vida. É muito bom saber que posso contar com vocês nas 4 estações do ano. Amo vocês, meninas!

À capoeira, na pessoa de Corisco e Dany Ferraz, pelo ensinamento de vida ao longo de todos esses anos de treino. Salve, Capoeira!

Ao meu gremista lindo, Éder, pelo carinho e afeto a mim dedicados quando estou ao seu lado. E, claro, pela paciência neste processo.

Aos meus amigos quase da família que “Bem Ficam”, Maria José, Paula Moraes e Paulinho, pela amizade e apoio nos momentos de dúvidas e desafios. E, na pessoa deles, agradeço a todos os amigos que tenho. Obrigada!

À minha Orientadora, Profer, pela orientação e estímulo. Foi um grande aprendizado!

Ao + *Vida na Mundiça*, especialmente Anne, Melissa, Marco e Ebrivaldo, pela compreensão desde... desde muito obrigada, pessoal!

A Maris e Tia Roberta Uchôa, minhas incentivadoras e inspiradoras da vida profissional e acadêmica. Vocês duas são danadas de boas!! Quando crescer eu quero ser assim!!

À minha Turma *Sweets* do Pipasc, pelos momentos ímpares, companheirismo e ajuda mútua, em particular Papá. Aprendi muito com todos vocês.

Às Professoras Dr<sup>a</sup> Valdilene Viana e Luci Praciano, pelas importantes contribuições na construção desta dissertação.

À colaboração dos profissionais da JICA, NUSP, CONDEPE - FIDEM e os munícipes de Sairé, pelas informações prestadas, sem as quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

A Moreirão, Secretário do Pipasc, pelo apoio e atenção durante esta jornada.

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar como o Projeto Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil, em Sairé, coloca em prática a Promoção da Saúde, através dos pilares da intersetorialidade e da participação social. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os gestores municipais e estaduais, representantes das comunidades do município e equipe técnica do órgão executor do projeto, as quais foram analisadas por meio de análise de conteúdo. A partir da abordagem qualitativa, pôde-se identificar que os entrevistados tinham entendimento sobre a participação social como uma ação realizada através de interação e mobilização em conjunto, com pessoas com um objetivo em comum; e que também se configura como uma questão de afirmação da cidadania. O entendimento sobre a intersetorialidade apontou para a capacidade de trabalhar em conjunto com vários setores e/ou grupos de pessoas, com o objetivo de minimizar os problemas sociais. A implementação do Projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” em Sairé não constitui uma tarefa fácil, é um aprendizado permanente e um processo em constante construção. Além disso, a complexidade da realidade social exige vários olhares, diversas maneiras de abordagem, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida de melhor qualidade, de maneira participativa e intersetorial. Identificou-se a promoção da saúde em horizontalidade entre os campos de saberes envolvidos; fortalecimento teórico-prático no campo do desenvolvimento local; articulação de diversas instâncias relacionadas às áreas Universidade, Governo, cooperação internacional, profissionais e comunidade. Apesar da repercussão positiva, o projeto apresenta limites, e estes residem no entendimento de que a participação social e a intersetorialidade são pilares fundamentais para a sustentabilidade do Projeto Município Saudável em Sairé e que é preciso ampliar e recriar possibilidades de agregação desses valores junto à comunidade.

**Palavras-chave:** Promoção da Saúde, Município Saudável, Participação e Intersetorialidade.

## ABSTRACT

This work has the objective of analyzing how the Projeto Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil (Healthy Municipalities of the Northeast of Brazil Project), in Sairé, puts Health Promotion into practice, by means of intersectorialism and social participation. To do so, semi-structured interviews were held with municipal and state managers, the communities of the municipalities and the technicians of the responsible organ for the project, which were analyzed through content analysis. From this approach, it was possible to identify the interviewees held an understanding about social participation, as in an action which happens through interaction and mobilization of a group of people interested in a common objective; which is also a matter of citizenship. The understanding about intersectorialism pointed out the capacity of working in fellowship with several sectors as well as groups of people aiming at minimizing social problems. The implementation of the proposal of the Project "Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil" in Sairé is far from being an easy task, being a permanent learning and a process constantly under construction. Furthermore, the complexity of the social problem requires several views, different ways of approaching them, joining different areas of knowledge and practices for the understanding and the integrated construction of solutions which guarantee the population a quality of life in a participative and intersectorial way. Promotion of horizontal relations was identified among fields of knowledge involved; theoretical and practical strengthening of the local development; articulation of different instances related to the area (university, government, social cooperation, professionals and community). Even though there is a positive repercussion, we should still point out the existing limits, and these lie on the understanding that the social participation and the intersectorialism are the basis for sustainability of the Project in Sairé and possibilities should, therefore, be constantly widened and re-created.

**Keywords:** Health Promotion, Healthy Municipality, Participation and Intersectorialism.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| <b>APRESENTAÇÃO</b>   | 08 |
| <b>1- INTRODUÇÃO</b>  | 11 |
| <b>2- MARCO TEÓRICO</b>   | 18 |
| <b>2.1 A Promoção da Saúde e as Conferências Internacionais</b>                                 | 18 |
| <b>2.2 Municípios e Cidades Saudáveis</b>   | 26 |
| <b>2.3 Pilares dos Municípios e Cidades Saudáveis</b>   | 29 |
| <b>2.3.1 Intersetorialidade</b>   | 29 |
| <b>2.3.2 Participação Social</b>  | 33 |
| <b>2.4 Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em Sairé</b>                          | 37 |
| <b>3- QUADRO DA SÍNTESE TEÓRICA</b>   | 41 |
| <b>4- METODOLOGIA</b>   | 42 |
| <b>4.1 Concepção da Pesquisa</b>  | 42 |
| <b>4.2 Caracterização da Área do Estudo</b>   | 43 |
| <b>4.3 Sujeitos do Estudo</b>   | 45 |
| <b>4.4 Trabalho de campo</b>  | 46 |
| <b>4.5 Coleta de dados</b>  | 48 |
| <b>4.5.1 Observação</b>   | 48 |
| <b>4.5.2 Pesquisa Documental</b>  | 53 |
| <b>4.5.3 Entrevistas</b>  | 55 |
| <b>4.6 Plano de Análise dos Dados</b>   | 56 |
| <b>4.7 Considerações Éticas</b>   | 57 |
| <b>5 - RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>   | 58 |
| <b>5.1 Tema Central: Papel do Projeto quanto à Intersetorialidade e Participação Social</b>     | 61 |
| <b>5.1.1 Conceitos e Significados da Intersetorialidade e da Participação Social no Projeto</b> | 61 |
| <b>5.1.2 Papel do Projeto quanto à sua Dimensão Educacional e Política</b>                      | 65 |
| <b>5.1.3 Papel do Projeto quanto à Sustentabilidade</b>   | 70 |
| <b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>   | 74 |
| <b>7 - REFERÊNCIAS</b>  | 78 |
| <b>8 - APÊNDICES</b>  | 85 |

## APRESENTAÇÃO

O movimento de Cidades Saudáveis, idealizado durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, apoiado pela Organização Mundial da Saúde, objetiva o estabelecimento de políticas públicas urbanas voltadas para a melhoria da qualidade de vida, com ênfase na participação social e na intersectorialidade. Na América Latina, o movimento adotou a nomenclatura de Municípios Saudáveis, em consideração às características tanto urbanas quanto rurais das localidades do continente (RESTREPO, 2001), uma vez que o termo “Cidades” apontava para uma limitação do movimento para as questões urbanas.

No Brasil, o Movimento de Municípios Saudáveis, voltado para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, vem se desenvolvendo de diferentes maneiras. É o caso do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB), implantado em 2003, com características próprias, uma vez que objetivava estruturar mecanismos de articulação entre a população e a gestão municipal, ocupando-se tanto da articulação quanto do cotidiano da comunidade e também da criação de uma rede entre municípios que pactuassem os valores da Promoção da Saúde.

O município de Sairé, localizado no Agreste de Pernambuco, faz parte desta iniciativa. Neste sentido, observaram-se mudanças, fruto das diversas iniciativas atreladas à sua inserção no projeto. Essas evidências vêm contribuindo para a construção de um novo modelo de gestão municipal alicerçado nos valores e princípios da promoção da saúde.

Este estudo interessa-se em demonstrar as repercussões nas ações

locais, identificando evidências de efetividade das ações e o uso/utilidade dos resultados para processos decisórios na gestão do município de Sairé. Teve como objetivo geral identificar de que modo o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil coloca em prática a Promoção da Saúde, através dos pilares da intersetorialidade e da participação social, em Sairé.

O estudo justifica-se, na medida em que expõe a necessidade da criação de novas práticas na gestão municipal, nas quais haja integração das ações de saúde coletiva com outras áreas, com uma relação de trabalho baseada na interdisciplinaridade e na promoção da saúde, mediante uma prática humanizada, competente e resolutiva a formação de um cidadão com novo perfil, integrado com a comunidade no sentido de mobilizá-la, estimulando sua participação e envolvendo-a nas atividades.

Para tanto, na introdução consideramos de fundamental importância contextualizar o estudo e a reflexão teórica sobre os pilares e princípios da promoção da saúde no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, em Sairé, tendo em vista suas complexidades e particularidades. Assim, se inicia com uma discussão sobre os primórdios da Promoção da Saúde, enfatizando a origem das cartas e seus desdobramentos no Sistema Único de Saúde - SUS, a pergunta condutora, os objetivos e a importância de realização desta pesquisa no campo da promoção da saúde.

No primeiro capítulo, intitulado “Marco Teórico”, são revistas as contribuições de alguns autores sobre a concepção do novo ideário, de forma a elaborar um marco referencial, apresentando as cartas das conferências internacionais sobre Promoção da Saúde e os pilares da participação social e

intersetorialidade nos Municípios Saudáveis. Na seqüência, correspondendo ao segundo capítulo, é apresentado o quadro da síntese teórica, com os autores analisados no estudo.

No terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada, demonstrando a concepção da pesquisa, as técnicas de coleta adotadas, o relato do trabalho de campo, o plano de análise dos dados e as considerações éticas.

No quarto e último capítulo é feita uma análise dos resultados encontrados, a partir do conteúdo das entrevistas com os sujeitos envolvidos diretamente com o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, em Sairé. Por fim, são feitas algumas considerações, na tentativa de esclarecer a natureza dos processos de participação social e intersetorialidade que estão ocorrendo no Município de Sairé, por conta da inserção do Projeto.

## 1 - INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde da população e a adoção de medidas governamentais para o controle dos agravos acompanham o desenvolvimento da sociedade ao longo dos tempos (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

O período compreendido entre o final do Século XIX e o início do Século XX foi marcado pelo grande desenvolvimento do capitalismo (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Conseqüentemente, ocorreram significativas mudanças nas esferas econômica, cultural, social e política, desencadeadas pelo processo de industrialização e maturação da sociedade burguesa nos países centrais.

Cumprir destacar que a internacionalização da produção, distribuição e consumo, juntamente com o avanço das tecnologias dos sistemas de comunicação tiveram como resultado a globalização da economia e suas conseqüências macroeconômicas, como transnacionalização empresarial, desterritorialização da força de trabalho, desemprego estrutural, dentre outros. Verifica-se, de acordo com Paim e Almeida Filho (1998, p. 300), “aumento da desigualdade entre os povos e grupos sociais, a eclosão de movimentos de nacionalização [...], a agressão ao meio ambiente e a deterioração do espaço urbano”.

No caso da saúde, há uma relação com crescimento econômico que repercute nas condições de vida das pessoas. Assim, na segunda metade do Século XX a Organização Mundial da Saúde (OMS), na Declaração de Alma-Ata, ratificou a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

A Conferência de Alma-Ata e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” colocam em destaque o tema dos determinantes sociais e

saúde. Nas relações entre determinantes sociais e saúde o principal desafio consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é simples, relação, tipo causa-efeito (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; ZIONI; WESTPHAL, 2007).

Em outras palavras, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer as causalidades das doenças. Nesse sentido, a expressão *determinantes sociais e de saúde* significa pensar em uma sociedade que se interroga sobre seus objetivos, que elabora uma nova representação sobre si mesma, que busca novos discursos sobre as relações homem /sociedade, homem/natureza, saúde/sociedade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

De acordo com Bottomore e Outhwaite (1996, p. 677), “a saúde é hoje concebida, de um modo geral, como multidimensional, englobando a ausência de doença, mas não se confinando a esta”. Essa definição traduz uma mudança de um modelo estritamente biomédico, o qual concentra os recursos e ações na assistência e cura das enfermidades, para um modelo mais social, resultante da interação do homem consigo mesmo, com outros homens na sociedade e com elementos bióticos<sup>1</sup> e abióticos do meio (CARVALHO, 2005).

Em torno desse novo ideário organizam-se as formulações do conceito da promoção da saúde para implementação de políticas públicas e modificação nas práticas de saúde. A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, em Ottawa – Canadá, teve como resultado a Carta de Ottawa, utilizada como ponto

---

<sup>1</sup> Bióticos - relativos aos organismos vivos e aos processos vitais (MINIAURÉLIO, 2002, p. 99).

de partida básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa 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 maior participação no controle deste processo”. Atrelado a este conceito, o documento assume que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A carta propõe cinco campos centrais de estratégias para ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Houve outras conferências ulteriores à Carta de Ottawa que subsidiaram o amplo movimento em torno dos conceitos estratégicos da Promoção da Saúde. Conseqüente a essas discussões surge a noção de cidades saudáveis. As primeiras aproximações conceituais foram feitas por Leonard Duhl, psiquiatra e urbanista da Universidade de Berkeley (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Segundo o seu idealizador, uma cidade saudável precisaria dar respostas efetivas para as necessidades de desenvolvimento, para as organizações e para as pessoas, deveria lidar com as crises do sistema e de seus membros e deveria ter habilidade para modificar-se e atender às exigências emergentes. Por fim, deveria capacitar a população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, necessitando de um processo educativo e de mobilização.

De acordo com Duhl (1986), os cidadãos devem aprender a lidar com problemas complexos e a dar respostas mais imediatas às questões subjacentes à

saúde e que a ela estejam interconectadas de forma complexa e multidimensional. Assim, seria a interligação e o relacionamento entre as partes e o senso comum de toda a comunidade, a essência de uma cidade saudável.

De acordo com Westphal e Mendes (2000, p.49):

A primeira definição de cidade saudável foi feita por Duhl e Hancock, em 1986. Nessa definição é destacada a importância histórica do processo de tomada de decisão dos governos locais no estabelecimento de condições para a saúde, para interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, por meio de estratégias como planejamento urbano, *empowerment* comunitário e participação da população.

Uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físicos e sociais, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolver seu potencial e melhorar sua qualidade de vida (HANCOCK, 1993). Assim, enquanto no chamado Primeiro Mundo se discutia a Promoção da Saúde e crescia o movimento por cidades saudáveis, no Brasil o movimento de promoção da saúde não ocorreu em sintonia com as realizações das Conferências, por motivos e circunstâncias diferentes dos países desenvolvidos, já que o Brasil se encontrava em outro momento de organização político-administrativa do Estado.

O quadro político-administrativo dos anos oitenta foi marcado por lutas que travaram o debate sobre as políticas sociais na perspectiva da democratização:

Diante da crise da ditadura, do agravamento da questão social na década de 80 – a chamada década perdida, em função do aumento da pobreza e da miséria –, e da luta pela democratização do Estado e da sociedade, intensifica-se o debate a respeito das políticas públicas, especialmente as de corte social (DEGENNSZAIH, 2000, p.61).

Requeria-se a participação social junto às instituições políticas, de forma a interferir diretamente nas definições das políticas públicas, tendo em vista, além da efetivação dos direitos instituídos, a criação de novos direitos, eclodindo na

Constituição Federal de 1988. O marco das mudanças no campo das políticas sociais no Brasil se dá a partir da discussão e atuação de novos interlocutores neste campo.

No que concerne à evolução da política de promoção da saúde<sup>2</sup> no Brasil pode-se dizer que há um esboço a partir desta década, em que, diante da efervescência das mobilizações sociais citadas anteriormente reclamava-se a defesa dos direitos da saúde. De acordo com Finkelman (2002, p.293), “a promoção da saúde faz parte do elenco de responsabilidades do Estado, enunciadas na conceitualização de saúde nos princípios e diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS”.

O SUS, instituído pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/90, é resultado das indignações e mobilizações de trabalhadores de saúde, articulado ao movimento popular que emergiu na década de 70. Este movimento foi denominado Movimento de Reforma Sanitária, que reivindicava a reestruturação do setor saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva (SOUZA et al., 2001).

A legislação infra-constitucional (Leis 8080/90 e 8142/90) detalha a forma e os mecanismos para a participação da comunidade na gestão do sistema e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde no contexto da integralidade da atenção e gestão descentralizada das ações e serviços (BRASIL, 2007).

No Brasil, o Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis, voltado para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida, vem se desenvolvendo de

---

<sup>2</sup> Desde 2002, discute-se, no Ministério da Saúde – MS, a Política Nacional da Promoção da Saúde, junto com o Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco –, a Organização Panamericana de Saúde – Opas, dentre outros (ABRASCO, 2004). Assim, em 2006, o MS aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde.

diferentes maneiras. É o caso do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, implantado em 2003, como integrante desse movimento mundial dos valores da Promoção da Saúde. Dentre os cinco municípios envolvidos neste Projeto inclui-se o município de Sairé, localizado no Agreste de Pernambuco.

O Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil investe em um pressuposto básico do movimento, que é a participação social. No processo de construção de um Município Saudável, a participação significa um envolvimento e uma co-responsabilidade dos diversos saberes e segmentos sociais da população na discussão dos problemas da cidade e na tomada de decisão sobre as suas formas de enfrentamento.

A proposta de Municípios e Cidades Saudáveis, como dito anteriormente, é uma estratégia de operacionalização da promoção da saúde no âmbito local. O objetivo maior é a qualidade de vida da população. Sabe-se que a qualidade de vida demanda uma visão integrada da complexidade dos problemas sociais. A ação intersetorial surge como nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre a população que ocupa determinado território, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social, e, sim, diversas maneiras de abordar os problemas, aglutinando saberes e práticas (JUNQUEIRA, 1997).

A cidade torna-se o local apropriado para o desenvolvimento desta proposta, pois apresenta vários aspectos facilitadores, ao destacar-se como um espaço propício para a promoção da participação social e integração dos diversos setores e segmentos da sociedade, onde se percebe o impacto das ações governamentais sobre as condições de vida.

É importante ressaltar que há várias formas de implementar e promover os

princípios da promoção da saúde nos municípios. Nesse sentido, surge o seguinte questionamento: Como se dá a participação social e a intersetorialidade em Sairé através do Projeto Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil - PMSNB?

Sublinhamos a importância de desenvolver este estudo, por tratar-se de temática recente no campo das políticas públicas destinadas ao fortalecimento dos segmentos sociais e ao controle social para além do campo de atenção da saúde coletiva. Além disso, representa uma necessidade de potencializar as mudanças nos conceitos da gestão das políticas públicas.

Sua relevância acadêmica torna-se visível quando consultamos a literatura acerca da promoção da saúde e observamos que representa uma estratégia para enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam a sociedade, haja vista que o PMSNB se propõe a articular saberes técnicos e populares, e a mobilizar recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Consideramos ainda que, apesar das declarações oriundas das conferências internacionais, orientadoras e fortalecedoras da Promoção da Saúde, ainda se constitui um desafio, no Brasil, adotar políticas públicas saudáveis no paradigma de gestão municipal proposto pela Política Nacional de Promoção da Saúde. Neste sentido, é necessário registrar e analisar as experiências de governos municipais que estejam utilizando a estratégia dos municípios saudáveis para a melhoria da saúde das populações dos seus territórios.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. A Promoção da Saúde e as Conferências Internacionais**

A constituição de um campo para a saúde pública de conhecimentos e práticas de promoção da saúde pode ser entendida a partir do acúmulo histórico de contribuições do campo da Sociologia, da Medicina Preventiva e da Epidemiologia Social, que colaboraram para a conformação de uma abordagem da saúde de forma ampliada (BUSS, 2000).

As diversas conceituações disponíveis para a Promoção da Saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro, as atividades são dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida, localizando-os no seio das famílias ou, no máximo, no ambiente das 'culturas' da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de Promoção da Saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos (BUSS, 2003, p.18). São exemplos: o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito etc. No segundo, o que, vem caracterizar a Promoção da Saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é um produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e os indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então,

mais voltadas ao coletivo dos indivíduos e ao ambiente, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2003, p. 19). O Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil apóia-se nas concepções do segundo grupo.

Para Reis e Vianna (2004), quem utilizou o termo Promoção da Saúde pela primeira vez foi Henry Sigerist, historiador da medicina, em 1946, quando reordenou o sentido da medicina em quatro funções: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades, a cura e a reabilitação. Para Sigerist, a Promoção da Saúde significava, por um lado, ações de educação em saúde e, por outro, ações estruturais do Estado para a melhoria das condições de vida.

Em meados do século XX o termo aparece nos trabalhos de Leavell e Clark, no modelo explicativo da história natural do processo saúde e doença. No conjunto das medidas preventivas, a promoção da saúde aparece como um dos níveis da prevenção primária, incluída no período pré-patogênico (WESTPHAL; MENDES, 2006).

O primeiro marco conceitual que desloca e ressignifica a Promoção da Saúde como proposto por Leavell e Clark tem como referência o Relatório do Ministro da Saúde do Canadá, denominado *The new perspective for health of Canadians*, em 1974, que ficou conhecido como Relatório Lalonde (FERRAZ, 1998).

Esta foi a primeira declaração teórica abrangente no âmbito da saúde pública, como resultado do desenvolvimento da epidemiologia das doenças não-transmissíveis. Este relatório pode ser considerado internacionalmente como um marco histórico, na medida em que, pela primeira vez, se questionou oficialmente o impacto real, para a saúde, dos gastos excessivos com a organização dos cuidados

médicos. A orientação preventiva do relatório (FERRAZ, 1998, p.53) é clara, ao afirmar que:

Até o presente momento a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde enfatiza a organização dos cuidados médicos, apesar de termos identificado nas primeiras causas de mortalidade razões baseadas em três conceitos: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Parece-nos evidente, portanto, que vultuosas somas de dinheiro estão sendo gastas erroneamente somente para tratar as enfermidades, se não prevení-las efetivamente.

No documento, Lalonde propôs cinco estratégias para atingir seus objetivos: Promoção da Saúde; regulamentação; investigação; cuidado eficiente e estabelecimento de objetivos(FERRAZ, 1998).

O relatório orienta os indivíduos para as mudanças comportamentais e de estilos de vida não saudáveis, diferentemente da proposta por Sigerist, baseada na mudança política dos fatores de determinação da saúde. Estas duas concepções foram incorporadas pela OMS (STOTZ; ARAÚJO, 2004).

No entanto, a publicação deste documento e seu conteúdo político tornaram Lalonde um dos responsáveis pela abertura de uma nova área de interesse social e político na saúde pública. Este processo de construção do conceito de promoção da saúde, Westphal e Mendes (2006, p.645) consideram como:

[...] participativo de produção social da saúde, que decorre do contexto do desenvolvimento social e econômico das instituições, das cidades e regiões, dos países, objetivando a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida das populações, mediante políticas públicas equitativas e intersetoriais.

As discussões sobre a Promoção da Saúde nessa perspectiva foram iniciadas a partir da década de 70 e consolidadas na Carta de Ottawa, referência tanto do ponto de vista conceitual quanto de princípios (FERRAZ, 1998).

A Carta de Ottawa foi o produto final da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, no Canadá. Essa reunião reviu e absorveu o sentido

e as determinações de Alma-Ata (1978), na qual o lema era “Saúde para Todos no Ano 2000”:

Todos os povos do mundo devem atingir um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento e no espírito da justiça social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesta I Conferência Internacional de Promoção da Saúde discutiram-se as necessidades de saúde dos países, reforçando a Declaração de Alma-Ata, mas, propondo ir além dos cuidados primários, colocando-se a favor de políticas públicas saudáveis, da criação de ambientes favoráveis à saúde, do desenvolvimento de habilidades, do reforço da ação comunitária e da orientação dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Foi evidenciado que as estratégias e programas na área da Promoção da Saúde devem adaptar-se às particularidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

A Carta de Ottawa explicita que a Promoção da Saúde não é uma exclusividade do setor saúde, demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, autoridades locais e mídia.

A II Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em 1988, realizada em Adelaide (Austrália), traz como tema central as políticas públicas voltadas para a saúde. O objetivo da Conferência foi elaborar estratégias para a criação de políticas públicas voltadas para a saúde, com a instalação de ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde e a equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A meta desta Conferência foi desenvolver o tema central, mantendo o que já havia sido discutido em Alma-Ata e Ottawa, reafirmando assim o compromisso por uma forte aliança na saúde pública, como preceitua a Carta de Ottawa: a Promoção

da Saúde vista como algo que objetiva melhorar o nível de saúde das pessoas. Os esforços para promover a saúde são essenciais e requerem uma abordagem integrada do desenvolvimento social e econômico, que restabeleça os laços entre reforma social e reforma da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Carta de Adelaide explicita o apoio à saúde da mulher, à alimentação e nutrição, à redução da produção de tabaco e álcool e à criação de ambientes propícios, áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis. Faz-se uma ressalva ao papel da OMS, no sentido de que deveria desempenhar ações mais intensivas junto aos países, para que apoiem o conceito de desenvolvimento sustentável.

O tema “Ambientes Favoráveis à Saúde” foi destaque na III Conferência Internacional em Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall (Suécia), em 1991, em que pela primeira vez se aponta a interdependência entre o ambiente, em todos os seus aspectos, e a saúde. A Promoção da Saúde é tida como o conjunto de ações combinadas para se atingir um ambiente favorável sustentável à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Tem a finalidade de propor ações práticas de saúde pública, no nível local, com a definição das atividades que permitam um amplo envolvimento e controle da comunidade, dirigidas à obtenção de um estado satisfatório de saúde. Tornar o ambiente físico, social, político ou econômico cada vez mais propício à saúde, pois alcançar a meta “Saúde Para Todos no Ano 2000” constitui-se no principal objetivo a ser atingido. Esta Conferência sinaliza que as decisões político-governamentais e o desenvolvimento industrial estão quase sempre baseados em planejamento e ganhos econômicos de curto prazo, que não levam em conta os verdadeiros custos à saúde das populações e dos ambientes. E ainda, que o mundo industrializado precisa pagar o débito humano e ambiental que

acumulou através dos países industrializados.

A III Conferência de Sundsvall coloca a necessidade do avanço em direção a uma nova ética de acordo global, baseada na coexistência pacífica, que permita a distribuição e utilização mais equitativa dos limitados recursos naturais do planeta. Pode-se dizer que esta conferência se coloca em favor da criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde para todos, na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 1992, ocorreu a IV Conferência Internacional em Promoção da Saúde, em Santa Fé de Bogotá, patrocinada pelo Ministério da Saúde da Colômbia e a Organização Panamericana de Saúde (Opas). O tema principal foi “A Promoção da Saúde na América Latina” e teve por finalidade definir o real significado deste tema e debater os princípios, estratégias e compromissos relacionados com a saúde da população da região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Promoção da Saúde na América Latina constitui um desafio, na medida em que pressupõe a necessidade de conciliar os interesses políticos, econômicos e sociais, de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. A IV Conferência adotou a tese favorável ao desenvolvimento integral dos seres humanos e das sociedades. Essa é a estratégia de Promoção de Saúde no continente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesta conferência evidenciou-se que é importante consolidar o compromisso de reduzir gastos improdutivos, tais como os desvios de fundos públicos gerando ganâncias privadas, profusão de burocracias excessivamente centralizadas e outras formas de ineficiência, desperdício e mesmo desvio de recursos públicos. Além disso, a incorporação das propostas teóricas e práticas destacadas na Carta de

Ottawa constitui um elemento-chave para que a estratégia da Promoção da Saúde na América Latina possa se desenvolver de modo eficaz.

No ano de 1997, em Jakarta (Indonésia) realizou-se a IV Conferência da Promoção da Saúde, abordando o tema “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI”. Foram discutidas as questões vigentes desde a Conferência de Alma-Ata, como uma estratégia retrospectiva que leve a refletir sobre o que se apreendeu acerca da Promoção da Saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da Promoção da Saúde no século XXI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As discussões durante a IV Conferência destacaram a importância de a sociedade formar uma aliança mundial para a Promoção da Saúde, definindo-a como um processo que permite às pessoas maior controle sobre sua saúde e condições para melhorá-la, a partir do princípio de que a saúde é um direito fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As prioridades destacadas na conferência para a promoção da saúde no Século XXI foram: promover a responsabilidade para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e montar uma infra-estrutura para a Promoção da Saúde. A conferência reforçou, ainda, que todos os países devem criar um ambiente político, jurídico, educacional, social e econômico apropriado, com o intuito de impulsionar as redes de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A V Conferência Internacional, realizada na Cidade do México (México), em

2000, coloca a Promoção da Saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais e internacionais. As propostas da Carta são em favor de ações que viabilizem, ainda mais, as idéias discutidas nas Conferências Internacionais anteriores sobre a Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O tema central foi “Das idéias às Ações”. O objetivo da Conferência foi reconhecer e constatar a importância da Promoção da Saúde e as amplas indicações de que suas estratégias são eficazes. Conceitua a Promoção da Saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos, em todos os países, na busca de equidade e melhor saúde para todos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Esta Conferência aponta que, apesar do progresso dos últimos anos, na melhoria significativa da saúde e na provisão dos serviços, em vários países do mundo, ainda persistem muitos problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico e que, portanto, devem ser resolvidos para promover uma situação mais equitativa em termos de saúde e bem-estar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em 2005, a Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde refere-se à VI Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada na Tailândia. É uma carta mais minuciosa, detalha os fatores críticos, descreve as estratégias e reforça os compromissos-chave para Promoção da Saúde nos vários países. Faz ainda um balanço das ações propostas nas conferências anteriores.

A Carta identifica as ações, os compromissos e as garantias requeridos para atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado, por meio da Promoção da Saúde. Apresenta a promoção da saúde como um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e,

portanto, para melhorarem a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Carta afirma que o contexto mundial vem se alterando marcadamente desde a Carta de Ottawa. No entanto, indica alguns fatores críticos que influenciam a saúde, que incluem: novos padrões de consumo e comunicação; comercialização; mudanças no ambiente global e urbanização e o aumento das desigualdades dentro de cada país e entre países. Preceitua que, para enfrentar os desafios atuais, as políticas públicas devem manter coerência em suas decisões, em todos os níveis e setores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As conferências internacionais sobre a Promoção da Saúde ocasionaram uma ampliação do debate na sociedade, consolidando e fortalecendo a base conceitual e política da promoção da saúde para a administração dos sistemas de saúde nos países.

As cartas advindas destas conferências, em seu conjunto, descrevem vários conceitos estratégicos da Promoção da Saúde, para ajudar a formulação de políticas em vários planos e níveis de governo. Um dos desdobramentos das idéias levantadas nas conferências sobre Promoção da Saúde é o movimento em torno da constituição de “cidades saudáveis”.

No próximo item, serão focalizados a concepção do Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis e os pilares que sustentam a implementação deste movimento.

## **2.2 Municípios e Cidades Saudáveis**

A concepção de cidades saudáveis surgiu como uma evolução do movimento de Promoção da Saúde. Neste sentido, os postulados na Carta de Ottawa forneceram um grande impulso, com a aplicação dos conceitos de promoção da

saúde nos cenários urbanos e as cartas das conferências de Promoção da Saúde que se seguiram fortaleceram este movimento (RESTREPO, 2001).

A primeira definição para Municípios e Cidades Saudáveis foi elaborada por Duhl e Hancock, em 1986. Para os autores, saudável não é apenas uma cidade com alto nível de saúde, medido por indicadores epidemiológicos, mas, sobretudo, uma cidade comprometida com os objetivos de saúde de seus cidadãos. Para Duhl e Hancock, criar programas efetivos de saúde pública requer um enfoque no urbano, tendo por base as formas como vivem as comunidades nos centros urbanos (FERRAZ, 1998).

Um dos argumentos para a consolidação da proposta, no âmbito das cidades, está relacionado com a crescente urbanização e seu impacto nas condições de vida da população. A situação social, as desigualdades, sobretudo em países em desenvolvimento, geradas pelo atual modelo de industrialização, têm aumentado os níveis de pobreza e de informalização da economia (MENDES, 2000). As primeiras iniciativas de Municípios e Cidades Saudáveis ocorreram no Canadá, espalhando-se depois, por intermédio da OMS e da Opas, para a Europa, a América do Norte e a América Latina.

A proposta de Municípios e Cidades Saudáveis se coloca como uma noção abrangente da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento de organizações comunitárias, no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das cidades, onde se concentra a população, exposta a uma grande quantidade de riscos vinculados à precariedade de condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (FERRAZ, 1999).

A Opas aponta alguns elementos essenciais que asseguram a implementação

e a manutenção da estratégia de Municípios e Cidades Saudáveis, além de estabelecer como um dos principais movimentos de saúde pública no nível local. Para que isso aconteça alguns requisitos são necessários: um compromisso público que deve ser estabelecido entre o prefeito, o governo local, o poder legislativo, as organizações não-governamentais, o setor privado e a comunidade; assegurar e fortalecer a participação comunitária durante as fases de planejamento, implementação e avaliação; desenvolver um planejamento estratégico para superar obstáculos e ameaças ao desenvolvimento e manutenção; construir consensos e formar parcerias através de redes; estimular a participação de vários setores sociais (OPAS, 1998).

O movimento de Municípios e Cidades Saudáveis proporciona uma base importante para o equacionamento da gestão de difíceis problemas sociais e de saúde (OPAS, 1998). A adoção deste tipo de ação permite, conforme Brandão (2004, p. 27):

Contribuir para o processo de descentralização; fortalecer a participação comunitária nas tomadas de decisões políticas; compreender a importância da Promoção da Saúde por parte da população; e, por último, ajudar na otimização dos recursos públicos, bem como eliminar a duplicação dos esforços.

Mendes (1996), um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema, considera o projeto Municípios e Cidades Saudáveis como estruturante no campo da saúde, em que os atores sociais (governo, organizações da sociedade civil, organizações não governamentais) procuram, por meio da gestão social, transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde. Desta forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, dentre estas, as políticas de saúde (BUSS, 2000).

Para Mendes, uma cidade saudável deve apresentar algumas características que, na verdade, constituem processos de permanente construção, não acabados e passíveis de transformação, ou seja:

A busca da melhoria da qualidade da vida da população; o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis; o trabalho intersetorial, o compromisso com a equidade; a construção cotidiana com a cidadania; a criatividade e o espírito inovador (MENDES, 1996, p. 262).

O que converte uma cidade em saudável, para Mendes (2000), é a decisão e a vontade política de direcionar todas as políticas sociais para uma meta: saúde e qualidade de vida. É a decisão de combinar recursos e compromissos para alcançá-las. No entanto, somente a decisão política não basta. É necessário definir as atividades que serão desenvolvidas, os aportes e compromissos dos responsáveis por executá-las.

Conforme Ferraz (1999), a partir de uma análise dos projetos oriundos da Europa pode-se considerar o consenso político como condição-chave para o desencadeamento, o desenvolvimento e o êxito do projeto. Em propostas de Municípios e/ou Cidades Saudáveis é preciso trabalhar a relação e inter-relação da saúde com as outras políticas sociais. O caráter processual está inerente, uma vez que mudar a lógica de governar a cidade implica em criar uma consciência política e superar obstáculos ocasionados pela tradição burocrática das instituições públicas, pelo ceticismo da população e pela resistência dos profissionais.

## **2.3 Pilares dos Municípios e Cidades Saudáveis**

### **2.3.1 Intersetorialidade**

O debate sobre Promoção da Saúde enfatiza as propostas de Municípios e

Cidades Saudáveis (MCS), da participação social, das políticas públicas saudáveis e da ação intersectorial. Neste sentido, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais (ANDRADE, 2006; TEIXEIRA; PAIM, 2002).

As estruturas organizacionais da gestão pública se apresentam, em geral, com um formato piramidal, composto de vários escalões hierárquicos e departamentalizadas setorialmente por disciplinas ou áreas de especialização. A essas características soma-se um conjunto de práticas de organização do trabalho, como: centralização decisória, planejamento normativo, dicotomia entre planejamento e execução (planos de papel), sigilo e ocultação de informações, formalização excessiva e distanciamento do cidadão e mesmo do usuário, dificultando o controle social (INOJOSA, 1999)

A intersectorialidade na saúde constitui uma estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor. Ela se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores ou partes destes, tendo em vista resultados mais efetivos do que os que poderiam ser alcançados pela saúde, isoladamente, uma vez que os problemas da saúde têm origens múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

BUSS (2000) compreende a intersectorialidade como algo que:

[...] procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura, etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política (p. 174-175).

A proposta de Municípios e Cidades Saudáveis enfatiza fortemente a idéia de

um planejamento continuado e intersetorial, superando a fragmentação funcional, típica das propostas burocráticas clássicas (MENDES, 2000). É possível que o modelo intersetorial contribua para a participação direta da sociedade civil, de modo a compartilhar a responsabilidade pela definição de objetivos e avaliação de resultados.

A compreensão da intersetorialidade como uma nova forma de gestão pública ou modo de governar se fundamenta na proposta de gestão integrada de políticas públicas. A articulação de agendas sociais e políticas de diferentes setores da administração pública tem sido proposta como um mecanismo para buscar superar a fragmentação e otimizar recursos, sobretudo nas áreas de educação, saúde, assistência social, meio ambiente, esporte e lazer (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006).

No campo da gestão da saúde, a perspectiva de intersetorialidade visando a Promoção da Saúde deve, além das ações governamentais, incorporar uma dinâmica de articulação com os movimentos sociais. Neste sentido, a implantação de Municípios e Cidades Saudáveis constitui um meio para que as ações se desloquem para o território. A base territorial se torna um dos significativos espaços de articulação intersetorial de necessidades e conhecimentos dos grupos e segmentos sociais.

De acordo com Inojosa (1999), a construção de um Município e Cidade Saudável pressupõe:

[...] além de uma perspectiva solidária, uma prática intersetorial, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a uma comunidade e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integrada (p. 1).

A intersetorialidade conduz a uma nova lógica de gestão da cidade, buscando

superar a fragmentação das políticas. Conforme Junqueira (1997, p. 37), significa:

Uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social.

Neste sentido, Mendes (1996, p. 253) afirma que a intersetorialidade “não anula a singularidade do fazer social pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese”.

Stotz e Araújo (2004, p. 47) consideram a intersetorialidade como:

[...] um processo de construção compartilhada, em que diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo de atividades de seus parceiros.

A intersetorialidade deve responder às necessidades coletivas, mobilizando vários setores necessários e, principalmente, envolver a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações que serão implementadas.

Entretanto, a intersetorialidade não pode ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade. A sabedoria reside em combinar setorialidade com intersetorialidade e não em contrapô-las no processo de gestão. O modelo de gestão intersetorial, para Sposati (2006), tem se mostrado mais factível quando combinado à descentralização territorial.

A intersetorialidade desenvolve um saber resultante da integração ou das áreas de contato. O princípio da convergência é movido pelo pacto de uma ação coletiva integrada para a solução dos problemas ou a ampliação da capacidade de resolução (SPOSATI, 2004).

A abordagem intersetorial de problemas ou o processo de construção da intersetorialidade não está isento de conflitos e contradições. Neste sentido,

Krempel, Moisés e Moysés (2005) sinalizam que é preciso criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e conceitos, desenvolver a capacidade de escuta e negociação. Além disso, é preciso o reconhecimento de que nenhum setor tem poder suficiente para resolver sozinho os problemas e que a ação intersetorial pode possibilitar uma atuação potente e resolutive. Assim, inovações da gestão pública, incorporando as estratégias de articulação intersetorial e mobilização das comunidades, passam a ter importância fundamental para o incremento da qualidade de vida, sobretudo em cidades onde a desigualdade sócio-sanitária é bastante acentuada, como afirma Buss (2000).

### **2.3.2 Participação Social**

A participação não representa um fenômeno insulado e incidental, nem tampouco significa um estado que se registre independente de contingências históricas e de componentes psicossociais de uma dada população. Para Ammann (1978, p. 27), “constitui-se num processo dialético, numa prática cotidiana, que carece de requisitos para sua consolidação”.

A participação é um instrumento importante no sentido de promover a articulação entre os atores sociais, fortalecendo a coesão da comunidade e melhorando a qualidade das decisões, tornando mais fácil alcançar objetivos de interesse comum. No entanto, as práticas participativas não podem ser encaradas como procedimentos infalíveis, capazes de sempre proporcionar soluções adequadas para problemas de todos os tipos (BANDEIRA, apud DONIAK, 2002).

Na opinião de Cornely (1978), participação significa estar presente ativamente

no designar e no escolher alternativas, caminhos, e em ter possibilidades reais de utilizar toda e qualquer alternativa, bem como combiná-las. Ela gera a possibilidade de superação da injustiça social. Para Mathias (2004), a participação da sociedade pode ser entendida como um conjunto de processos e tradições que definem como o poder é usado, como as decisões são tomadas e como o cidadão tem oportunidade de participar.

Para a Opas (2002), a participação comunitária existe quando um aglomerado de pessoas decide compartilhar as suas necessidades, experiências e aspirações, com o intuito de melhorar a qualidade de vida. A Opas (2002) descreve alguns passos importantes para o desenvolvimento da participação comunitária. Um primeiro passo, fundamental, é a aproximação com a comunidade, para identificar o grau de organização e participação de seus membros. Outro passo é a construção de uma visão compartilhada por todos sobre sua comunidade. Utilizar linguagem e recursos de comunicação adequados aos padrões culturais, manter a comunidade informada sobre o projeto e fazer com que participe das decisões.

A inclusão da participação da comunidade nas decisões das ações para o município representa uma co-responsabilização ao longo do processo de implementação das políticas. A proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 19) preceitua que a participação deve ocorrer:

Não somente nas instâncias formais, mas em outros aspectos constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, dentro dos próprios serviços de atendimento, favorecendo a criação de vínculos entre serviços e usuários.

A consolidação de propostas participativas representa a potencialização de práticas comunitárias, através do estabelecimento e ativação de um conjunto de mecanismos institucionais que reconheçam os direitos efetivamente exercidos e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização (JACOBI, 1999).

A participação deve ser entendida como um processo continuado de democratização da vida municipal, cujos objetivos são: promover iniciativas a partir de programas e campanhas especiais, visando o desenvolvimento de objetivos de interesse coletivo; reforçar o tecido associativo e ampliar a capacidade técnica e administrativa das associações; desenvolver a participação na definição de programas e projetos e na gestão dos serviços municipais (JACOBI, 1990). De acordo com Demo (1996), são necessários alguns elementos para o processo de participação: capacidade de organização do grupo e subgrupos; cultivo de instrumentos de cidadania, a começar pela educação básica, e defesa de direitos reconhecidos e conquistados.

Gohn (2004, p. 112) define participação como:

Um processo de vivência que imprime um significado a um grupo do movimento social, tornando-o protagonista de sua história, desenvolvendo sua consciência crítica, agregando força sociopolítica a esse grupo.

Alguns elementos são fundamentais nesse processo: relações negociadas entre os grupos; abertura para denominar os problemas adequadamente, em que os grupos mais fortes não roubem a agenda dos menos fortes, autoridade compartilhada na tomada de decisão; identificação e compromisso de todas as pessoas e grupos envolvidos; e recursos para a participação dos grupos menos fortes (MENDES, 2000).

Vários desafios estão relacionados com a instituição de mecanismos de gestão de políticas sociais, com o intuito de fortalecer a interação entre o poder público e a população. Conh (1995) entende que a institucionalização das práticas de participação permite romper com as tradicionais relações autoritárias entre governantes e governados.

Implementar mecanismos de estímulo à institucionalidade, respeitando a

autonomia e auto-organização, tanto dos setores organizados quanto dos setores desorganizados, dentro de uma lógica não imediatista e utilitarista, pode contribuir para ampliar os direitos sociais e de cidadania e construir novas relações entre os atores sociais (MENDES, 2000).

Entendemos que isto representa "o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação social", como afirma Vasconcelos (2001, p. 5). Neste sentido, compreendemos que a participação social constitui um instrumento de fortalecimento da sociedade, notadamente dos segmentos subalternizados, na medida em que a superação das necessidades acumuladas depende, exclusivamente, da superação das desigualdades econômicas e sociais.

Segundo Wolf (*apud* ANDION, 2003, p. 1046), a participação:

Intensifica a consciência dos participantes quanto aos valores, temas, e possibilidades de fazer opções, influenciando o conteúdo do desenvolvimento, gerando novos meios de fazer as coisas, e, além disso, protegendo o direito dos participantes a uma equação equitativa dos frutos do desenvolvimento.

A ênfase na participação, por sua vez, ressignifica a prática do desenvolvimento que, no lugar de ser conduzida de cima para baixo, como consequência de políticas centralizadoras e afastadas das reais necessidades da população, passa a ser concebida coletivamente, dependendo, assim, de um processo de responsabilização dos diferentes atores sociais (ANDION, 2003).

As comunidades devem participar, explorando as características e potencialidades próprias, na busca de especialização de atividades que lhes tragam vantagens comparativas de natureza econômica, social, política e tecnológica, aumentando a renda e as formas de riqueza, respeitando a preservação dos recursos naturais renováveis.

O PMSNB entende a participação como: “uma prática social que traz resultados para a formação e transformação dos indivíduos e das coletividades” (FRANCO DE SÁ; ARAÚJO, 2007, p.6).

O Proposta Municípios e Comunidades Saudáveis expressa a intencionalidade de retornar ao local onde se efetiva a vida das pessoas e grupos sociais. Este movimento de micro-localização do foco da gestão das políticas públicas busca propiciar, também, a entrada de múltiplos atores no cenário das decisões.

#### **2.4 Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil em Sairé – PE**

Dos conceitos preconizados na Carta de Ottawa, da força do movimento por cidades saudáveis e do contexto da saúde pública, surge, em 2003, o Projeto de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB). O Projeto foi concebido para construir um mecanismo capaz de articular a população e os gestores, fortalecendo as competências comunitárias e institucionais de forma a “restabelecer a circularidade entre homem, sociedade, vida e conhecimento, em que cada um desses elementos se explique reciprocamente” (MORIN *apud* LUCK, 1995). Como objetivo superior, esse mecanismo em construção promoveria a redução das desigualdades sociais no Estado de Pernambuco, começando pela Região do Agreste Central.

Para a realização do projeto, o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco, o órgão executor, estabeleceu um convênio com a Agência de Cooperação Internacional do Japão

(JICA) e a Secretaria de Planejamento do Governo do Estado de Pernambuco, através da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CONDEPE-FIDEM) (FRANCO DE SÁ; YUASA; VIANA, 2006).

O projeto se insere na Estratégia de Municípios e Cidades Saudáveis (MCS), que, de acordo com a Opas, significa “uma forma de promover saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam e vivem” (OPAS, 1998, p.31).

A proposta de MCS é a forma prática de colocar os princípios da promoção da saúde no nível local. A Opas identifica elementos-chave para estruturar os municípios, a saber: políticas públicas saudáveis, participação social, intersetorialidade e sustentabilidade. A estratégia de MCS começa, ainda de acordo com a Opas:

[...] com o desenvolvimento/fortalecimento de uma parceria entre autoridades locais, líderes da comunidade e representante de vários setores públicos e privados, no sentido de posicionar a saúde e a melhoria da qualidade de vida na agenda política (1998, p.2).

Para o PMSNB, a expressão Municípios Saudáveis significa: “uma filosofia e uma estratégia de política que prioriza a Promoção da Saúde dos cidadãos com uma visão ampla de qualidade de vida” (FRANCO DE SÁ; ARAÚJO, 2007, p.6)

O Projeto PMSNB é executado nos municípios de Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Félix, Sairé e São Joaquim do Monte. Os municípios foram escolhidos a partir de critérios de proximidade com o Recife, por representar um aglomerado de realidades similares e não haver nenhum grande projeto de desenvolvimento em execução naquele momento. Em princípio, a partir de uma pesquisa de avaliação de capital social (MELO FILHO et al., 2007), foram selecionadas micro-áreas para implantação do projeto e ciclos de vida prioritários para focalizar as ações.

Os ciclos de vida selecionados por município representavam o maior potencial organizativo local, exceto por Camocim de São Félix, onde a escolha decorreu da alta taxa de mortalidade infantil municipal. Assim, os ciclos de vida selecionados foram: em Barra de Guabiraba, homens adultos; em Camocim de São Félix, crianças e mulheres; em São Joaquim do Monte, mulheres; em Sairé, idosos; em Bonito, jovens.

A implementação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil constitui um processo de transformação e desenvolvimento social, com uma metodologia e ação em vários níveis de atuação, e de relações sociais entre comunidade, poder público e universidade.

As intervenções ocorrem em três níveis. O primeiro nível, local, é a microrregião de vida da população (bairro, grêmio, associação, entre outros). Elaborou-se uma metodologia de intervenção para este nível das micro-localidades, a que se deu o nome de Método Bambu.

O Método Bambu, conforme Franco de Sá, Yuasa e Viana (2006, p. 53), “é um meio para impulsionar as potencialidades de uma comunidade, visando o fortalecimento e transformação”. A atuação inicial se deu na perspectiva exo-endógena, uma vez que foram os parceiros externos à comunidade que provocaram as primeiras mobilizações, apoiando as equipes municipais e a população no aumento das capacidades individuais, coletivas e organizacionais. O segundo nível, municipal, é aquele que considera os determinantes/ condicionantes do estado de vida da população contemplada no primeiro nível, sendo um espaço ampliado, que considera o município envolvido. Criou-se um Espaço de Articulação e Promoção de Políticas Públicas Saudáveis (EAPPPS), que permite o debate de questões estruturais entre os gestores e a população, chamado Espaço Bambu. No terceiro

nível considera-se o aglomerado na sua totalidade. Impulsiona-se a formulação de políticas públicas intersetoriais e integradas, as macro-questões, a partir das demandas das micro-localidades.

Em cada município há supervisores, eleitos pela população, representantes dos gestores e da comunidade, para supervisionar/monitorar as atividades dos Municípios Saudáveis e fazer a interlocução da população com o gestor local e a equipe técnica exógena formada pelo Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social/UFPE, Agência de Cooperação Internacional do Japão/JICA e Secretaria de Planejamento de Pernambuco.

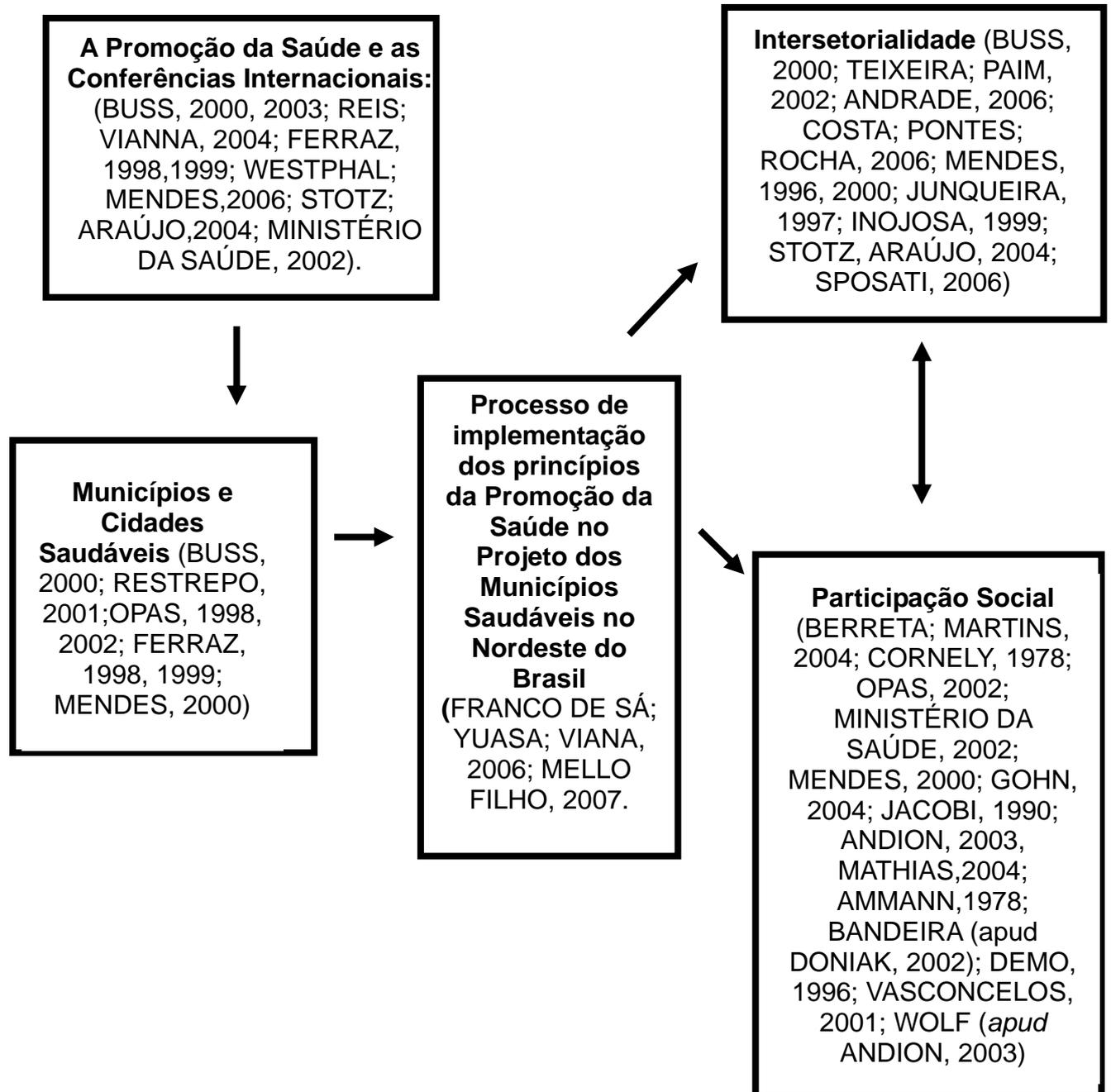
Dentre os municípios que fazem parte do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil escolheu-se Sairé para desenvolver este estudo. A escolha foi sugerida pela equipe do NUSP, órgão executor do projeto. Um dos motivos indicados para a escolha foi a inclusão, de forma transversal, no Plano Diretor<sup>3</sup> do Município de Sairé, das propostas do Movimento de Municípios Saudáveis.

---

<sup>3</sup> O Plano Diretor é o instrumento básico da política de desenvolvimento e expansão urbana, que assegura ao território municipal um melhor aproveitamento dos recursos ambientais e das infra-estruturas (SAIRÉ, 2007).

### 3. QUADRO DA SÍNTESE TEÓRICA

Figura 1: Representação Gráfica do Marco Teórico



## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Concepção da Pesquisa

A pesquisa teve por objetivo analisar como o Projeto dos Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil em Sairé coloca em prática os princípios norteadores da Promoção da Saúde, a intersetorialidade e a participação social.

Para alcançar os objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa qualitativa que, conforme Minayo (1998, p.22),

[...] trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável.

Adotou-se a abordagem qualitativa para compreender a dinâmica interna do processo da participação e intersetorialidade que se desencadeou a partir da implantação do projeto no Município de Sairé. Coletou-se informações para compreender, nos discursos dos sujeitos envolvidos, como os aspectos da participação social e da intersetorialidade estão se construindo no município.

Para tanto, escolheu-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso, por ser uma forma que permite ao pesquisador investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos (YIN, 2005).

No estudo de caso, o pesquisador aproveita as evidências empíricas e as inferências, correlacionando-as para alcançar a interpretação dos fatos dentro de um sistema explicativo mais amplo, neste caso, a participação social e a intersetorialidade na promoção da saúde.

Dessa forma, é preciso promover a ruptura do senso comum e, na mediação que o pesquisador faz entre forma e conteúdo do objeto de conhecimento, buscar, dentre as diferentes perspectivas de interpretação, aquela que permite uma aproximação relativamente maior da realidade concreta (DINIZ, 1999).

Nesta pesquisa, envolveram-se todos aqueles que têm interesse na iniciativa em análise, de maneira que pudessem expressar suas idéias sobre a participação e a intersetorialidade, para verificar como este processo se construiu no município escolhido.

#### **4.2. Caracterização da Área do Estudo**

O Município de Sairé era conhecido, anteriormente, como São Miguel, e integrava o território do município de Bezerros. Constituiu-se como município autônomo em 13 de março de 1963, pela Lei Estadual nº 4.942, sendo formado apenas pelo distrito-sede. Está localizado na mesorregião Agreste e na Microrregião Brejo do Estado de Pernambuco, limitando-se ao norte com Bezerros, ao sul com Bonito e Barra de Guabiraba, ao leste com Gravatá, e a oeste com Camocim de São Felix (SAIRÉ, 2007).

A área municipal ocupa 197,8 km<sup>2</sup> e representa 0,20% do Estado de Pernambuco, distando 110,7 Km da capital, cujo acesso é feito pela BR-232 e PE-103. De acordo com o censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, a população residente total é de 13.649 habitantes, sendo 5.648 (41,4%) na zona urbana e 8.001 (58,6%) na zona rural. Os habitantes do sexo masculino totalizam 6.841 (50,1%), enquanto os do sexo feminino correspondem a

6.808 (49,9%), resultando numa densidade demográfica de 69,0 hab/km<sup>2</sup> (MASCARENHAS et al., 2005).

A rede de saúde é composta de 01 hospital, 22 leitos, 12 ambulatórios e 29 agentes comunitários de Saúde Pública. Na área da educação, o município possui 25 estabelecimentos de ensino fundamental e 01 de ensino médio (MASCARENHAS et al., 2005). De acordo com Melo Filho et al. (2007), mais da metade da população do município, com idade superior a 25 anos, é analfabeta.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,598, o que situa o município no 120º lugar no ranking estadual e em 4696º no nacional (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, 2007). O Índice de Exclusão Social<sup>4</sup> é de 0,341, ocupando a 80ª posição no ranking estadual e a 4.272ª no nacional (MASCARENHAS et al., 2005).

De acordo com a avaliação do capital social, feita na área de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, a economia de Sairé é centrada na agricultura, com a fruticultura de tangerina e laranja (MELO FILHO et al., 2007). Conforme estes autores, os munícipes possuem um significativo sentimento de pertencimento de sua cidade e as relações solidárias são mais evidentes neste município do que nos demais que fazem parte do projeto.

Em relação à participação comunitária e grupos setoriais, Melo Filho et al. (2007, p.75) observam que “a proporção de engajamento em grupos jovens é semelhante à participação em grupos de pais e mães [...] sobressai-se a participação em grupos religiosos”.

---

<sup>4</sup> Este índice é constituído por 07 (sete) indicadores: pobreza, emprego formal, desigualdade, alfabetização, anos de estudo, concentração de jovens e violência (MASCARENHAS et al., 2005).

### 4.3. Sujeitos do Estudo

A pesquisa foi realizada com as pessoas envolvidas direta (munícipes e gestores municipais) e indiretamente (técnicos dos órgãos executores do projeto) no Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil do Município de Sairé.

Foram selecionados 17 informantes-chave, para compreender o processo de como se coloca em prática a participação e a intersetorialidade, através da implantação do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil no Município de Sairé. Os informantes-chave eram 2 técnicos da JICA, 2 técnicos do CONDEPE-FIDEM, 2 técnicos do NUSP, 2 gestores municipais e 9 munícipes.

Para a escolha do informante-chave adequado para a pesquisa, de acordo com Triviños (2000, p. 144), “é importante delinear as condições mínimas que devem ter proeminência no processo de escolha”. Para tanto, foram utilizados os seguintes critérios:

- Envolvimento desde o início do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil;
- Conhecimento amplo e detalhado do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil;
- Disponibilidade de tempo para participar das entrevistas.

Além desses critérios, solicitou-se a participação da orientadora, por seu conhecimento do contexto em estudo. Foram assim discutidas as pessoas a serem entrevistadas, bem como a melhor forma de acesso a elas.

#### 4.4 Trabalho de Campo

Em todas as etapas do trabalho de campo foram assegurados os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Um dos elementos facilitadores para o acesso ao campo é a parceria do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PIPASC) e o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP), uma das instituições executoras do projeto. Esta situação minimizou a necessidade de procedimentos formais para o acesso a determinados espaços e documentos, mesmo sabendo que o interesse da pesquisa não se centrou apenas nesta instituição, mas em todas as demais instituições envolvidas no projeto (CONDEPE-FIDEM e JICA) e a comunidade do Município de Sairé.

Ressalta-se que antes de convidar os informantes-chave, a autora do trabalho participou, como observadora, do Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde de Sairé, de dois Encontros de Redes do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil e do IV Seminário de Município Saudável. Os facilitadores sempre solicitavam a apresentação do grupo, e neste momento era explicado, de forma breve, o motivo de estar junto com eles na atividade. Estes encontros propiciaram um contato direto, face a face com os sujeitos e a realidade estudada.

Realizou-se uma entrevista como teste-piloto, para verificar se as perguntas estavam com um significado claro. Após aplicação, percebeu-se um pequeno grau de dificuldade no entendimento de algumas questões relacionadas à intersectorialidade. Deste modo, foram melhor adequados alguns termos do roteiro da entrevista, sem contudo alterar a essência das perguntas.

Explicou-se aos sujeitos da pesquisa, o objetivo da investigação, de forma breve e consistente, sendo enfatizado o direito de não participar da entrevista. No início de cada entrevista, todos os respondentes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A).

A participação no III Encontro da Rede de Municípios Saudáveis facilitou o agendamento da entrevista, feito da seguinte forma: em cada contato pessoal com o informante-chave, confirmou-se data, dia e horário. No encontro estavam presentes todos os envolvidos no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Os informantes-chave foram identificados com a ajuda da equipe do NUSP para a apresentação da proposta e o convite para participar da pesquisa. Não houve dificuldade de acesso aos entrevistados, como também não houve recusa na concessão da entrevista. Assim, foram agendadas entrevistas individuais com 17 informantes-chave, levando-se em conta o critério de inclusão relatado. Algumas entrevistas foram realizadas em locais fechados e outras em locais abertos, sempre de forma reservada; tiveram duração média de quarenta minutos e todas foram gravadas, com a autorização dos pesquisados.

Alguns entrevistados não eram familiarizados com o gravador e inicialmente ficaram um pouco inibidos, mas depois falaram com mais espontaneidade. Uma questão interessante levantada pelos entrevistados, ao final das entrevistas, refere-se ao fato de terem conseguido responder o que estavam desejando. No momento de cada entrevista foi explicada a importância das informações e que elas seriam utilizadas, posteriormente, para avaliar e compreender a relação dos pilares participação social e intersetorialidade no PMSNB.

## **4.5. Coleta de Dados**

As pesquisas qualitativas são multimetodológicas. Para esta pesquisa buscou-se uma variedade de procedimentos e instrumentos de coleta de dados. Para abranger uma maior amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenômeno estudado utilizou-se a técnica de triangulação na coleta de dados.

Pode-se dizer que isso representa mais uma alternativa para a validação – que amplia o escopo, a profundidade e a consistência nas condutas metodológicas – do que uma estratégia para validar resultados e procedimentos (FLICK, 2004).

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos de pesquisa: a observação, a pesquisa bibliográfica e as entrevistas semi-estruturadas, que podem nos fornecer subsídios para as questões referentes aos objetivos propostos.

### **4.5.1 Observação**

A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e, de acordo com Marconi e Lakatos (2002, p.88): “utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste em apenas ver e ouvir, mas examinar os fatos ou fenômenos que se deseja estudar”.

No entanto, uma desvantagem desta técnica de pesquisa consiste em que “o pesquisador nem sempre tem possibilidade de observar todos os fatos e manifestações da vida do grupo de interesse para o estudo” (SORIANO, 2004, p.146). Na investigação científica são empregadas várias modalidades de observação, de acordo com Ander-Egg (apud MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 89) presente estudo foi utilizada a observação participante.

A observação participante consiste na participação do pesquisador com a comunidade ou grupo (MARCONI; LAKATOS, 2002). Para Mann (*apud* MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 91):

A observação participante é uma tentativa de colocar o observador e o observado do mesmo lado, tornando-se o observador um membro do grupo de molde a vivenciar o que eles vivenciaram e trabalhar dentro do sistema de referência deles.

Para descrever o processo da observação participante nesta pesquisa, tomaram-se como base os quatro momentos importantes para a observação: a decisão pela informação, o preparo para o desenvolvimento, o desempenho do emprego propriamente dito e seu registro (RICHARDSON, 1999).

A decisão pela observação participante teve o propósito de familiarizar-se com as pessoas envolvidas nesta temática, pois, no trabalho relativo à Promoção da Saúde, a interação com as pessoas torna-se um elemento fundamental para mobilizá-las no movimento dos Municípios Saudáveis.

A observação ajudou a conhecer *in loco* as pessoas participantes, como era feita a inserção das atividades relacionadas ao Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, especificamente, no Município de Sairé. Serviu também para auxiliar na adoção de estratégias na aplicação da técnica de entrevista semi-estruturada.

Os espaços de observação para a pesquisa foram a participação: no Curso de Promotores de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde que estava sendo realizado pelo NUSP e JICA, com o apoio do CONDEPE-FIDEM e dos Municípios envolvidos no Projeto; nos dois Encontros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil e no III e IV Seminário de Municípios Saudáveis.

O curso foi dividido em 10 (dez) módulos, com encontros mensais que abordaram os seguintes temas: Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde; Participação Social, Poder Local e Gestão Participativa; Participação e Empoderamento; Método Bambu; Capital Social; Avaliação de Metodologias Participativas; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas Saudáveis; Associativismo e Cooperativismo e Desenvolvimento Local.

A presença nestes espaços permitiu, na prática, a integração com o grupo, conhecer as atitudes das pessoas envolvidas no projeto e, conseqüentemente, facilitou a comunicação para a obtenção das informações no momento da entrevista.

Com o decorrer do tempo, os envolvidos direta e indiretamente no projeto, ou seja, os técnicos dos órgãos executores, a comunidade e os gestores do Município de Sairé acostumaram-se com a presença do pesquisador nos mais diversos momentos. Acredita-se que a presença do observador interferiu na situação observada, no entanto, sem a certeza de ter facilitado ou atrapalhado o comportamento dos sujeitos envolvidos. Em relação ao expectador, acredita Soriano (2004, p. 148-149) que “suas observações sejam influenciadas por impressões próprias de seu contexto cultural ou pelas vivências experimentadas no grupo”.

Para o registro, utilizou-se papel e caneta. Os registros foram feitos no local das oficinas do Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde, em Sairé. Era um lugar tranquilo e com boas acomodações, não havia muita interferência externa, pois este espaço era localizado em uma parte alta e isolado do centro da cidade. Acredita-se que este foi um elemento que facilitou a concentração para as atividades.

As oficinas duravam o dia todo, com intervalo para o almoço. Participou-se de 6 (seis) oficinas. Durante o curso no Município de Sairé, sempre antes do início, era

servido um café da manhã. Este era um momento de descontração e integração da equipe com os munícipes.

Depois, o grupo era convidado a participar de dinâmicas de apresentação e/ou aquecimento. No momento da apresentação era explicado para o grupo o objetivo da presença do pesquisador no curso. O grupo correspondia de forma positiva à participação nas atividades junto com eles. No Curso participavam a comunidade e dois secretários de gestão municipal, além de trabalhadores governamentais da educação, saúde e assistência social.

A maioria do grupo tinha uma postura participativa, mas sempre o facilitador do módulo lembrava a necessidade de todos expressarem seu posicionamento em relação ao conteúdo apresentado. No desenrolar dos encontros o grupo foi se tornando mais integrado e propositivo.

Havia um pouco de diferença nas intervenções entre os membros do grupo: as pessoas ligadas diretamente à comunidade faziam reflexões sobre o que se passava perto de sua moradia, seu bairro; já os gestores municipais colocavam para o grupo questões relativas a como seria gerir ou até mesmo solucionar os problemas, do ponto de vista da administração pública. Entre eles havia uma atitude respeitosa e os diálogos fortaleciam e minimizavam as dúvidas de como a dinâmica da cidade se processava para a gestão e organização das políticas públicas.

Observou-se que o grupo, no transcorrer das reuniões, conseguia assimilar novos conceitos, fazer as conexões do conteúdo apresentado com a realidade do município, articulando a noção de território, pertencimento e organização política do Estado. Muitos dos conceitos e valores estudados nos módulos foram comentados no momento da entrevista semi-estruturada.

Os dois encontros de redes ocorridos durante o período do Curso de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde foram momentos em que os cinco municípios envolvidos no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil realmente se encontravam, em termos de idéias, participação, comunicação.

O primeiro encontro de rede ocorreu em junho/2007, após a realização de três módulos do curso de promotores. Este encontro teve como objetivos pactuar a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e elaborar o roteiro para a construção do Plano de Municípios Saudáveis.

A programação abrangia o dia todo e teve participação do mesmo grupo do Curso de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde. Desenvolveram-se atividades expositivas, sendo explicados alguns conceitos sobre redes, seguindo-se discussões em grupos de trabalho por município, para apresentação das conclusões em plenária, no final das atividades do evento.

Do grupo de munícipes de Sairé nem todos que estavam no curso puderam participar do evento. A grande maioria não se colocava no grande grupo, só quando havia necessidade de representação municipal. Os discursos convergiam para os termos ministrados nos módulos do curso.

O segundo encontro de rede ocorreu em agosto/2007, após a realização de mais três módulos do curso de promotores. Este encontro teve como objetivos continuar as discussões da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis e apresentar os pilotos dos planos municipais.

Neste evento, conversou-se com os informantes-chave da pesquisa, para explicar o objetivo e marcar a data de realização da entrevista. Em relação aos munícipes de Sairé, a data foi combinada para coincidir com o módulo do curso.

Com os outros informantes-chave ligados às instituições executoras do projeto combinou-se que as entrevistas seriam realizadas no Recife.

É importante ressaltar que, em relação às diversas idas ao campo, o que estava estabelecido *a priori* era a aproximação com o ambiente real da pesquisa, ou seja, o Município de Sairé. Os dados foram sendo registrados espontaneamente, à medida que os fatos iam ocorrendo, sem definição prévia de todos os aspectos que seriam sistematizados na observação.

Os registros obtidos mediante as observações ofereceram elementos significativos para subsidiar as análises das entrevistas, como uma forma de aproximação ao objeto de estudo, não apenas pelo que foi falado, mas, também, pelo que foi observado e vivenciado nos momentos presentes no campo.

#### **4.5.2 Pesquisa Documental**

Em termos gerais, a pesquisa documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais poderiam estar relacionados. O método mais conhecido de pesquisa documental é o método histórico, que consiste em estudar os documentos visando investigar os fatos sociais e suas relações, conforme Richardson (1999), com o tempo “sócio-cultural-cronológico”.

Neste estudo, a proposta de trabalhar com pesquisa documental teve por finalidade conhecer e compreender o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Foram escolhidos para o estudo os documentos oficiais da gestão dos

municípios, do Governo do Estado e os relatórios das instituições executoras do Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Neste sentido, a técnica de coleta de dados não utilizou uma estrutura analítica para dar sentido/entendimento às informações contidas nos documentos.

Ao estudar os documentos procurou-se saber qual era a história do projeto, a sua forma de implementação e os seus mecanismos de atuação com a comunidade, gestores e órgãos executores. Para isso, as principais fontes documentais foram três publicações oficiais do NUSP, JICA e o CONDEPE/FIDEM, a saber:

- Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologia e relações institucionais, 2006;
- Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Felix, Sairé e São Joaquim do Monte, 2007;
- Plano Diretor Participativo: Município de Sairé/Prefeitura Municipal de Sairé, 2007.

Após o levantamento dos documentos em potencial para a pesquisa, fez-se uma pré-análise, que permitiu a introdução de novos elementos para uma melhor explicação do fenômeno a ser estudado. A escolha dos documentos guiou-se por princípios básicos, conforme Richardson (1999): exaustividade, representatividade, homogeneidade e adequação.

Estes documentos foram utilizados para refletir a forma de organização do Projeto nas suas diferentes particularidades em relação ao contexto do movimento de Municípios e Cidades Saudáveis. No entanto, os elementos analisados possibilitaram

contextualizar de modo mais amplo a experiência do Município de Sairé no Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.

### 4.5.3 Entrevistas

Utilizou-se, neste trabalho, a entrevista semi-estruturada. Trata-se de uma forma de entrevista que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias que interessam à pesquisa (TRIVIÑOS, 2000).

May (2004) sugere três condições necessárias para a realização bem-sucedida de entrevistas. A primeira condição é a acessibilidade. A segunda é a cognição, ou seja, o entendimento da pessoa sobre o seu papel na condição de entrevistada. A terceira é a motivação. O entrevistador deve fazer com que os sujeitos sintam que a sua participação e respostas são importantes e valorizadas, pois sua cooperação é fundamental para a condução da pesquisa.

Para a elaboração do roteiro da entrevista tomou-se como sugestão alguns dados apresentados no documento, da Opas (2005) intitulado: *Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis: recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas nas Américas*.

Os temas contidos no roteiro das entrevistas (Apêndice B) analisadas neste trabalho versam sobre:

- O entendimento sobre o que é participação social e intersetorialidade;
- Viabilidade de recursos financeiros e instrumentos para a participação da população;

- Elementos que favoreceram a participação das pessoas no projeto;
- Atividades desenvolvidas pelo Projeto dos Municípios Saudáveis se articularem com outras atividades que existiam no Município;
- Apropriação das políticas públicas proporcionada pela participação no Projeto dos Municípios Saudáveis.

Na medida em que foram sendo coletados os dados no campo, tentou-se identificar os temas e as relações existentes no Projeto dos Municípios Saudáveis, construindo interpretações que geraram algumas outras novas questões; em outros momentos foram aperfeiçoados os temas. As informações obtidas por meio desta técnica de pesquisa serviram para analisar como ocorrem a participação social e a intersetorialidade.

#### **4.6. Plano de Análise dos Dados**

A análise dos dados, conforme Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2004, p.170), “é um processo complexo, não-linear, que implica no trabalho de redução, organização e interpretação dos dados, que se inicia já na fase exploratória e acompanha toda a investigação”.

Para tratar as informações obtidas nas 17 (dezesete) entrevistas semi-estruturadas foram elaboradas categorias que permitiram organizar e sistematizar o material. Procurou-se utilizá-las de uma forma que evitasse distorções ou deturpações ao interpretar os resultados. Para tanto, foi necessário separar os conceitos e examiná-los, de modo a responder as questões colocadas na pesquisa.

Empregou-se a técnica de análise de conteúdo para interpretar os dados das entrevistas. Bardin (1979, p. 42) conceitua a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (quantitativos ou não), a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A interpretação é o processo mental por meio do qual se procura inferir o significado mais amplo para a informação estudada. Para isso, é preciso ligar as descobertas a outros conhecimentos disponíveis utilizados na proposição do problema e na revisão da literatura (SORIANO, 2004).

A interpretação dos dados coletados esteve apoiada em três aspectos fundamentais (TRIVIÑOS, 2000, p. 173), a saber: “nos resultados alcançados nos estudos (respostas aos instrumentos, idéias e documentos); na fundamentação teórica (manejo dos conceitos-chave das teorias) e na experiência pessoal do investigador”.

A categorização das entrevistas semi-estruturadas foi realizada com base no Programa NVivo 2,0, para facilitar a visualização e os agrupamentos das respostas, possibilitando uma amplitude na compilação dos dados.

#### **4.7. Considerações Éticas**

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (Registro CEP/CCS/UFPE nº 302/2007).

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentaremos os resultados e procederemos às discussões concomitantemente. Um esquema expressando o tema central, as rubricas classificatórias e as categorias que emergiram da análise será apresentado, de maneira a facilitar a compreensão do leitor. Cabe ressaltar que, não obstante ter sido utilizado o roteiro de entrevistas de acordo com itens pré-definidos, a categorização privilegiou os discursos e buscou refletir categorias emergentes.

Considerando que as categorias não surgiram do nada e que houve, de fato, um roteiro, notar-se-á que as categorias não fugiram muito dos itens pré-definidos no roteiro. Dessa forma, é possível afirmar que os resultados respeitam os itens do roteiro, mas não estão “engessados” aos mesmos.

De acordo com Paillé e Mucchielli (2003), o pesquisador pode conceitualizar suas categorias se mantiver rigor nas etapas da análise de integração argumentativa e de modelização do resultado final. Nessas etapas, deve-se buscar as categorias a partir do marco construído, do observado no campo, e/ou da capacidade, experiência especulativa e bagagem teórica do pesquisador.

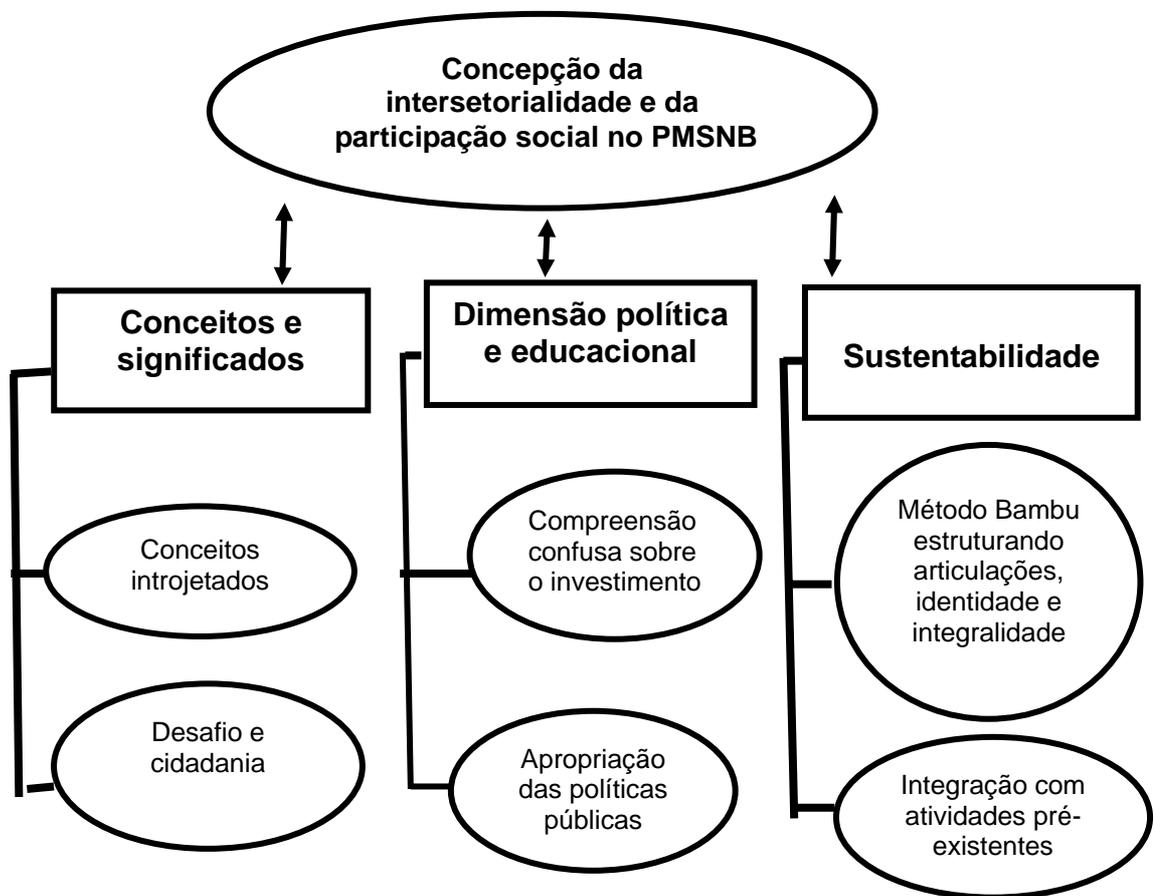


Figura 2 - Representação gráfica dos elementos apresentados nas discussões.

Os elementos encontrados emergiram a partir das leituras das entrevistas, consubstanciando-se, assim, em tema central, rubricas e categorias, a partir da interpretação do material coletado. Percebeu-se que, em termos de discursos, não houve discrepâncias significativas entre as concepções expressas nas respostas dos informantes-chave e a concepção apresentada pelo PMSNB.

A partir do tema central “concepção da intersectorialidade e da participação social no PMSNB” encontraram-se as rubricas: conceitos e significados; dimensão

política e educacional; e sustentabilidade. As rubricas desdobraram-se nas seguintes categorias: conceitos introjetados; desafio e cidadania; compreensão confusa sobre o investimento; integração com atividades pré-existentes; apropriação das políticas públicas e Método Bambu, estruturando articulações, identidade e integralidade. Para tanto, optou-se por apresentar os fragmentos obtidos nas entrevistas, sempre com o intuito de assegurar uma visão ampla do conteúdo analisado. É importante salientar que os conteúdos das entrevistas não são vistos como uma soma de pensamentos, mas representam o modo de pensar de um grupo, cujos entrevistados estão envolvidos com o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil - PMSNB.

### **5.1. Tema Central: Papel do Projeto Quanto à Intersetorialidade e à Participação Social**

O projeto tem um papel catalisador que interfere nas relações das pessoas com o meio que as cerca. Desempenha uma função, dentro do município de Sairé, de difusão de idéias acerca da participação social e intersetorialidade na gestão pública, bem como estimulando e potencializando mudanças sócio-culturais. Cabe ressaltar que o projeto por si só, e considerando o pequeno prazo decorrido desde sua implantação, não poderia mudar as condições objetivas do modelo de desenvolvimento local existente no Município de Sairé.

#### **5.1.1. Conceitos e significados da Intersetorialidade e da Participação Social no Projeto**

Intersetorialidade e participação social são elementos necessários e

fundamentais para a construção de uma base para um Município Saudável. Esses princípios perpassam pela vida cotidiana dos munícipes de Sairé, manifestando-se nas relações diretas e indiretas das pessoas envolvidas no projeto. Em vista disso, compreendeu-se que esses princípios não poderiam ser analisados em separado.

### **a) Conceitos introjetados**

Quanto ao entendimento sobre o conceito de participação social e intersectorialidade os resultados demonstram que estes foram apreendidos pelos entrevistados. Os relatos apresentaram a idéia de participação como algo que precisa necessariamente da inter-relação entre os membros da sociedade para obter resultados na melhoria da qualidade de vida. Dentro do que foi dito, há uma tomada de consciência do grupo, uma demonstração de interesse em assumir a gestão de seus próprios assuntos, uma noção de que há necessidade de se organizar para alcançar este propósito.

*“Eu acho que é o meio, o único meio que a gente tem de mudar as coisas porque só existem boas políticas públicas se existir participação social. Então, não há desenvolvimento, não há política pública, não há verdade sem participação da sociedade, até porque se faz política para a sociedade, se faz, se constrói administração, organizações para o homem na sociedade”* (Entrevistado 10).

*“Acho que é quando toda a comunidade participa dos movimentos que acontecem na cidade, quando se engaja, quando constrói junto com o poder público, quando constrói junto com toda a sociedade melhorias para a qualidade de vida dela, mas em todos os âmbitos”* (Entrevistado 12).

*“A intersectorialidade é vista como a inter-relação que os diversos setores da sociedade civil e instituições públicas [...] se relacionam, trocam informações, experiências”* (Entrevistado 05)

*“A intersectorialidade tem os setores trabalhando em conjunto. É como diz: a união faz a força, num é isso? Se você sozinha acha uma dificuldade, você vai fazer o que [...] como se diz: o que esse curso ta passando pra gente em conjunto vamos*

*trabalhar, vamos nos unir, vamos formar uma grande corrente”* (Entrevistado 13).

Um elemento que não foi comentado pelos entrevistados foi o conflito de interesses existente e as contradições que poderiam ocorrer nessa inter-relação entre os membros da comunidade. Pode-se observar, também, que os entrevistados não fizeram uma relação direta com os aspectos culturais e sociais da população, como um fator para dificultar ou facilitar a participação social e a intersetorialidade. Não se pode afirmar o que levou os entrevistados a não comentarem, mas Mendes menciona alguns limites e problemas da participação social numa proposta de Municípios Saudáveis:

[...] muitas vezes estão relacionados à manutenção da independência e autonomia e ao controle popular numa situação de participação institucionalizada; ao fato de o espaço institucional estar marcado por uma cultura tutelar, clientelista e populista; à existência de estruturas tradicionais e autoritárias; à desigualdade de conhecimentos; às dificuldades de acesso às informações (2000, p. 47).

A concepção de participação social e intersetorialidade na Promoção da Saúde refere-se a um processo pedagógico e político em que o poder de decisão dos governantes é partilhado pelos setores e segmentos da sociedade civil. Estes são considerados elementos-chave na democratização da sociedade e na resolução das desigualdades sociais (SAVIANI, 2003; WHESTPHAL; MENDES; COMARU, 2006).

A Promoção da Saúde visa atuar, através de ações comunitárias concretas e efetivas, no desenvolvimento de prioridades, na tomada de decisões, na definição de estratégias e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino. Uma comunidade que trabalha

para atingir objetivos comuns adquire força e consciência de sua capacidade e poder coletivos para enfrentar e resolver problemas que atingem a todos (OPAS, 2002).

Demo (1996) afirma que a melhoria da comunidade requer processos que favoreçam a participação ativa, autônoma, representativa e co-responsável, que propiciem, de modo mais completo, o crescimento das pessoas ou das organizações coletivas. A partir desta definição, pode-se afirmar que uma parte destes entrevistados entendiam a participação social como uma ação que requer a mobilização, discussão, compreensão e organização da comunidade em busca de respostas aos seus problemas e necessidades.

Pode-se afirmar que as pessoas entrevistadas se dispõem a atuar visando a participação social e a busca de ações intersetoriais na medida em que estivessem inseridas no problema da comunidade. A preocupação individual com as necessidades do coletivo aponta para uma possibilidade de empenho dos sujeitos nas causas da comunidade. A participação social seria uma co-responsabilização das pessoas que vivem em sociedade, não atrelando, apenas, a participação social nos espaços institucionais criados pelo Estado.

Este projeto possibilita que o povo tenha um papel ativo na tomada de decisões, de maneira a afetar a qualidade de vida de sua cidade. De acordo com Mathias (2004, p. 80):

A participação do cidadão nos processos de administração é uma forma valiosa de se conseguir uma vida saudável. É um processo e não um resultado. É um processo que leva aos resultados de uma cidade saudável.

## **b) Desafio e cidadania**

Há um reconhecimento acerca da importância da participação social e da intersetorialidade para democratizar a gestão pública e inverter as prioridades.

Através da interação, surgem perspectivas para o fortalecimento dos movimentos sociais que acontecem na cidade, trazendo benefícios ambientais, econômicos e sociais. A participação social e a intersectorialidade tornam-se mais efetivas e visam a aproximação entre as instâncias do poder público e a sociedade, modificando cenários de pobreza, falta de emprego, melhoria da saúde e educação (GONH, 2004). A participação social e a intersectorialidade aparecem freqüentemente como desafios capazes de gerar cidadania nos locais onde esses princípios estão em permanente evidência e gerando reflexão coletiva.

*“Participam porque ele é muito desafiador, é inovador, é desafiador, e a gente sempre gosta de tá fazendo uma coisa que desafia e é mais gostoso quando você faz uma coisa diferente da maioria. Ele requer mais esforço da gente”* (Entrevistado 08).

*“É porque ele gera cidadania, torna as pessoas mais conscientes do seu papel na comunidade, na sociedade, eles tornam-se pessoas mais solidárias. Então, isso a gente vê. Vê-se já acontecendo e de maneira ainda gradativa, incipiente, mas também tá acontecendo as pessoas já conscientes dos seus direitos, reivindicando mais, então em todas essas coisas vêm acontecendo através desse programa”* (Entrevistado 07).

A Opas (2002) admite que as estratégias de "empoderamento" da comunidade supõem, entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais.

Ao analisarmos as falas dos entrevistados em relação à literatura, destaca-se que a interação com o local/comunidade dá origem a modelos de processos e construção de desenvolvimento relativamente autônomo, quando a ênfase é colocada mais na dinâmica local do que nas reestruturações vindas de cima. Assim, “o local não é percebido como um instrumento de gestão social, mas como resultado da ação

dos cidadãos sobre seus espaços de vida” (ANDION, 2003, p. 1044).

Os dados coletados estariam de acordo com o documento da Opas (2002), afirmando que a participação ocorre quando os indivíduos decidem dividir responsabilidades visando a melhoria da comunidade. Para que ocorra a participação, “a comunidade deve ter o direito e a responsabilidade de tomar as decisões que sejam viáveis e que afetam a vida de seus membros” (OPAS, 2002, p. 9).

### **5.1.2. Papel do Projeto quanto à sua Dimensão Educacional e Política**

O processo de construção do PMSNB em Sairé, é permeado por um eixo importante: o enfoque educacional. Há uma preocupação, como demonstram os documentos oficiais do Projeto, de que todo o trabalho desenvolvido junto aos diferentes atores possa levar ao aprendizado e à apropriação das tecnologias de planejamento e gestão das políticas públicas, de modo a torná-los participantes do processo como um todo.

*“Intersetorialidade é a junção dos setores, a gente tem que trabalhar interligado porque por exemplo, saúde: saúde não é só estar doente, só ausência de doença. Saúde começa desde a educação, de uma alimentação. Então, é isso, trabalha todo mundo junto para poder dar certo, pra poder acontecer”* (Entrevistado 06).

*“Participação social tem muito a ver com o entendimento e os pressupostos teóricos e metodológicos da promoção de saúde da questão do imperativo ético que envolve a questão do empoderamento, da autonomia da efetiva decisão e envolvimento das pessoas que convivem, vivem num determinado território”* (Entrevistado 14).

*“Pelo menos eles se apropriaram do entendimento do que é uma política pública, da questão da importância dessa participação social para manutenção de obras públicas de permanência de programas que não só defendem dos ventos do governo (que passam quatro anos), mas de uma vontade de atores, de lideranças e principalmente de aceitação e de busca, de procura por parte da comunidade”* (Entrevistado 14).

As entrevistas analisadas demonstraram que o PMSNB em Sairé apresenta

uma relação entre educação e política. Conforme Saviani, “toda prática educativa como tal possui uma dimensão política, assim como toda prática política possui, em si mesma, uma dimensão educativa” (2003, p. 84). O PMSNB, em Sairé, através do Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde, visou o desenvolvimento da capacidade reflexiva, de convívio e cognitiva dos envolvidos e, ao mesmo tempo, proporcionou o conhecimento de novas práticas ligadas à promoção da saúde e de sensibilização da comunidade sobre o seu papel de controle social em relação às políticas públicas.

Com respeito à relação entre política e educação, vale considerar que o desenvolvimento da prática exclusivamente política pode abrir novas perspectivas para o amadurecimento da prática especificamente educativa e vice-versa. Configura-se, dessa forma, para Saviani (2003, p. 85) :

[...] uma dependência recíproca: a educação depende da política no que diz respeito a determinadas condições objetivas, como a definição de prioridades orçamentárias, que se reflete na constituição-consolidação-expansão da infra-estrutura dos serviços educacionais; a política depende da educação no que diz respeito a certas condições subjetivas como aquisição de determinados elementos básicos que possibilitem o acesso à informação e a difusão das propostas políticas, a formação de quadros para os partidos e organizações políticas de diferentes tipos.

Compreende-se que o PMSNB, em Sairé, estimula, através da aquisição do conhecimento necessário, o desenvolvimento de condições propícias para o pensamento crítico e a formação cidadã. Entende-se que essa apropriação é um processo complexo, ligado à ampliação da consciência política, organização e mobilização da sociedade rumo à mudança. Observa-se que, de algum modo, as pessoas estão esclarecidas sobre os temas que constituem as bases para um Município Saudável.

Compreende-se que o PMSNB em Sairé vem conseguindo difundir os pilares e

conceitos que envolvem a promoção da saúde, mediante o processo de conscientização educativa, na medida em que os munícipes reconhecem a participação e a co-responsabilidade com sua comunidade como um fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida. Evidente que esta difusão é algo que ainda não se pode vislumbrar de maneira uniforme e intensa, mas fica claro que foi dado o pontapé inicial, com a inserção do Projeto. Verifica-se que o acesso à informação, às metodologias e ao mecanismo utilizado pelo projeto, que contemplam tanto a capacitação individual e coletiva quanto a formação de consenso sobre o ideário da Promoção da Saúde e a necessidade de melhoria da comunidade são compartilhados por todos os participantes do projeto. Neste sentido, foi desenvolvida uma abertura de canais de comunicação entre a comunidade e o poder público.

Um outro elemento encontrado nas análises dos discursos é que o processo formativo vem possibilitando o esclarecimento de que não se deve ter uma participação passiva nos processos decisórios da cidade e ao qual, em geral, a comunidade estava acostumada, e a partir de então está sendo repensado pelos envolvidos. Observou-se que o Projeto vem influenciando o fortalecimento da comunidade, através da sensibilização sobre a participação social e a cidadania.

#### **a) Compreensão confusa sobre o investimento**

Em relação às respostas da pergunta sobre a viabilidade de recursos financeiros e instrumentos para as pessoas participarem, alguns entrevistados tiveram uma compreensão confusa sobre o investimento realizado pelas instituições executoras do projeto (NUSP, JICA, CONDEPE-FIDEM) para que as pessoas pudessem participar.

*“Previu sim, previu sim. A gente faz a divulgação, movimenta o município, faz reuniões, as pessoas são convocadas a participar, promove seminários, promove encontro de rede e tudo isso é instrumento do projeto” (Entrevistado 07).*

*“Não. As pessoas que estão envolvidas no projeto têm um bem comum com a sociedade (...) não são as políticas A, B, C mas em comum trabalhar a comunidade, as pessoas a conscientizar o que é uma vida saudável, um município saudável” (Entrevistado 03).*

Alguns relatos demonstraram desconhecimento sobre a existência de qualquer tipo de investimento para viabilizar a participação das pessoas no PMSNB. Para estes entrevistados, só haveria investimento financeiro para a participação se os que estão envolvidos no projeto recebessem alguma remuneração. E eles expressaram que a infra-estrutura para a realização das atividades seria também uma forma de investimento para as pessoas participarem do Projeto. Para alguns entrevistados, as pessoas envolvidas no projeto estão participando por causa dos valores e possibilidades de mudança na qualidade de vida dos habitantes do município.

#### **b) Apropriação das políticas públicas**

A análise dos dados demonstra que, o Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde possibilitou aos participantes o entendimento e esclarecimento sobre o processo de elaboração orçamentária, receitas e despesas, legislação, enfim, puderam abrir e conhecer a “caixa preta” da gestão de políticas públicas. No entanto, outros relatos mencionam o fato como algo que acontece, mas ainda está caminhando. Isso demonstra que a população vem conseguindo apropriar-se das políticas públicas, no sentido de torná-las mais adequadas às necessidades e demandas da comunidade.

*“Ampliou o conhecimento da nossa comunidade. [...] pois a gente sabe qual o direito da gente, o que é política de saúde, política de educação, a gente hoje tá com uma bagagem e que tendo aquela bagagem é mais fácil a gente falar [...] Assim, quando a gente não entende, a gente não pode cobrar[...].” (Entrevistado 03).*

*“[...] Mostrando que tinha tanta coisa que nós podia reivindicar e nós não sabia, que já existe no município. Tem muita coisa que aprendi no curso, eu não sabia o que tinha no município, mas assim, eu não sabia que podia reivindicar que tava lá já, não é uma coisa que eu vou criar, já tá lá criada, só basta querer reivindicar” (Entrevistado 11).*

*“Tem contribuído sim. Porque nesse processo de formação as pessoas têm refletido e aí tem trazido, tem vindo à tona as situações de todos os municípios, tem vindo à tona experiências de outros lugares do Brasil e tudo isso leva a uma reflexão. Agora, o processo é lento, porque existe uma estrutura montada no município pra que as pessoas não participem, para que as pessoas não opinem, que as pessoas não discordem do poder local vigente, mas é um processo e à medida que mais pessoas vão se empoderando, vão exercitando sua cidadania, vão refletindo sobre as políticas públicas, sobre as demandas do município. Tudo isso é efeito do projeto” (Entrevistado 08).*

*“Pelo menos eles se apropriaram do entendimento do que é uma política pública, da questão da importância dessa participação social para manutenção de obras públicas e permanência de programas que não só dependem dos ventos do governo (que passa quatro anos) mas de uma vontade de atores, de lideranças e principalmente de aceitação e de busca, de procura por parte da comunidade” (Entrevistado 14).*

No processo de construção de uma cidade saudável, a participação social significa uma postura ativa de envolvimento e co-responsabilidade dos diversos saberes, setores técnicos e segmentos sociais da população na discussão dos problemas da cidade e na tomada de decisão sobre as formas de enfrentamento dos mesmos, construindo, dessa forma, uma proposta real para a cidade.

### 5.1.3. Papel do Projeto quanto à Sustentabilidade

Os dados coletados evidenciam que há uma preocupação com a continuidade e sustentabilidade do processo de construção do PMSNB em Sairé, em função das mudanças na administração pública municipal, assim como pelo fato de grande parte desse projeto ser induzido e apoiado por uma instituição acadêmica, pelo Governo Estadual e por uma organização de cooperação internacional. Para a Opas, “Município e Comunidade Saudável podem ser prejudicados com as mudanças das autoridades locais” (2002, p. 13).

Pelos relatos analisados, é possível notar que a experiência em Sairé tem demonstrado um grau de entendimento do que é necessário para a construção de uma cidade saudável. O Município conseguiu elaborar, com recursos financeiros do Governo do Estado de Pernambuco e recursos cognitivos da Universidade Federal de Pernambuco, e aprovar o Plano Diretor Participativo Saudável, com a concepção de “Município Saudável”. Dessa forma, o Município de Sairé criou um instrumento normativo que manterá o tema em vigência, independentemente das mudanças administrativas do governo local.

Todavia, neste ano de 2008 vislumbra-se o encerramento formal dos investimentos das instituições externas ao município. Por isso, ainda não temos como avaliar se a participação social e a organização comunitária se fortaleceram a ponto de manterem e/ou ampliarem a disponibilidade para o diálogo e a negociação entre as organizações da sociedade e as novas autoridades do poder público local, mesmo após a saída das instituições de apoio.

A Opas faz uma sugestão, ao afirmar que:

A questão chave encontra-se em motivar suficientemente todos os atores da comunidade para que se envolvam e se comprometam em

um processo de médio e longo prazos. Há que se considerar que quanto mais pessoas estiverem envolvidas no projeto, mais ele se enriquecerá e será sustentável no tempo (2002, p. 13).

No entanto, outras categorias aparecem como capazes de promover a sustentabilidade da proposta em Sairé: de maneira observacional, verificamos a importância da continuidade do Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde, a participação na Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (e conseqüentes participações nos Encontros desta Rede). Nas entrevistas, foi mencionado o Método Bambu como um mecanismo estruturador e mantenedor dos princípios da intersetorialidade e da participação social e a integração com projetos pré-existentes.

#### **a) O Método Bambu estruturando articulações, identidade e integralidade**

Em relação às práticas intersetoriais criou-se um mecanismo, chamado Método Bambu, o qual vem contribuindo para uma articulação entre os níveis micro, meso e macro no Município de Sairé. Pode-se observar, também, que houve percepções diferentes, mas não-antagônicas, dos entrevistados, no que diz respeito ao envolvimento e adesão das instituições e dos participantes do projeto nos níveis propostos pela metodologia afirmativa do Método Bambu. Entende-se que tal fato pode decorrer das concepções particulares de cada indivíduo sobre a intersetorialidade e seu potencial de contribuição para a melhoria da cidade, como também da falta de compreensão/entendimento do tempo que cada instituição levaria para a realização de planejamentos conjuntos e estratégicos.

*“É através de projetos comunitários que podemos de fato tornar real e concreto a intersetorialidade. Não entendo de que forma o método bambu vem influenciando esses níveis. Embora os encontros de rede possam ser um local em que se possa apresentar os exemplos que vem acontecendo no micro” (Entrevistado 15).*

*“Eu acho que vai ser um processo de certa forma natural a partir de que eu vejo, o Bambu como o coração do projeto. Se você consegue no nível micro que as pessoas se articulem, dialoguem, comecem a realizar ações, isso vai ter uma repercussão e vai ser um processo natural, e vai chegar no nível meso até que vão romper para o nível macro” (Entrevistado 08).*

*“Em alguns pontos aí ela se torna mais evidente. É o caso que estava conversando há pouco com você sobre a questão das mudanças ou dos locais chamados micro, no bairro, na casa já é visível essa mudança. A nível meso e macro ainda é incipiente, o que nós temos ainda visivelmente são justamente aquelas ações dos governos. [...] Então, algumas ações que são pequenas ainda, mas a gente já vê algumas mudanças” (Entrevistado 07).*

*“A intersetorialidade ela tem sua presença nesses três espaços, mas ela começa a aparecer melhor, pra mim, na minha visão, nos níveis meso e macro, ou seja, no que se referem os resultados e a por a mão na massa mesmo [...] no nível micro, nós vamos lá muito mais para sensibilizar, para trazer as pessoas a responsabilidade, para mostrar que elas são capazes, não é só sensibilizar com cartaz, com carro de som, programa de rádio, que nós já fizemos isso, tentamos fazer muito e não conseguimos bons resultados. É partir das oficinas nesse nível micro que as pessoas começam a exercitar o empoderamento a partir das ações que dependem deles” (Entrevistado 10).*

O que, de fato, fica claro nos discursos dos entrevistados é que os pilares constituem-se um eixo estruturador de diferentes níveis: individual/coletivo, coletivo/gestão local, gestão local/rede. No entanto, diante do que foi analisado, ao se falar do Espaço Macro (gestão local/rede), este, hoje, está restrito aos Encontros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, são mencionados como um local de troca de experiências e não como um espaço de fortalecimento dos mecanismos democráticos de formulação e de implementação das políticas públicas em escala regional. Sobre a questão de intersetorialidade nos níveis, proposto pelo Método Bambu, pode-se considerar que o desafio consiste em identificar melhores formas dinâmicas integradas e participativas que permitam o alcance do objetivo de melhoria da qualidade de vida na Região do Agreste Central de Pernambuco (FRANCO DE SÁ et al., 2006).

## **b) Integração com as atividades pré-existentes**

No que diz respeito aos elementos da iniciativa do PMSNB, em Sairé, que têm favorecido às pessoas participarem e se há integração com as atividades existentes anteriormente no município, de forma geral os entrevistados identificaram diversas ações, o que demonstra que o projeto está conseguindo, aos poucos, atingir os mais diversos atores e diferentes espaços, a saber:

*“[...] tem um projeto que é da Secretaria de Educação, juntamente com a Philips, aí a Philips já desenvolve um projeto aqui no município e se juntou também com o projeto de municípios saudáveis e está buscando a melhoria de vida” (Entrevistado 02)*

*“Uma das atividades que já existia era uma atividade com os idosos, promovida pela Secretaria de Ação Social, e junto com eles mantemos uma relação com o projeto e estamos levando isso adiante. E esta atividade tem uma relação muito forte e bem entrosada com o setor de saúde” (Entrevistado 17).*

Outros relatos falaram da integração das propostas aprendidas no Curso de Formação de Promotores em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde nos espaços em que as pessoas trabalham. Além disso, evidenciaram que a população está construindo um saber próprio, com base em suas vivências e experiências diretas com o PMSNB. Para Mathias, os Projetos de Município Saudável “fazem com que o povo tenha um papel ativo na tomada de decisões que afetam a saúde de sua cidade” (2004, p. 80).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs analisar como o Projeto dos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, em Sairé, evidencia a Promoção da Saúde, pelos pilares da intersetorialidade e da participação social. Permitiu ainda conhecer e identificar de que forma as ações intersetoriais e os espaços de participação social vêm sendo desenvolvidos através da implantação do Projeto no município.

Os resultados obtidos demonstram que o projeto é uma estratégia de operacionalização da promoção da saúde no nível local, assim como um processo em constante movimento. Os relatos demonstraram que a participação social e a intersetorialidade estão sendo incorporadas, aos poucos, como prática no cotidiano das pessoas envolvidas. Evidenciou-se, ainda, que o PMSNB, em Sairé, vem contribuindo para criar novas instâncias de mobilização, mediante os Espaços de Políticas Públicas Saudáveis (EPPS) e dos Encontros da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, criados a partir do projeto.

Alguns resultados importantes foram registrados, a partir das entrevistas, em relação às ações desenvolvidas pelo projeto, tais como a compreensão da sua dinâmica dentro do município e os mecanismos necessários para um Município Saudável. Com efeito, verificou-se que há uma motivação presente e crescente, entre os técnicos e os munícipes que têm participado das ações. Sobre este aspecto, a dimensão educacional e política apresentou-se como um mecanismo de mobilização para a mudança de comportamento diante das desigualdades sociais.

Porém, ainda existem grandes desafios, no que se refere à implantação da proposta de um Município Saudável, já que isso implica em mudar as tradicionais formas de gestão, histórica e culturalmente construídas. A implementação de novas propostas para pensar a cidade exige que se definam novas formas de relação entre

os diferentes níveis de governo e a população local, novas formas de cooperação e articulação para o desenvolvimento de novas habilidades e estratégias para gerir uma política pública.

O PMSNB, em Sairé, vem trabalhando com esses aspectos e, ao mesmo tempo, fortalecendo o processo de mudança através do compartilhamento de informações, de modo a agregar a participação dos diferentes setores envolvidos na solução dos problemas.

A implementação da proposta do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, em Sairé, não constitui uma tarefa fácil, pois é um aprendizado permanente e um processo em constante construção. Além disso, a complexidade dos problemas sociais exige vários olhares e diversas formas de abordagem, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade, de maneira participativa e intersetorial. Em outras palavras, um Município Saudável se constrói a partir do real compromisso dos cidadãos.

A análise do PMSNB aponta, inicialmente, para o fato de que a proposta de Promoção da Saúde em Sairé tem se configurado numa estratégia capaz de operacionalizar os pilares intersetorialidade e participação social, tirando-os do nível apenas das intenções. Sabe-se que não se muda uma cidade apenas com ações pontuais no plano local, micro, mas é a partir do plano micro que se inicia o processo de mudança e transformação da sociedade.

Uma comunidade não existe *a priori*, sem ter construído, mobilizado e organizado seus atores/sujeitos políticos, adensando em função dos objetivos que respeitem a cultura, diferenças de gênero, geração, e as diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sócio-cultural e política.

O desenvolvimento do ideário do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil representou a incorporação dos pilares da promoção da saúde no nível local. As atividades do projeto, em Sairé, estão mais focadas no apoio à construção de locais para a melhoria das condições de vida do que no tratamento de doenças. O Projeto consegue implicar o governo local, mais como apoio ao processo do que para o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes e espaços saudáveis e promoção de estilos de vida saudáveis na cidade.

Para que o PMSNB, em Sairé, se torne cada vez mais efetivo é preciso que todos os setores e segmentos sociais assumam um compromisso em torno de problemas e soluções, estabelecendo-se ações conjuntas em prol da melhoria da qualidade da vida dos munícipes. É importante salientar que a participação da comunidade na gestão das políticas públicas não é garantia de um processo democrático de tomada de decisões, mas, com certeza, é um mecanismo de mobilização para a inversão das condições desfavoráveis.

O desenvolvimento do PMSNB, em Sairé, reforça a importância do território acompanhando um desenvolvimento de baixo para cima. Como visto, o Projeto não trabalha apenas com a dimensão teórica, de abordar esses temas, mas estimula que as práticas sociais dos envolvidos sejam impregnadas dos valores da Promoção da Saúde, que de médio a longo prazo permitirão romper com práticas tradicionais de gestão pública.

Identificou-se a promoção da saúde na sua horizontalidade entre os campos de saberes envolvidos; no fortalecimento teórico-prático no campo do desenvolvimento local; articulação de diversas instâncias relacionadas à área da saúde e as instituições universidade, governo e cooperação internacional, além da comunidade e técnicos. Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas com

pessoas envolvidas no projeto em Sairé, e que de certa forma não sabemos se a comunidade, como um todo, se encontra no mesmo nível de conhecimento sobre o projeto e os pilares da Promoção da Saúde.

O PMSNB possui alguns limites, e estes residem no entendimento de que a participação social e a intersetorialidade são pilares fundamentais para a sustentabilidade do Município Saudável em Sairé e que é preciso mantê-las, ampliando e recriando possibilidades de agregar esses valores junto à comunidade, sem que isso dependa, necessariamente, das instituições externas estimulando o processo.

## 7. REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith; GEWANDSZNAJDER, Fernando. **O método das ciências naturais e sociais: pesquisa qualitativa e quantitativa**. São Paulo: Pioneira, 2004.

AMMANN, Safira Bezerra. **Participação social**. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

ANDION, Carolina. Análise de redes e desenvolvimento local sustentável. **Revista de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, set/out, 2003.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo, Hucitec, 2006.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Relatório final: Oficina de Trabalho Promoção da Saúde: da prevenção à mudança social**. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, Recife, 2004. Disponível em: [www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br). Acesso em: 04 de abril de 2007.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERETTA, Regina de Souza; MARTINS, Lília C. O. Estado, municipalização e gestão social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 77, Ed. Cortez: 2004.

BOTTOMORE, Tom; OUTHWAITE, William. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

BRANDÃO, Israel Rocha. Na trilha do Município Saudável In: SPERANDIO, Ana Maria, et al. (Org). **O processo de construção de rede de municípios potencialmente saudáveis – repensando a mobilização e a participação**. Campinas: Unicamp, 2004. v. 3.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil: legislação federal compilada – 1973 a 2006** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: **Ciência & saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. v.5.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2007.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONH, Amélia. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EINBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de saúde no Brasil: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CORNELY, S. A. **Serviço social: planejamento e participação**. 2a. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

COSTA, Ana M<sup>a</sup>; PONTES, Anna Cláudia R.; ROCHA, Dais Gonçalves. Intersetorialidade na Produção e na Promoção da Saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec/Opas, 2006.

DEGENNSZAJH, Raquel Raichelis. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: **Programa de capacitação continuada para Assistentes Sociais**. Brasília: CFESS/ABESPSS/Cead/NES/UNB, 2000. Módulo 3: Capacitação em Serviço Social.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista. Noções de política social participativa**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 1996.

DINIZ, T.M.R.G. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

DONIAK, Fábio Augusto. **Participação comunitária no processo de desenvolvimento local: estudo de caso do Município de Rancho Queimado**. 2002. Dissertação (Mestrado). Pós-graduação em Engenharia da Produção. Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis, 2002. Disponível em: [www.teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/10590.pdf](http://www.teses.eps.ufsc.br/defesa/pdf/10590.pdf). Acesso em: 16 de abril de 2008.

DUHL, Leonard. The healthy city: its function and its future. In: **Health promotion**. 1986.

\_\_\_\_\_. HANCOCK, Trevor. J. **Who Healthy cities paper. Healthy cities: promoting health in the urban context**. Copenhagen: FALD, 1986.

FERRAZ, Sônia T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Revista da Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas**, Rio de Janeiro, v.32, n.2, 1998.

\_\_\_\_\_. **Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FINKELMAN, Jacobo. (Org). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ªed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO DE SÁ, Ronice Maria; YUASA, Motoyuki; VIANA, Valdilene. (Orgs). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: conceitos, metodologia e relações institucionais**. Recife: UFPE, 2006.

\_\_\_\_\_; ARAÚJO, Janete Arruda et al. **Manual do Método Bambu: construindo municípios saudáveis**. Recife: UFPE, 2007.

GOHN, Maria da Glória. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, maio/ago. 2004.

HANCOCK, Trevor. The evolution, impact and significance of the healthy cities/healthy communities movement. **Journal of Public Health Policy**, v. 14, 1993.

INOJOSA, Rose Marie. Movimento Municípios Saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersetorial. In: **SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SAUDÁVEIS: ASPECTOS CONCEITUAIS, LEGAIS E OPERACIONAIS**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades** [Informações sobre todos os municípios do Brasil]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>> Acesso em: 13 de out. 2006.

JACOBI, Pedro. Descentralização municipal e participação dos cidadãos: apontamentos para o debate. **Revista Lua Nova**, nº 20, 1990.

\_\_\_\_\_. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 8 nº1, São Paulo, 1999.

JUNQUEIRA, Luciano A. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade e cidades saudáveis. In: **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, 1997.

KREMPEL, Márcia Cristina; MOISÉS, Simoni Tetu; MOYSÉS, Samuel J. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: SPERANDIO, Ana Maria (Org). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**. Campinas: Unicamp, 2005.

LUCK, Heloisa. **Pedagogia interdisciplinar. Fundamentos teórico-metodológicos**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MASCARENHAS. João de Castro, et al. (Orgs). **Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Sairé, Estado de Pernambuco**. Recife: CPRM/Prodeem, 2005.

MATHIAS, Augusto. Cidades e comunidades saudáveis: participação social através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. In: SPERANDIO, Ana Maria (Org.). **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis – repensando a mobilização e a participação social**. Campinas: Unicamp, 2004. v.3.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MELO FILHO, Djalma Almeida et al. Seleção das microáreas para atuação inicial do projeto. In: **Avaliação do capital social nas áreas de atuação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Barra de Guabiraba, Bonito, Camocim de São Felix, Sairé e São Joaquim do Monte**. Recife: Bargaço, 2007.

MENDES, Eugênio Villaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Rosilda. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundá e Maceió**. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo/USP, São Paulo, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

MINIAURÉLIO Século XXI. **O minidicionário da língua portuguesa**, 4ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)>. Acesso em: fevereiro de 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Municípios, cidades e comunidades saudáveis: recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas na América**. 1998. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 05 de abril de 2007.

\_\_\_\_\_. **Municípios e comunidades saudáveis. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida**, 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicac.cfm>. Acesso em: 05 de abril de 2007.

PAILLÉ, Pierre ; MUCCHIELLI, Alex. **Analyse des données qualitatives en sciences sociales et humaines**. Paris: Gallimard, 2003.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma 'nova saúde pública' ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n.4, 1998.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Desenvolvimento Humano e Índice do Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>. Acesso em: 14 outubro 2007.

REIS, Inês Nascimento de Carvalho; VIANNA, Marcos Besserman. Proposta de análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9,n.3, 2004.

RESTREPO, Helena. Conceptos sobre salud urbana. IN: RESTREPO, H.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud: como construir vida saludable**. Bogotá: Medica Internacional, 2001.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SAIRÉ. Pernambuco. **Plano Diretor Participativo: Município de Sairé/Prefeitura Municipal de Sairé**.Recife: NUSP, 2007.

SAVIANI, Dermeval. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre educação política**. 36 ed. Campinas: Autores Associados, 2003. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo).

SORIANO, Raúl Rojas. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SOUZA, Rosimary Gonçalves et al. Tendências atuais da descentralização e o desafio da democratização na gestão da saúde. In: BRAVO, M<sup>a</sup> Inês Souza; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez, 2001.

SPOSATI, Aldaíza. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 77, 2004.

\_\_\_\_\_. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiências. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n 85, 2006.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAÚJO, José Wellington Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n. 2, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações Intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S; VILASBÔAS, A. L. (Orgs.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Cooptec, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2000.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do serviço social e da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 65, 2001.

WESTPHAL, Márcia; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n.6, 2000.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec: 2006.

\_\_\_\_\_; MENDES, Rosilda; COMARU, Francisco de Assis. A Promoção da Saúde nas Cidades. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

YIN, Robert K. **Estudo de caso – planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZIONI, Fabiola; WESTPHAL, Márcia Faria. O enfoque dos determinantes sociais de saúde sob o ponto de vista da teoria social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, nº 3, set/dez. 2007.

## **8 - APÊNDICES**

## Apêndice A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa tem como objetivo Analisar como o Projeto Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil coloca em prática a Promoção da Saúde, através dos pilares da intersectorialidade e da participação social.

Os procedimentos realizados durante o trabalho serão: explicação aos entrevistados sobre os objetivos da pesquisa, coleta da assinatura do entrevistado no termo de consentimento livre e esclarecido, aplicação da entrevista.

Até então não foram encontrados, na literatura, riscos neste tipo de pesquisa. No entanto, vale enfatizar que pode haver riscos de constrangimento para os participantes.

Um dos benefícios da pesquisa é que ela vai gerar conhecimentos para o entendimento de como ocorreu o processo de participação e intersectorialidade, através do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Um outro possível benefício é o conhecimento que servirá de base para futuras políticas públicas de saúde mais efetivas e adequadas à realidade brasileira, tão importantes para a melhora da qualidade de vida da nossa população.

A responsável pela pesquisa, aluna: Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros, Assistente Social, estudante de pós-graduação stricto-sensu do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE/ PIPASC, residente à Rua Benfica, 604, apart.307, Madalena, Recife, telefone – 88225622, estará à disposição para responder e esclarecer qualquer dúvida em relação aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A minha participação é voluntária e estou ciente que poderei desistir de participar a qualquer momento, sem que isso traga qualquer tipo de prejuízo à minha pessoa.

Os dados obtidos poderão ser divulgados em eventos científicos, porém a minha identidade será mantida em sigilo.

Os gastos com a realização da pesquisa serão custeados pela pesquisadora responsável. Ser-me-á entregue uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

\_\_\_\_\_

nome do voluntário

\_\_\_\_\_

RG.

\_\_\_\_\_

assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

**Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros - Pesquisadora Responsável**

## Apêndice B

Roteiro da entrevista

Data: \_\_\_\_\_

Nº da entrevista: \_\_\_\_

1 - O que você entende por participação social?

2 - Quais os elementos do PMSNB em Saíré que têm favorecido/levado as pessoas a participar?

3 - A iniciativa previu ou viabilizou instrumentos e recursos financeiros para a participação social?

4 - Na iniciativa a população pode apropriar-se de políticas públicas, no sentido de torná-las mais adequadas às necessidades e demandas da comunidade?

5 - O que você entende por intersectorialidade?

6 – Com a entrada do PMSNB em Saíré, como é que ele consegue se articular com as atividades/ intervenções já existentes?

7 - Na iniciativa do PMSNB, como acontece a intersectorialidade nos níveis micro, meso e macro, ou seja, através do Método Bambu?

8 - Como a intersectorialidade favorece o fluxo de acontecimentos para compreensão integrada da realidade através do Projeto?

9 - O que motiva as instituições governamentais e não-governamentais a participar do PMSNB em Saíré?