



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



*Promoção da Saúde: o olhar dos gestores sobre o Projeto Municípios Saudáveis  
no Nordeste do Brasil*

**ANA PAULA DE MELO**

**2008**

**ANA PAULA DE MELO**

***Promoção da Saúde: o olhar dos gestores sobre o Projeto Municípios Saudáveis  
no Nordeste do Brasil***

Dissertação de Mestrado apresentada por Ana Paula de Melo ao Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva como requisito para a obtenção do título de mestre.

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

**2008**



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

**ANA PAULA DE MELO**

No dia 30 de junho 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 Adriana Falangola Benjamin Bezerra (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Ana Paula de Melo, sobre a sua Dissertação intitulada: **"Promoção da saúde: o olhar dos gestores do projeto municípios saudáveis no nordeste do Brasil"**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profª. Drª. Ronice Maria Pereira Franco  
de Sá

Aprovado

Profª. Drª. Valdilene Pereira V. Schmaller

Aprovado

Profª. Drª. Adriana Falangola B. Bezerra

Aprovada

Ronice Maria Pereira Franco de Sá  
Profª. Drª. **Ronice Maria Pereira Franco de Sá**

Valdilene Pereira Viana Schmaller  
Profª. Drª. **Valdilene Pereira Viana Schmaller**

Adriana Falangola Benjamin Bezerra  
Profª. Drª. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Dedico este trabalho a todas as pessoas que como eu sonham com um mundo melhor e mais justo  
pra ser deixado e vivido pelas futuras gerações...

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por possibilitar o meu encontro com pessoas tão especiais e o meu desenvolvimento enquanto profissional e pessoa durante esta longa jornada.

À minha família, pela força, incentivo e apoio indispensáveis em cada momento deste processo.

A meu pai e amigo por acreditar no meu potencial, por sempre me estimular e me ajudar a levantar a cabeça em momentos de sofrimento pessoal.

Ao meu filho Matheus por ser a razão de minha vida, de minha luta e da coragem de seguir em frente e vencer os vários obstáculos pelos quais passei.

A Ronice Franco de Sá, pela grande pessoa humana que é, pelo presente em tê-la como orientadora e amiga nos momentos mais difíceis e pelos riquíssimos ensinamentos, esclarecimentos acerca da metodologia qualitativa em cada dia de orientação; e por acreditar e respeitar os limites e potencial de cada um de nós.

A toda equipe do NUSP pelo apoio e oportunidade em participar de momentos ricos de discussão não só teórica, mas principalmente prática do projeto Municípios Saudáveis importantes para a construção desta pesquisa.

Às minhas amigas e irmãs Izabel Novaes, Pollyanna Pimentel e Wanessa Tenório por terem se tornado pessoas especiais em minha vida, não só no Mestrado através das belas trocas de conhecimento, mas também pelos momentos de alegria, de várias risadas e a disponibilidade e apoio dado em momentos de angústia e tristeza.

Aos docentes e discentes da turma de 2006, pelos valiosos momentos de reflexão e discussão e pelos conhecimentos partilhados, que muito contribuíram para a construção do presente estudo, além dos vários momentos bastante agradáveis de descontração.

A Luci Praciano de Lima, Coordenadora do PIPASC e a Moreira, secretário do programa, pelo apoio durante esta jornada.

A banca examinadora de minha defesa composta pelas Professoras Adriana Falângola e Valdilene Viana pela grande contribuição em conhecimento na melhoria de minha dissertação.

A todos os secretários dos municípios que fazem parte do projeto Municípios Saudáveis que se disponibilizaram em participar desta pesquisa; sem eles não seria possível executá-la.

*“As pessoas verdadeiramente grandes nunca procuraram o êxito imediato. Plantaram árvores, cujo tamanho nunca viram. Construíram catedrais, cujo acabamento não presenciaram. Mas tiveram um sonho que modificou o mundo. Os frutos de seu trabalho foram colhidos por gerações posteriores. A verdadeira grandeza se manifesta naquele que cuida dos que virão depois, que se engaja totalmente em projetos cujos frutos, outros irão colher e saborear”*

**Anselm Grün**

**(Autor do livro da Arte de Viver)**

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Promoção da Saúde é um campo que pode contribuir com a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde através de uma renovação do pensamento sanitário contemporâneo, fornecendo elementos para a transformação do *Status Quo* e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários. Com esta visão o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB) é desenvolvido em cinco municípios de PE - Bonito, Sairé, Barra de Guabiraba, São Joaquim do Monte e Camocim de São Félix – e seu objetivo direto seria estabelecer mecanismos de articulação e implantação conjunta da proposta entre a população e o poder público numa cooperação intersetorial dentro do estado mediante a democracia e participação popular. **OBJETIVO:** Conhecer a visão, sobre a Promoção da Saúde e os pilares da Intersetorialidade e Participação Social nos municípios que fazem parte do PMSNB, a partir do olhar dos secretários municipais. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa nos cinco municípios que fazem parte do projeto. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas com 18 secretários municipais das Secretarias de Saúde, Educação, Ação Social, Turismo, Administração, Agricultura, Transportes e Obras dos cinco municípios, atendendo a critérios de inclusão pré-estabelecidos. Foi utilizada como técnica a Análise de Conteúdo do tipo Temática para avaliar o discurso dos secretários. **RESULTADOS:** De uma maneira geral, os secretários municipais, conceberam a Promoção da Saúde, enquanto conceito, como um instrumento para mudança no modelo de desenvolvimento, que envolve questões econômicas, sociais, políticas e culturais. Estão empenhados na construção de redes, na articulação entre os setores, na união entre poder público e sociedade civil e na sustentabilidade das ações. Os secretários municipais que não participavam do projeto "Municípios Saudáveis" apresentaram visão restrita acerca da Intersetorialidade e da Participação Social. Já os sujeitos que participavam ativamente como interlocutores atuantes no projeto, informaram que durante a realização da proposta mudaram a sua visão sobre os mecanismos necessários para melhorar a qualidade de vida local e compreendiam a Intersetorialidade como uma forma de integração entre setores e a Participação como um mecanismo para desenvolver o “empowerment” dos sujeitos e coletividades. **CONCLUSÃO:** A diferença das concepções, do envolvimento e da atuação indica a necessidade de ampliar a participação dos secretários e de planejar mais atividades intersetoriais para os gestores locais nos municípios estudados. Ao mesmo tempo, verificou-se que a grande mudança de comportamento e visão daqueles que se envolveram com a proposta, demonstra a efetividade das ações desenvolvidas nos últimos quatro anos em cada um dos municípios.

**Palavras-chaves:** Municípios Saudáveis, Promoção da Saúde, Participação Social, Intersetorialidade.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** The Health Promotion is a field that can contribute with the rupture between old and new practical in health through a renewal of the contemporary sanitary thought, supplying elements to the transformation of the *status quo* and the production of independent and socially solidary citizens. With this vision, the Project Healthy City in north-eastern of Brazil (PMSNB) is developed in five cities of Pernambuco - Bonito, Sairé, Barra de Guabiraba, São Joaquim do Monte and Camocim de São Félix - and its aim is to establish mechanisms of articulation and joint implantation of the proposal between the population and the public power in a intersectorial cooperation of the state through the democracy and popular participation.

**OBJECTIVE:** To know the vision, on the Health Promotion and those pillars (Intersectorial Action and Social Participation) in cities that make part of the PMSNB, from the look of the cities secretaries.

**METHODOLOGY:** A qualitative research was carried in the five cities that are part of the project. The data had been collected through interviews half-structuralized with 18 cities secretaries of the Secretariat of Health, Education, Social Action, Tourism, Administration, Agriculture, Transports and construction of the five cities, taking care of the preset criteria of inclusion. The Analysis of Content of the Thematic type was used as technique to evaluate the speech of the secretaries.

**RESULTS:** In a general way, the cities secretaries, had conceived the Health Promotion, while concept, as an instrument for change in the development model, that involves economic, social, cultural and political questions. They are pledged in the construction of nets, in the joint between the sectors, the union between public administration and civil society and in the support of the actions. The cities secretaries who didn't participate of the project "Healthy City" they had presented restricted vision concerning the intersectorial action and the social participation. Already the citizens that participated actively as an operating interlocutors in the project had informed that, during the accomplishment of the proposal, they had changed their vision on the necessary mechanisms to improve the local quality of life and understood the Intersectorial Action as a form of integration between sectors and the participation as a mechanism to develop the empowerment of the citizens and collectives.

**CONCLUSION:** The difference of the conceptions, the involvement and the performance indicates the necessity to extend the participation of the secretaries and to plan more intersectorial activities for the local managers in the studied cities. At the same time, it was verified that the great change of behavior and vision of that ones who were involved with the proposal, demonstrates the effectiveness of the actions developed in the last four years in each one of the cities.

**Key-words:** Healthy City, Health Promotion, Social Participation, Intersectorial Action.

## LISTA DE FIGURAS

QUADRO CONCEITUAL.....	43
QUADRO SÍNTESE DE RUBRICAS E CATEGORIAS.....	54

## SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	18
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	18
2.1.1 O papel das Conferências Internacionais e suas cartas.....	19
2.1.2. Os Pilares da Promoção da Saúde.....	24
2.1.3. Alguns conceitos e definições da Promoção da Saúde.....	36
2.1.4. Diferenças entre o campo da Promoção da Saúde e da prevenção de doenças...	39
3. QUADRO CONCEITUAL.....	43
4. QUESTÕES DE ESTUDO.....	44
5. METODOLOGIA.....	45
6. QUADRO SÍNTESE DE RUBRICAS E CATEGORIAS.....	54
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	55
8. CONCLUSÕES .....	80
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
APÊNDICES.....	89

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO

Desde o século XIX, as transformações econômicas, políticas, sociais e culturais, vêm produzindo mudanças importantes para a sociedade. Esse processo atingiu principalmente a saúde da população, complexificando ainda mais os seus problemas sanitários.

Ao longo das últimas décadas, a saúde se revelou como o resultado dos modos de organização social da produção, do trabalho como efeito da composição de múltiplos fatores em um determinado contexto histórico, aumentando cada vez mais a percepção de que o modelo Biomédico, com sua visão assistencialista e curativa acerca do processo saúde-doença, não bastaria para intervir sobre seus determinantes e condicionantes mais amplos (BRASIL, 2006).

No final da década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a I Conferência Internacional da Saúde, na cidade de Alma-Ata, nome pelo qual ficaria conhecida. Nesta, é colocada a meta “Saúde para todos no ano 2000”, reforçando a proposta da atenção primária e culminando com algumas recomendações, com alocação de oito elementos essenciais para a saúde como: educação dirigida aos problemas de saúde; promoção do suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil; educação familiar; imunização contra as principais Doenças Infecciosas e Parasitárias; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento adequado de doenças comuns e acidentes, bem como a distribuição de medicamentos básicos (BRASIL, 2006).

Esta conferência desdobrou-se na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986) que teve como resultado outro marco importante, a “*Carta de Ottawa*”. A priori, foi uma resposta às expectativas por uma “*nova saúde pública*” focalizada nos países industrializados.

Neste momento, o conceito de Promoção da Saúde (PS) é definido como “*um processo de capacitação para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*”. Surge então, uma nova definição da saúde que deve ser vista como um “*recurso para a vida e não como objetivo de viver*”. Trata-se, portanto, de um conceito positivo que enfatiza os meios sociais e pessoais, bem como, as capacidades físicas individuais e coletivas. A Promoção da Saúde é *per se* uma importante dimensão da qualidade de vida para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BRASIL, 2006).

A partir desta nova visão sobre a saúde, tem-se discutido os diversos fatores que podem favorecer-la ou prejudicá-la. Dentre esses fatores estão: políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. A PS tem por fim tornar estas condições cada vez mais favoráveis.

Desta forma, a Carta de Ottawa estabelece estratégias para se trabalhar neste campo. A PS deve procurar reduzir as diferenças no estado atual da saúde e assegurar a igualdade de oportunidades, proporcionando a *capacitação* dos meios que permitam a toda à população desenvolver ao máximo o seu potencial; *Mediar* uma ação coordenada entre os vários setores envolvidos no processo (Intersetorialidade); Chamar a atenção dos dirigentes para as conseqüências de suas decisões incentivando a colocação da saúde na *agenda de prioridades* de todos os setores. Isto requer a identificação e remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis em setores além da saúde.

Após a Conferência de Ottawa, seguiram-se a produção de outros importantes documentos que foram a base de discussão dos pilares da Promoção da Saúde e como conseqüência surgiu o movimento por Cidades Saudáveis. Este ideário tem sido fomentado pela OMS e desde então, se disseminado por vários países, na tentativa de responder, às mudanças decorrentes dos processos de Globalização, Descentralização e Democratização, Urbanização Acelerada e dos novos arranjos políticos e institucionais (WESTPHAL & MENDES & COMARU, 2006).

Kleba (2005) destaca que a primeira definição de Cidades Saudáveis foi elaborada por Leonard Duhl (médico psiquiatra e urbanista) e por Trevor Hancock (médico) no ano de 1986, sendo então definida por eles como:

Aquela que coloca em prática de modo continuado a melhoria de seu meio ambiente físico e social, utilizando os recursos de sua comunidade, com o objetivo de permitir a seus cidadãos uma aptidão mútua em todas as atividades humanas que levem à sua plena realização (KLEBA, 2005; LEFEVRE & LEFEVRE, 2004).

Mendes (1999 apud LEFEVRE & LEFEVRE, 2004) a define como um projeto estruturante do campo da saúde, em que os atores procuram transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, através da gestão social e compartilhada. Dessa forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada como objeto de todas as políticas públicas, dentre estas, as

políticas de saúde. A implementação de um projeto político nesta perspectiva exige uma nova racionalidade na forma de governar uma determinada localidade.

Existe um consenso de que esta estratégia é uma política pública com grande capacidade de enfrentar coletivamente enormes problemas e desafios das cidades, sustentando-se em valores como a democracia, equidade, solidariedade, autonomia, justiça social e respeito às diversidades.

No Brasil, a necessidade de se pensar em outras estratégias para garantir a saúde da população e das cidades surgiu junto com o processo de redemocratização do país e a constituição de um novo sistema de saúde. Foi através da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) também em 1986, que se iniciou a luta pela garantia da saúde como direito social e de cidadania.

A partir desta conferência, foram lançadas as bases para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe o conceito ampliado de saúde, a necessidade de políticas públicas para garanti-la, bem como o incentivo à participação social e a ênfase na pouca capacidade do setor sanitário em responder sozinho aos fatores determinantes e condicionantes do processo saúde/doecimento.

As políticas de saúde que vêm sendo delineadas no país, desde os anos 80, têm reafirmado o pressuposto da descentralização, a importância dos sistemas locais de saúde considerados como cenários de integração de diversos atores sociais para o desenvolvimento da saúde e como um conjunto de procedimentos que não devem se restringir apenas à prestação de serviços (WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006; MENDES, 2000).

Neste sentido, para se falar em Promoção da Saúde (PS) no Brasil e do movimento por Cidades Saudáveis, deve-se levar em conta a reflexão sobre a criação do SUS e o enfrentamento de uma realidade de iniquidades históricas que colocam grandes desafios ao setor saúde.

Apesar desta iniciativa ter sido inspirada pelos movimentos internacionais advindos de países industrializados e desenvolvidos, aqui no Brasil assume características próprias para se ajustarem aos aspectos culturais, sociais e políticos do país e começa a ser considerado uma possibilidade de implementação de uma política pública voltada para o desenvolvimento das potencialidades dos municípios (CASTRO & MALO, 2006).

A Promoção da Saúde, com sua base teórico-conceitual e ferramental prático para atuação nas cidades tem prestado uma grande contribuição no estímulo para a difusão e aplicação dos

pressupostos de Cidades Saudáveis – participação social, sustentabilidade, intersetorialidade e equidade.

Nos últimos anos, este movimento tem se intensificado no país e atualmente envolve uma ampla rede de municípios como uma estratégia para ampliar esse movimento e que têm se concentrado em definir e elaborar políticas públicas saudáveis que fortaleçam a ação comunitária, a gestão intersetorial e compartilhada e reorientação dos serviços de saúde na direção da atenção integral (WESTPHAL & MENDES & COMARU, 2006).

A estratégia de Cidades Saudáveis representa a concretização de uma das abordagens locais mais efetivas da promoção de saúde. Sob a ótica da saúde como qualidade de vida, as suas ações têm como enfoque estratégico os determinantes da saúde mais do que as conseqüências em termos da doença. Em resumo, o que se pretende é facilitar os mecanismos para que as pessoas possam melhorar suas condições de vida, enfocando a união entre autoridades locais e membros da comunidade e o estabelecimento e fortalecimento de parcerias (OPAS, 2002).

A incapacidade do modelo de atenção à saúde vigente de responder à complexidade dos problemas na população brasileira e as demandas por melhores condições de vida e saúde, exige um tratamento de forma integrada e sistêmica destas questões. Neste sentido, destacam-se como palavras-chaves deste movimento a intersetorialidade e a participação social e em função destes componentes, a idéia é instituir uma nova forma de governar as cidades, com fortalecimento da gestão local (WESTPHAL & MENDES & COMARU, 2006; MENDES 2000).

A intersetorialidade é um processo de construção compartilhada onde os vários saberes estabelecem um grau de abertura para dialogar em benefício da melhoria da qualidade de vida da população. O planejamento intersetorial está apoiado na compreensão da complexidade dos problemas e no pressuposto de que na realidade estes cruzam os setores e deve-se buscar uma articulação entre saberes e experiências visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social (BRASIL, 2006).

A saúde, sendo uma produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação social ativa de todos os atores envolvidos em sua produção, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O agir sanitário deve envolver o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades construída a partir de uma gestão compartilhada, integrada e participativa.

Em 2003, surge o projeto “Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil” (PMSNB) resultante de uma parceria entre o governo do Brasil e o Japão através do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco NUSP/UFPE (órgão executor da proposta), a Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA) e a Secretaria de Planejamento e Gestão do Governo do Estado de Pernambuco (SEPLAG-PE) da Agência Estadual de Planejamento e Pesquisas de Pernambuco (CONDEPE-FIDEM).

Baseado nos pilares da Promoção da Saúde, do Desenvolvimento Local e no Movimento Internacional de “Cidades Saudáveis” tem como objetivo maior melhorar a qualidade de vida da população e reduzir as desigualdades sociais na Região Nordeste a partir de princípios como a base territorial, a intersetorialidade, a articulação entre os diversos níveis e atores, a sustentabilidade e a integração (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

O PMSNB é desenvolvido em cinco municípios do Agreste de Pernambuco - Bonito, Sairé, Barra de Guabiraba, São Joaquim do Monte e Camocim de São Félix - que foram escolhidos a partir de critérios como as semelhanças loco-regionais entre eles e a proximidade da capital Recife. Seu objetivo direto seria estabelecer mecanismos de articulação e implantação conjunta da proposta entre a população e o poder público numa cooperação intersetorial dentro do estado através da democracia e participação popular.

A intervenção nestes municípios se deu em três níveis. O primeiro deles é o local ou micro, ou seja, na microrregião de vida da população onde se observam os recursos pessoais, o potencial social e engajamento favorável à melhoria da qualidade de vida da comunidade. O segundo nível, o meso, leva em consideração os determinantes e condicionantes de vida da população no município como um todo. No terceiro nível, o macro, considera-se o aglomerado na sua totalidade, transformando as ofertas e estratégias de Promoção da Saúde em políticas públicas a partir das demandas advindas das micro-localidades (FRANCO DE SÁ *et al*, 2006).

O presente estudo pretendeu realizar uma análise sobre a visão dos secretários municipais acerca da Promoção da Saúde, como se dão os processos de intersetorialidade e de participação social que estão sendo desenvolvidos nos municípios que fazem parte do PMSNB, através do olhar destes vários gestores que trabalham na prefeitura de cada uma das localidades. Neste sentido, partiu-se do nível meso do projeto, pois se buscou visualizar ações, estratégias que são realizadas e foram construídas a partir da implantação dos municípios saudáveis. Sublinha-se que a

participação que se quer entender aqui é como esse componente tem influenciado no planejamento, elaboração e execução das ações nos municípios que foram estudados.

Destaca-se a importância deste estudo na medida em que tanto a base conceitual do campo da Promoção da Saúde como os ideais das Cidades Saudáveis fazem parte de uma temática bastante recente, principalmente nos países da América Latina<sup>1</sup>. Apesar das várias conferências e a produção de importantes documentos que construíram esta base, a adoção deste paradigma na gestão municipal ainda é um grande desafio para os países com modelos políticos com tradição paternalista e clientelista como o Brasil (WESTPHAL, MENDES & COMARU, 2006).

Existe atualmente uma visível escassez na literatura acerca da temática e neste sentido, há uma grande necessidade de se registrar experiências que demonstrem a efetividade de propostas como a do PMSNB que têm como possibilidade a mudança nos conceitos de gestão de políticas públicas e melhoria da saúde das populações dos seus territórios.

Para Franco de Sá & Nishida (2006) não se deve evidenciar somente O QUE funciona na Promoção da Saúde, mas principalmente, COMO e PORQUE funciona e sob QUAIS condições, o que implica numa avaliação contínua que contemple os resultados, métodos e as capacidades individuais, sociais, organizacionais.

Além disso, o paradigma da Promoção da Saúde não se restringe apenas a atuação sobre o campo específico da saúde, mas sobre os seus determinantes e condicionantes que influenciam o cotidiano da população e como seus efeitos, só se manifestam em longo prazo, é difícil estabelecer relações diretas entre resultados e medidas implementadas.

Pensando no estabelecimento das relações entre resultados e medidas implementadas, salienta-se a implantação da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (RPMS), resultado do PMSNB, que está em vias de ser institucionalizada, respeitando os princípios do projeto e da metodologia Bambu<sup>2</sup>, construída pelos atores que fazem parte dessa iniciativa coletiva. A RPMS necessita do engajamento de prefeitos e gestores municipais num trabalho parceiro e participativo com a comunidade. Dessa forma, o papel dos secretários municipais destaca-se como um ponto estratégico e relevante para a sustentabilidade da proposta e da RPMS no estado.

---

<sup>1</sup> Segundo Restrepo (2001), na América Latina, o movimento por Cidades Saudáveis, assumiu o nome de movimento por “Municípios Saudáveis” devido às características de realidades urbanas e rurais dos mesmos. Achava-se que o nome “cidades” remetia a realidades somente urbanas.

<sup>2</sup> Metodologia estruturadora de caráter flexível que atua nos níveis micro, meso e macro do PMSNB.

Assim, diante do contexto exposto, esse estudo pretendeu conhecer como os secretários municipais concebem a Promoção da Saúde, a Intersetorialidade e a Participação Social nos municípios que já integram essa Rede, a partir do PMSNB.

Para compreender e categorizar a forma como os mesmos concretizam esses conceitos no seu cotidiano, faz-se necessário apresentar agora a revisão da literatura sobre o tema de maneira a destacar o marco conceitual que vai guiar a nossa categorização final.

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS:**

O conceito de Promoção da Saúde bem como a sua prática destacou-se principalmente nos últimos 20 anos em países como Canadá, EUA e na Europa Ocidental. Para além das motivações ideológicas e políticas dos seus formuladores, ela surge como uma reação ao intenso processo de medicalização da saúde na sociedade e nos sistema de saúde.

A Promoção da saúde foi um conceito marginal enquanto prevaleceu a hegemonia, na prática e no discurso, do paradigma médico-assistencial privatista e começou a ser incorporada com a sua contestação (ANDRADE, 2006, p. 25).

Em 1946, Sigerist foi um dos primeiros autores a fazer referência ao termo Promoção da Saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação de enfermos e a reabilitação. Afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida, de trabalho, educação, cultura física, lazer e descanso através do trabalho coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (RESTREPO, 2001; BUSS, 2003).

De acordo com Lefevre & Lefevre (2004), os estudiosos Leavell e Clark, em 1965, utilizaram este conceito ao desenvolverem o modelo da História Natural da Doença, no qual se destacariam três níveis de prevenção. Como parte do primeiro nível (prevenção primária) as medidas adotadas para a promoção da saúde serviriam para aumentar a saúde e o bem-estar geral do indivíduo.

Verificou-se, entretanto, que as proposições deste modelo eram inapropriadas quando se pensava nas doenças crônicas não-transmissíveis. Com a segunda revolução epidemiológica, o movimento de prevenção destes tipos de agravos, a promoção da saúde passou a ser associada a medidas preventivas sobre o ambiente físico e sobre os estilos de vida (BUSS, 2003).

Em 1974, o *Informe Lalonde*, publicado no Canadá, foi uma outra grande influência na construção do conceito de Promoção da Saúde. Na década de 70, o então ministro canadense Lalonde questionou os investimentos realizados pelos governos passados e verificou que os estilos

de vida e o ambiente eram responsáveis por boa parte das causas das doenças e que estes investimentos não eram direcionados para as dimensões onde as políticas deveriam atuar: não só a biologia humana, mas neste ambiente, nos estilos de vida das pessoas e nos próprios sistemas de saúde (WESTPHAL, 2006).

No ano de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Relatório de Alma-Ata que teve um importante papel na conformação de novas propostas para a Promoção da Saúde, colocando como meta a “Saúde para Todos no Ano de 2000”. Este relatório afirmava a necessidade de que a comunidade internacional, os governantes e os trabalhadores se mobilizassem com o objetivo de garantir a proteção da saúde e de toda a humanidade.

Em 1980, uma perspectiva inovadora denominada por alguns autores como “nova promoção da saúde” trouxe uma visão sócio-ambiental, partilhando das críticas anteriores ao modelo biomédico hegemônico e à necessidade de ampliar o entendimento sobre o processo saúde e doença, levando em consideração o entorno social como um importante lócus para a explicação de comportamentos.

Suas atividades estariam, então, voltadas muito mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (empowerment) (BUSS, 2003 p. 19).

O que vem caracterizar essa nova promoção da saúde é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, sendo esta um produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida. Destaca como importante e fundamental a relação entre o modo como a sociedade se organiza e a saúde da população (BUSS, 2003).

### **2.1.1. O papel das Conferências Internacionais e suas Cartas**

A maioria dos autores reconhece o importante papel que as conferências internacionais desempenharam na conformação das propostas da Promoção da Saúde na atualidade, bem como o acúmulo que foram trazendo para os seus pilares de atuação.

A necessidade de uma produtiva cooperação no desenvolvimento de conceitos e práticas neste campo culminou na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no ano de 1986, em Ottawa no Canadá, organizada pela OMS e Ministério da Saúde (MS) deste país.

Teve como principal produto a “Carta de Ottawa”, que se tornou, desde então, um termo de referência fundamental para o desenvolvimento conceitual deste campo. Nela, a Promoção da Saúde ficou definida como o “*processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo*” (BRASIL, 2002).

Este documento assume o conceito de saúde da OMS, considerando que esta “*é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão para a qualidade de vida*” (BRASIL, 2002 *apud* BUSS, 2003). Ou seja, a saúde é um conceito positivo, que destaca as capacidades sociais e pessoais, devendo ser vista como “um recurso à vida e não como o objetivo para viver”.

Aponta ainda, que a *Equidade* seria um dos focos da Promoção da Saúde, cujas ações deveriam procurar reduzir as desigualdades na população e facilitar o acesso aos recursos para se alcançar uma vida saudável. Além disso, por considerar os múltiplos determinantes da saúde, refere que a sua promoção não é de responsabilidade exclusiva do setor saúde, destacando que os pré-requisitos para uma vida saudável seriam: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social.

A Carta de Ottawa apresenta as estratégias fundamentais da Promoção da Saúde quando menciona a *Defesa de Causa*, onde os governantes e a sociedade deveriam lutar para que os vários fatores (políticos, econômicos, ambientais, comportamentais, entre outros), sejam cada vez mais favoráveis à saúde. A *Capacitação*, que visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios que permitam as pessoas realizar todo o seu potencial de saúde. A *Mediação* seria outra estratégia de atuação, destacando-se a necessidade de uma ação coordenada e mediada entre todos os atores envolvidos na produção do processo saúde-doença (BUSS, 2003).

Vale destacar um importante passo deste documento que são os cinco campos centrais de ação: 1) a *elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis*, o que implica que a saúde seja prioridade na agenda de políticos e dirigentes, de todos os níveis e setores; 2) a criação de *ambientes favoráveis à saúde*, ou seja, reconhecer a complexidade da sociedade e a relação de interdependência entre os diversos setores; 3) O incentivo às *ações comunitárias*, para garantir a participação popular na tomada de decisão, definição e implementação de estratégias para a melhoria da saúde (*empowerment comunitário*); 4) o *desenvolvimento de habilidades e atitudes*

*peessoais* favoráveis à saúde através da aquisição de conhecimento e de consciência política (*empowerment* no nível individual). 5) a *reorientação do sistema de saúde* para garantir o fornecimento de serviços assistência, além de recomendar a criação de um canal de comunicação entre o setor saúde os outros setores.

Posteriormente, em 1988, foi realizada a segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde que teve como resultado a “Declaração de Adelaide”. O foco principal deste evento foi discutir as *políticas públicas saudáveis* como um importante campo de atuação, “*que se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população*” (BRASIL, 2002).

Nesta conferência, destacam-se as idéias de *intersectorialidade* bem como de *responsabilização do setor público* não só pelo social, mas também pelas políticas econômicas e seu impacto sobre a situação de saúde e sobre o sistema. É afirmada a visão global e a responsabilidade da promoção da saúde em chamar a atenção dos países desenvolvidos sobre a obrigação de assegurar que suas políticas públicas resultem em impactos positivos na saúde das populações de países em desenvolvimento.

Foram identificadas quatro áreas prioritárias para se promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: o *apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool* e a criação de *ambientes favoráveis*. Ressalta ainda, que os principais propósitos dessas políticas são: a criação destes ambientes, onde as pessoas desenvolvam uma vida mais saudável a partir de opções que lhes dê essa possibilidade, e a equidade, com e urgente necessidade de se superar as desigualdades no acesso a serviços e bens existentes na sociedade. Além de recomendar a avaliação do impacto dessas políticas sobre a saúde e o seu sistema (BRASIL, 2002; BUSS, 2003).

A terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde que foi realizada na Suécia em 1991 e teve como importante produto de suas discussões a “Declaração de Sundsvall” sendo a primeira a focar, de forma objetiva, a relação de dependência entre saúde e o ambiente. Esta carta foi uma convocação a todas as pessoas, organizações e governos para se engajarem ativamente no desenvolvimento de ambientes mais favoráveis a saúde (BRASIL, 2002).

Destaca o tema do ambiente para dentro do setor saúde, não só restrito à sua dimensão física ou natural, mas também às dimensões do social, política, econômica e cultural, envolvendo

todos os espaços onde vivem as pessoas e as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e ter oportunidades de decisão. Nesta conferência, alegou-se que:

Um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deve ser o objetivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e deve ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais (BRASIL, 2002, p. 42).

Da mesma forma que em outras conferências, a Declaração de Sundsvall ressalta os aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: a *dimensão social*, que inclui a maneira pelas quais as normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades, as relações tradicionais estão mudando, e como consequência, podem ameaçar a sua promoção; a *dimensão política*, que vem exigir que os governantes garantam a distribuição do poder através da participação da sociedade nos processos de decisão e a descentralização de recursos e responsabilidades; a *dimensão econômica*, que requer a distribuição de recursos para se alcançar a saúde para todos e o desenvolvimento sustentável; bem como, a necessidade de reconhecer o *papel da mulher* como um importante ator na promoção da saúde em todos os setores, incluindo político e econômico.

Este documento ressalta ainda, a busca da *equidade*, a partir do compromisso de superação da pobreza e distribuição equitativa de recursos e responsabilidades, bem como o respeito à *biodiversidade*, princípios que devem orientar as ações para se alcançar a saúde para todos.

Em 1992, Ministério da Saúde da Colômbia e a Organização Panamericana de Saúde patrocinaram a quarta conferência internacional neste campo. Reuniram-se em Bogotá para discutirem o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater os princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população da região.

É uma resposta aos problemas específicos das nações latino-americanas, onde a Promoção da Saúde deve buscar a criação de condições que “*garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento*”. É um desafio transformar as relações de deterioração das condições de vida e conseqüente aumento de riscos para a saúde, tentando conciliar os interesses econômicos com os propósitos de bem-estar, solidariedade e equidade social (BRASIL, 2002).

Coloca como estratégias de ação a incorporação das propostas anteriores (como por exemplo, da Carta de Ottawa); o impulsionamento da cultura da saúde na população;

transformação do setor saúde colocando em destaque a promoção da saúde, e ainda, convocar e mobilizar o compromisso social e a vontade política de ter a saúde como prioridade.

Este documento reiterou a necessidade de mais opções nas ações de saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades oriundas do atraso da pobreza, bem como as derivadas da urbanização e da industrialização nos países em desenvolvimento.

Outra grande contribuição para a construção dos pilares da promoção da Saúde foi a quinta Conferência Internacional que culminou na “Declaração de Jacarta” publicada em 1997. Foi a primeira a ser realizada em um país em desenvolvimento sob o título “Novos protagonistas, para uma nova era”, que buscou atualizar a discussão sobre o reforço da ação comunitária, tratado anteriormente na Carta de Ottawa.

Considera-se neste documento, os vínculos entre saúde e desenvolvimento, o surgimento de novos determinantes de saúde, com destaque para os fatores transnacionais: como a integração da economia global, o acesso aos meios de comunicação, a degradação contínua do meio ambiente, o mercado financeiro e o comércio.

Outra reafirmação nesta conferência diz respeito ao protagonismo e participação popular e o empowerment, através de um maior acesso à educação e informação, bem como a inclusão do setor privado no apoio à Promoção da saúde, oferecendo-o a oportunidade de reflexão sobre o que se aprendeu sobre este campo de atuação, reexaminando os determinantes da saúde e os desafios para enfrentá-los.

Para tanto, foram elencadas cinco prioridades para o campo da Promoção da Saúde nos próximos anos: 1) promover a responsabilidade social com a saúde, responsabilizando também o setor privado; 2) o aumento dos investimentos para o desenvolvimento da saúde através da distribuição dos recursos para os setores sociais; 3) consolidação e expansão de parcerias da saúde com outros setores e níveis; 4) aumento da capacidade da comunidade e fortalecimento dos indivíduos; 5) e assegurar uma infra-estrutura para o desenvolvimento do campo de atuação da promoção da saúde.

Reforça a idéia de que a PS é um investimento valioso reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde, tendo como principal meta aumentar as expectativas de saúde e reduzir as desigualdades de saúde entre os povos. Relata que as mudanças

que vêm se configurando nas sociedades (demográficas, epidemiológicas, entre outras) moldam os valores, estilos de vida das pessoas e as condições de vida em todo o mundo.

A *Carta de Bangkok publicada em 2005* é o mais recente documento produzido nesta área e “*identifica ações, compromissos e garantias requeridos para atingir os determinantes de saúde no mundo globalizado por meio da Promoção da Saúde*”. Esta carta vem como um complemento às ações propostas em Ottawa, pretendendo atingir atores importantes no empreendimento da saúde em todos os níveis de governo e setores.

A Promoção da Saúde é tida como “*um processo de capacitação de pessoas para exercerem controle sobre sua saúde e seus determinantes, e, portanto, para melhorarem a saúde*”. Esta carta aponta para o contexto de mudança no qual esta se insere com novos fatores influenciando a saúde. A *Globalização* é destacada como criadora de novas oportunidades para a cooperação na melhoria da saúde e redução de riscos. Para manejar os desafios atuais as políticas públicas devem manter coerência em suas decisões em todos os níveis e setores.

Para alcançar um progresso maior no mundo globalizado, os dirigentes devem ter o compromisso de tornar a promoção da saúde uma estratégia de importância central na agenda global de desenvolvimento, como responsabilidade fundamental para todos os governos, um foco chave das comunidades e da sociedade civil e tendo ainda, o setor privado como contribuidor para a diminuição dos impactos globais sobre a saúde.

Todos os documentos citados previamente trataram-se de “cartas de intenções” de ações e mencionam o grande desafio de reorientação da visão sobre o processo saúde/doença e dos serviços de saúde. Foram importantes marcos de referência na construção dos pilares que regem o campo de atuação da Promoção da Saúde e que serão abordados a seguir.

### **2.1.2 Os pilares da Promoção da Saúde**

Como apresentado anteriormente, as conferências internacionais tiveram importante papel na conformação dos eixos que orientam atualmente a prática da Promoção da Saúde. Destacam-se a Participação Social, o Empowerment, a Intersetorialidade, a formação de Redes Sociais, a Equidade e o Desenvolvimento Sustentável como os seus pilares de atuação (FRANCO DE SÁ, 2006).

Para efeito do presente estudo, serão abordados especificamente os conceitos de Intersetorialidade e Participação Social, elencados como importantes eixos de discussão da temática proposta a ser trabalhada.

### **A) Intersetorialidade**

O conceito ampliado de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e legitimado na Constituição Federal desde 1988, tem provocado tensão e questionado o paradigma organizacional do Estado Brasileiro. Ao mesmo tempo em que reconhece que a saúde tem como fatores condicionantes e determinantes, as condições de vida da população, bem como o acesso destes sujeitos a bens e serviços essenciais, tem conferido a uma política setorial, a função de formular políticas destinadas a gerar nos campos econômico e social a observância de ser a saúde um dever do Estado (ANDRADE, 2006; COSTA, PONTES & ROCHA, 2006; KLEBA, 2005).

Ao se definir a saúde com um conceito abrangente, ao qual foi associado o papel do gestor público na obrigação de construir políticas que atuem nos determinantes das condições de saúde, observa-se a necessidade de se tratar de outros conceitos que fogem ao campo restrito da saúde e sua assistência, como o conjunto de formulações históricas que originaram a Promoção da Saúde e o campo da Intersetorialidade (BRASIL, 2002).

Os problemas complexos como os do campo da saúde comportam uma multiplicidade de fatores interligados e interdependentes, o que requer um tratamento com a mesma natureza complexa de seus determinantes. Pensando nisso, deve-se observar a complexidade de operacionalizar a intersetorialidade, pois a sua aplicação na prática implica necessariamente na superação de um modelo hegemônico de Estado neoliberal e capitalista. (MARTINS, 2000; ANDRADE, 2006).

Atualmente o SUS tem tido como um grande desafio operacionalizar as políticas intersetoriais em um ambiente que na sua tradição assume um paradigma setorial. O dilema do gestor, sobretudo na esfera municipal, de operar uma política intersetorial, explicita a necessidade de se introduzir mudanças no ambiente para que se viabilize uma determinada política.

[...] A mudança na lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é praticamente uma exigência dos projetos de governo

voltados ao atendimento das necessidades populares (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006, p. 103).

No campo da gestão, a perspectiva da intersetorialidade para a produção de saúde, deve, além das ações de governo, incorporar uma dinâmica de articulação com os movimentos sociais, o que contribui com a possibilidade de participação direta no exercício do poder político (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006; KLEBA, 2005).

Existe uma contradição discursiva e prática no campo da intersetorialidade, ou seja, há uma grande necessidade de integração de práticas e saberes requerida pela complexidade do âmbito da saúde ao mesmo tempo em que se tem um aparato de Estado onde se acumulam poderes disciplinares e político-partidários.

Entretanto, à medida que se define e concretiza a descentralização como estratégia de implementação de políticas públicas e uma maior autonomia político-administrativa dos entes federativos, tem-se observado ser possível realizar a intersetorialidade como uma conceito preconizado na Promoção da Saúde a partir de novos modelos de gestão para poder ser efetivamente implantada (KLEBA, 2005).

O protagonismo municipal é algo muito recente na história brasileira. E quando se refere às experiências embasadas em um conceito alargado de saúde e sua operacionalização intersetorial, existem poucas referências de âmbito municipal, isto é, que extrapolem políticas setoriais (ANDRADE, 2006, p. 32).

Na maioria das vezes, os governos municipais têm formulado e implementado políticas de forma segmentada de acordo com setores estanques como, por exemplo, secretarias, diretorias, entre outros, por intermédio dos quais realizam a prestação de serviços à sociedade. Ou seja, boa parte destas estruturas organizacionais dos municípios tem reforçado a fragmentação de políticas públicas e dificultado o exercício de controle social, o que torna difícil a cobrança de soluções de um único setor para problemas tão complexos vivenciados pela sociedade como a questão da saúde (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006, KLEBA, 2005).

O gestor tem assim um papel central na implementação do SUS, não apenas enquanto coordenador da estrutura de prestação de serviços, mas também na ampliação do espectro de atuação da política de saúde, abrangendo questões intersetoriais, como o emprego, habitação, o transporte [...] (KLEBA, 2005, p. 192).

A intersectorialidade, como um dos principais pilares da Promoção da Saúde volta-se também para a questão da *qualidade de vida* e principalmente, como uma *crítica ao modo de fazer setorizado* em que as políticas públicas específicas não interagem, provocando sobreposições de ações e um decorrente dispêndio de recursos (MENDES & FERNANDEZ, 2003, COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Esse modo de fazer setorizado pode interferir na *qualidade de vida*, tema em destaque nas análises de processos atuais de planejamento e gestão de políticas públicas. Esta temática engloba, não só aspectos que se interligam e que têm relação com as condições de vida e satisfação das necessidades humanas básicas (como educação, saúde, trabalho, habitação, etc), mas também, dimensões que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades, ou seja, é uma construção social.

Em resumo, “*trata-se de integrar as dimensões objetivas e subjetivas sob a ótica individual e coletiva, relacionadas à satisfação das pessoas, dos grupos e das comunidades priorizando o bem-estar da sociedade*” (MINAYO *et al.*, 2000).

Pensar a qualidade de vida com enfoque no cuidado integral favorece a identificação de interfaces e a construção de uma agenda de trabalho comum a diversos atores e setores governamentais e não-governamentais. Retomando o campo da promoção da saúde pode-se dizer que oferecer qualidade de vida significa desenvolver estratégias de incentivo a práticas integrais, nas quais tanto a oferta de serviços como a formulação de políticas públicas, a construção e o fortalecimento das ações intersectoriais assumem um importante papel.

A perspectiva de enfrentamento do desafio da integralidade torna necessário aprofundar a reflexão sobre os seus diversos sentidos e dimensões. Normalmente, é reduzida à garantia de acesso aos distintos níveis de complexidade de atenção, relaciona-se também com o campo da intersectorialidade e a produção de saúde num sentido mais amplo (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Tomando a saúde em todas as suas dimensões, a integralidade exige estratégias de intersectorialidade como meio de mobilização para a convergência de políticas e práticas sociais na produção de qualidade de vida e saúde. Essas práticas integrais devem intervir nos diversos estágios e dimensões do processo saúde-doença, bem como ser capaz de satisfazer demandas individuais e coletivas, o que pressupõe articulação das ações

intra-setoriais e intersetoriais em conjunto com a participação social (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006, p. 98).

Na visão de Mendes & Fernandez (2003) a prática da intersetorialidade pretende articular os vários saberes e experiências, com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, criando uma nova dinâmica para o aparato governamental e que exige um reexame das relações de poder, do modo de conhecer, de pensar e de se colocar frente a papéis, posturas e práticas.

De acordo com Costa, Pontes & Rocha (2006) o campo da saúde envolve uma grande discussão e por isso, a implementação da intersetorialidade é um grande desafio por envolver necessidades de mudanças nas formas de atuação, operação política e gestão das instituições e das pessoas que as integram.

Hancock (2008)<sup>3</sup> traz uma nova forma de pensar a questão da Ação Intersetorial para a Saúde, originalmente um dos elementos-chave da “Saúde para Todos” apresentado em 1978. Na sua visão essa ação aconteceria de três maneiras distintas. A primeira delas seria o que ele chama de Inter-departamento/inter-ministério/inter-agência, ou seja, quando ela ocorre entre os diferentes departamentos dentro do governo (“todo o governo”) como, por exemplo, dentro de universidades, empresas, grandes Organizações não Governamentais (ONG), prefeituras (diretorias, secretarias, coordenações, etc); A segunda forma seria através de uma ação transversal ou intersetorial onde se articulam os diferentes setores (público, privado, ONG/comunidade, academia entre outros), e por fim, a Integração vertical, onde a ação parte do local para outros níveis de gestão (para o regional, para o estadual para o nacional para o internacional/ global.

Este autor fala ainda que para se estabelecer parcerias deve-se reconhecer algumas competências importantes: entender o ponto de vista e interesses da outra pessoa, escutar, negociar (Saber o que não é negociável, saber o que pode ser deixado de fora), criar uma visão e agenda compartilhadas e além de tudo isso, dividir o crédito no sucesso ou fracasso da ação.

---

<sup>3</sup>Trecho retirado da apresentação de Trevor Hancock, Consultor em Saúde Pública Ministério da Saúde de British Columbia para a Oficina do Seminário de Ação Intersetorial em Promoção da Saúde realizado em Maria Farinha (PE) em Março de 2008.

Em uma outra visão sobre esse pilar, Inojosa (2001) cita Edgar Morin como um importante autor que contribuiu para a construção do conceito de intersetorialidade. Morin afirma que as disciplinas nasceram sob a ótica do paradigma das “clausuras setoriais”, construindo seus saberes de forma isolada e com a intenção de esgotar suas questões.

A teoria da complexidade abordada por ele, trabalha na compreensão da diversidade, sendo possível superar a fragmentação dos saberes visto que essas “clausuras” não dariam conta de explicar essa diversidade, principalmente no campo do fazer das políticas públicas.

É neste campo que vem sendo trabalhada a questão da intersetorialidade como a adoção de uma nova postura diante dos problemas que a organização pública tem que enfrentar na sociedade como um todo. *“Esta seria, então, uma articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos”* (INOJOSA, 2001). Entretanto, esta estratégia parece ter se limitado, em reunir diferentes profissionais e setores num mesmo lugar ou com um mesmo objetivo, sem haver um diálogo entre eles (MENDES & FERNANDEZ, 2003). Os problemas reais cruzam os diversos setores e a análise destes não pode ser realizada isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, outras áreas ou setores, correndo-se o risco de cometer erros de avaliação e de soluções parciais, desarticuladas e incompletas aos problemas.

Sendo assim, este estudo adota a perspectiva de que a intersetorialidade deve ser um processo de construção compartilhada que implica na existência de algum grau de abertura, em cada setor envolvido, para dialogar estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria na qualidade de vida da população (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004).

Seria uma forma de articulação e identificação participativa dos problemas coletivos, através de decisões integradas sobre políticas e investimentos, que teria como objetivos a obtenção de mudanças sociais no desenvolvimento socioeconômico e na superação da exclusão social (INOJOSA, 2001).

A Intersectorialidade se constitui numa estratégia que busca superar a ótica fragmentada que orientou a formação do setor saúde. Ela se caracteriza pela atuação em conjunto com outros setores tendo em vista resultados mais efetivos do que os que poderiam ser alcançados isoladamente, não eximindo as responsabilidades de cada um e nem anulando a importância da singularidade das ações setoriais. Haja vista ser um dos princípios para a relação intersectorial

justamente o reconhecimento do domínio e das especificidades dos setores interligados em intenções e práticas comuns (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

## **B) Participação Social**

No final da década de 70 surgem novos sujeitos políticos e novos movimentos sociais cujas reivindicações eram as demandas por bens e serviços coletivos e direitos sociopolíticos negados pelo regime vigente. De acordo com Gohn (2004), foi o período em que o conceito de *sociedade civil* foi definitivamente inserido no vocabulário político, passando a ser sinônimo de participação e organização da população civil do país contra o regime militar vigente.

Tal fato significou a construção de um outro referencial para o imaginário político nacional, baseado na crença de que a sociedade deveria se mobilizar e se organizar para alterar o *status quo* não democrático e de políticas que privilegiavam o grande capital.

Neste momento, a democracia direta e participativa, exercitada de forma autônoma, seria o modelo ideal para a construção de uma contra hegemonia ao poder dominante. Entretanto, participar de práticas de organização da sociedade civil significava um ato de desobediência e resistência ao regime político.

A emergência de diferentes atores e movimentos sociais em luta pelo reconhecimento dos direitos sociais, políticos e culturais modernos (raça, gênero, sexo, qualidade de vida, meio ambiente, direitos humanos, etc), tinham como pólo de identificação a reivindicação de mais liberdade e justiça social.

Sendo assim, foi ampliado o leque dos sujeitos históricos em luta, para além daqueles concentrados nos sindicatos ou partidos políticos: “*Houve, portanto, uma ampliação e uma pluralização dos grupos organizados que redundaram na criação de movimentos, associações, instituições e organizações não governamentais [...]*” (GOHN, 2004 p. 22).

Neste sentido, a organização destes novos atores se deu através de grupos e movimentos permeados de conteúdos democráticos. Parte das conquistas alcançadas foram efetivadas a partir da ampliação dos direitos sociais e políticos na Constituição de 1988, a exemplo do direito a greve; formação de sindicatos dos servidores públicos, assistência e previdência (GOHN 2004; VIANA, 2006 ).

Na visão de Dagnino (2004), atualmente, essa construção democrática enfrenta um dilema no Brasil: ao mesmo tempo em que houve um processo de expansão da democracia, que se expressa na criação destes espaços públicos e no aumento de participação da sociedade nos processos de discussão e tomada de decisão relacionados com as questões e políticas públicas, surge um projeto de ajuste neoliberal, onde o Estado é mínimo e deve se isentar, progressivamente, de seu papel de garantidor de direitos, através da diminuição de suas responsabilidades sociais e a transferência destas para sociedade civil.

Esse dilema atravessa o processo de avanço na democracia do país e é claramente percebido nas avaliações dos movimentos sociais e representantes da sociedade como algo que questiona o seu papel político. Isso porque a participação destes sujeitos em instâncias decisórias, defendidas pelas forças que sustentam o projeto participativo democratizante e de luta pela cidadania e redução da exclusão, possa acabar servindo aos objetivos do projeto neoliberal (DAGNINO, 2004).

A participação social se destaca dentro do processo de construção dos direitos em saúde. É um direito garantido na carta constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde. Trata-se de um mecanismo fundamental que possibilita a construção de uma *consciência sanitária*, ou seja, a *tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa* (BOSI & AFFONSO, 1998).

A construção gradual de uma consciência sanitária alimenta-se de práticas vivenciadas na realidade cotidiana e, neste plano, as explicações voltadas ao plano macroestrutural não parecem dar conta da complexidade das relações (sobretudo na esfera da subjetividade). Falar em construção da cidadania e em participação popular no campo da saúde – portanto, em exercício de direitos - pede uma reflexão sobre estas noções tal como se apresenta na subjetividade que se associa a prática dos usuários do setor (BOSI & AFFONSO, 1998 p. 356).

Estas lutas resultaram na criação de diversas formas de participação que vem sendo praticadas no Brasil, mas, para a sua efetivação nas funções de planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de políticas públicas é necessário um canal institucional de comunicação permanente, como por exemplo, os conselhos (VIANA, 2006).

Ainda, na visão de Viana (2006), a proposta de *Participação Social* no processo de construção de políticas públicas é legitimada pela ampliação da noção de cidadania e dos direitos sociais. É entendida como:

[...] ação desenvolvida por sujeitos políticos em coletividade no enfrentamento dos desafios e sugere a ampliação de espaços democráticos de luta e o direito a ter direito. As múltiplas dimensões do fenômeno da participação da sociedade, no âmbito da gestão da coisa pública, certamente apresentam diversos resultados, diante da pluralidade do social e das expressões da cultura política local (VIANA, 2006 p. 96).

Ao assumirem sua condição de cidadãos, os seres humanos trocam seu papel de público pelo papel de ator, de sujeito, de parceiro, engajando-se nas discussões fundamentais para as suas vidas. Essa mudança de postura do sujeito por um lado condena o Estado quando este não atende às suas necessidades da forma esperada e por outro reivindica dele as soluções para todos os problemas sociais e econômicos (KLEBA, 2005).

A participação requer o sentimento de pertencimento, o desejo de contribuir para o processo de desenvolvimento político e social. Para tanto é preciso acreditar que é necessário e possível participar. É preciso sentir-se atingido e ao mesmo tempo desejar tomar parte e ser parte do processo histórico-social (KLEBA, 2005).

Freire (1973 *apud* Kleba, 2005) destaca a participação como um processo de conscientização do indivíduo sobre a realidade que acontece com o desenvolvimento de três passos: o primeiro diz respeito à percepção da dinâmica da realidade a partir de sua própria ótica. Somente desta forma poderá reconhecer os seus valores e papel na produção social; o segundo passo seria refletir de forma crítica sobre esta realidade numa ótica tanto individual como coletiva de compreensão da determinação social das condições de vida; e por fim, o indivíduo passa a agir sobre a realidade, transformando-a a partir do reconhecimento das situações que necessitam de enfrentamento e que tenham possibilidade de intervenção.

A conscientização construída a partir da participação é o desenvolvimento de uma postura crítica frente à vida e ao mundo, que leva uma maior propriedade da capacidade de intervir e participar, de forma consciente e criativa, no desvelamento da realidade. Revela-se ainda como

uma forma de empoderamento do sujeito, um processo que oferece maiores possibilidades de autodeterminação sua vida (KLEBA, 2005; CARVALHO, 2004).

Em uma visão mais geral, o “*empowerment*” (ou empoderamento, traduzindo para o português) é um importante campo de ação da Promoção da Saúde que trabalha *enfocando as mudanças nas capacidades, nas estruturas e nas relações de poder em diferentes níveis (indivíduo, família, comunidade, território, estado e sociedade)*. Propicia aos indivíduos e grupos um estímulo à independência e ao apoio social para que desta maneira, identifiquem e busquem melhorias dos condicionantes sociais de saúde através de uma mobilização coletiva e solidária enquanto cidadãos, atores econômicos e atores sociais (KLEBA, 2005).

É uma importante dimensão da participação que busca reequilibrar as linhas de tensão entre os poderes, tendo em vista a importância do *poder* no contexto do desenvolvimento. Neste sentido, podem-se destacar duas grandes correntes contemporâneas: uma que apresenta o *poder* como uma *transformação radical* e uma *confrontação* entre os que têm e os que não o tem (poder sobre).

A outra dimensão citada por Kleba (2005) segue a visão de Paulo Freire, onde este *poder* é trabalhado enquanto um aumento de conscientização e desenvolvimento de uma faculdade crítica entre os marginalizados e oprimidos. É um poder de “fazer” e de ser “capaz”, de sentir-se capaz para o controle da situação a partir de uma maior participação comunitária.

Stotz & Araújo (2004) fazem uma avaliação das noções de Promoção da Saúde e de Empowerment problematizando os princípios que integram a cultura da Saúde Pública e orientam as propostas de políticas formuladas especialmente para os chamados países em desenvolvimento. Para estes autores, não adiantaria empoderar os excluídos se não se mudar as estruturas sociais geradoras de pobreza e exclusão dos grupos. Considera importante a mudança na cultura do setor saúde sobre a sua prática e a visão em relação aos usuários, prática esta que desconsidera o saber popular. No entanto, o empoderamento teria um importante papel na relação do Estado com a sociedade para a mudança do modelo do sistema capitalista vigente.

É fundamental que se veja o *empowerment* como um caminho para atingir uma maior participação da sociedade na esfera pública, incitando mudanças que partem das microestruturas em direção as macroestruturas.

A participação nos processos sócio-políticos pressupõe compromisso, envolvimento, presença. Requer dos indivíduos e grupos capacidade de assumir sua condição de sujeito, onde o

Estado seja visto como instrumento de promoção do desenvolvimento humano e social e não como condutor de dono do processo.

Porém, ao se analisar concepções e práticas atuais sobre a relação entre Estado e sociedade, podem-se identificar uma distorção do conceito de participação, o qual é, na maioria das vezes, traduzido como tomar parte de programas desenvolvidos pela administração pública. Mas de acordo com Carvalho (1995 *apud*. KLEBA, 2005) isso também constituiria numa forma de participação social, sendo muitas vezes como condição para o trabalho conjunto entre a comunidade e os profissionais, e desta forma, para o aumento da resolutividade dos serviços.

A participação como controle sobre o Estado pretende constituir novas relações entre o estado e a sociedade. Isto requer dos cidadãos a capacidade de superar conflitos e chegar a consensos sobre seus interesses e de apresentar propostas que objetivem não somente o atendimento de reivindicações pontuais, mas a mudança das relações e estruturas sociais (CARVALHO, 2005).

A nova Promoção da Saúde pode contribuir com a ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde através de uma renovação do pensamento sanitário contemporâneo, fornecendo elementos para a transformação do *status quo* e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários (CARVALHO, 2004).

Numa outra visão sobre este campo, Demo (1988), reflete que a participação é uma conquista que não objetiva nem a dissolução nem a superação do poder, mas a conformação de uma outra forma de poder, ou seja, um poder de parceria, de decidir junto, em vez do poder de domínio de um grupo sobre o outro. É nesta perspectiva de participação que se trabalhou neste estudo.

As inúmeras dificuldades que emergem durante o processo são partes desta conquista, pois a participação nas estruturas deliberativas e nos processos decisórios requer a divisão do poder e expõe conflitos de interesses. A participação torna-se assim, um exercício democrático, em que os processos de negociação requerem habilidade para enfrentar conflitos e chegar a consensos e compromissos mútuos (DEMO, 1988, p. 34).

A inserção da participação social junto a instituições públicas tem se constituído uma importante oportunidade de trabalho conjunto entre os diferentes grupos da sociedade e o Estado. Os cidadãos aprendem a assumir um novo papel junto ao poder publico, não permitindo que todas

as decisões sejam tomadas pelos representantes eleitos, alheios aos reais interesses e necessidades da maioria (KLEBA, 2005).

A participação da sociedade não deve ser percebida como um obstáculo ao desenvolvimento da gestão na medida em que reforça o debate sobre o processo de democratização das relações entre o Estado e a sociedade. Para que isso ocorra, é necessário que se desenvolva a educação para o exercício da cidadania e a tomada de decisão seja o mais coletiva possível.

O processo como um todo conduz a um engajamento tanto dos profissionais como dos grupos sociais, facilitando e agilizando a implementação das decisões e sua avaliação. Aumenta ainda, a eficiência das organizações, funcionando como canalização das demandas junto ao planejamento, através da co-responsabilização, ação conjunta e motivação (KLEBA, 2005).

No entanto, a conformação de um processo participativo nas decisões políticas exige, porém, disposição da administração, que deve viabilizar e motivá-lo, revendo de forma crítica tendências autoritárias, qualificando-os para lidar de forma mais adequada com os conflitos de interesse, com os enfrentamentos entre os diferentes grupos sociais e com os processos de decisão política.

Por ser uma participação vista a partir do olhar da gestão, a perspectiva adotada para este campo refere-se àquela tratada pela OPAS (2002), onde se considera que a construção da participação comunitária é um processo que se inicia quando várias pessoas decidem compartilhar suas necessidades, aspirações e experiências, com o objetivo de melhorar suas condições de vida.

Uma comunidade não é necessariamente participativa e para que esta ocorra, a comunidade deve ter o direito e a responsabilidade de tomar decisões que sejam viáveis e que afetam a vida de seus membros. Para tanto a OPAS considera como importante, em primeiro lugar, a **aproximação da comunidade**, para identificar o grau de organização e participação de seus membros. Esta tarefa permitirá que os técnicos e o governo local possam compreender qual é o modo que esta comunidade tem de entender o mundo e explicá-lo, através de suas crenças, mitos ou outras formas de enxergar a realidade, assim como conhecer sua organização e recursos (OPAS, 2002).

Nem sempre a visão de mundo dos membros da comunidade coincide com a dos técnicos e do governo local. Isso quer dizer que é necessário também discutir todas as visões e **construir**

**uma visão que seja compartilhada por todos**, utilizando **linguagem e recursos de comunicação adequados aos padrões culturais desta comunidade**, o que pode facilitar o acesso e a eficácia das estratégias dirigidas à população, bem como promover a mobilização comunitária (OPAS, 2002).

Além disso, **manter a comunidade informada** sobre o projeto e **fazer com que participe das decisões** do processo, isto significa, esclarecer sobre os princípios que fundamentam a estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis, os objetivos desta estratégia, e o que se pretende alcançar com estas ações. Na medida em que a comunidade percebe e estabelece uma relação entre este projeto e suas condições de vida, de saúde, de educação, de moradia, entre outros, pode também **estabelecer metas pessoais e sentir-se responsável**, não só por um projeto comunitário, mas, também, por um projeto de vida (OPAS, 2002).

### **2.1.3 Alguns conceitos e definições da Promoção da Saúde:**

Nas últimas décadas, a Promoção da Saúde tem orientado a implantação de uma gama de projetos e programas que pretendem melhorar a qualidade de vida da população. Ao mesmo tempo, tem trazido uma grande dificuldade de entendimento em relação ao seu campo de ação na saúde pública.

De acordo com Restrepo (2001), existiria uma grande dificuldade de entendimento sobre o conceito de Promoção da Saúde. Primeiro, porque há uma variedade de interpretações sobre o seu papel e suas limitações, o que vem provocando problemas em relação a definição de seu campo de atuação, principalmente, no âmbito das instituições de saúde. Segundo, porque essa dificuldade parece ser decorrente do surgimento de duas correntes, cada uma delas privilegiando uma dimensão específica da Promoção da Saúde. Uma delas, especialmente forte nos Estados Unidos, prioriza o campo dos comportamentos e estilos de vida mediante intervenções individuais (Corrente Behaviorista), localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram (BUSS, 2003).

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 *apud* OURIQUES, 2006).

A outra desenvolvida no Canadá e Europa, defende a ação sócio-política, a participação da sociedade e transcende o setor da saúde através do desenvolvimento de experiências de êxito mais integradoras e que envolvem multisetores como as cidades saudáveis (CZERESNIA, 2003; BUSS, 2003).

No mesmo ano em que ocorreu a conferência internacional de Ottawa, Nutbeam (1986, *apud* RESTREPO, 2001, p.29) trouxe uma descrição mais completa sobre o conceito de Promoção da saúde para facilitar o entendimento sobre seu caráter unificador:

[...] é o processo segundo o qual os indivíduos e as comunidades passam a ter maiores condições de exercer um maior controle sobre os determinantes da saúde e assim melhorar o seu estado de saúde. Tornou-se um conceito unificador para todos os que consideram que, para fomentar a saúde é preciso mudar tanto as condições de vida quanto a forma de viver.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1990 *apud* RESTREPO, 2001) definiu que:

A Promoção da Saúde é concebida, cada vez em maior grau, como a soma das ações da população, dos serviços de saúde, das autoridades sanitárias e de outros setores sociais e produtivos, dirigidas ao desenvolvimento de melhores condições de saúde individual e coletiva.

Para Hancock (1994 *apud* RESTREPO, 2001) a boa saúde pública é a que reconhece as relações entre a saúde, a política e o poder. Enfatiza a inter-relação entre a saúde e o poder, a capacidade dos grupos para influenciar nas políticas públicas que melhorem suas condições de vida e para tomar decisões sobre sua saúde, para que esta se estabeleça como prioridade na agenda de políticos e dirigentes.

Kickbush (1994, *apud* RESTREPO, 2001) considera que a Promoção da Saúde oferece espaços sociais legítimos para produção de saúde com democracia e participação: “[...] é o trabalho social da medicina pelo qual se podem conseguir alguns dólares extras. Realmente trata-se de uma nova saúde pública, um novo tipo de política pública baseada nos determinantes da saúde”.

É conveniente salientar que a Promoção da Saúde incorpora uma série de disciplinas dentro de seu marco teórico-prático, a exemplo da Sociologia, Filosofia, Economia, Psicologia, Comunicação, Epidemiologia, entre outras. Por ter em sua base uma mescla de disciplinas, não significa que resulte em uma “*colcha de retalhos*”. Com elementos de todas essas disciplinas, cria-se um novo *vestido*, que tem uma identidade própria e uma força multidisciplinar para produzir *bens sociais* da forma mais efetiva, ética, equitativa possível (RESTREPO, 2001).

Em suma, a Promoção da Saúde parece se nutrir de vários saberes para desenvolver uma prática inovadora na saúde pública que permita atingir objetivos e metas sociais para que os indivíduos e comunidades atuem de forma o mais saudável possível, alcançando maior bem estar com equidade social.

Como demonstrado, existem várias definições de Promoção da Saúde, por isso a importância de destacar algumas delas. Estes vários conceitos demonstram as diversas interpretações sobre os alcances deste campo. Entretanto, o que se identifica como comum a essas definições é que a Promoção da Saúde teria como objetivo principal modificar os determinantes de saúde em prol da melhoria da qualidade de vida da população e suas atividades estariam então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades.

Para efeito de estudo, tomou-se como perspectiva as conceituações mais atuais sobre este campo e de organizações responsáveis por fomentar políticas públicas, como por exemplo, a própria definição da OMS citada. Além, desta, aqui no Brasil foi identificada a visão do Grupo Temático Promoção da Saúde e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (GT PS-DLIS), grupo de discussão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por se ter a consciência de que se trata de um campo que tem como objeto a saúde e sua complexidade. Além disso, todas as discussões aqui apresentadas demonstram que a promoção tem um longo caminho de efetivação de suas idéias e ideais, e exemplo das cartas anteriormente apresentadas e que foram a fonte enriquecedora de sua base teórica.

Em 2004, no GT foi considerado que a promoção “*tem por imperativo ético responder às necessidades sociais baseadas nos direitos universais fundamentais através do enfrentamento dos determinantes sociais de qualidade de vida*” (ABRASCO, 2004).

Em 2005, o GT da ABRASCO ampliou a sua compreensão, passando a considerá-la como uma estratégia potente de ampliação do debate acerca da saúde e seus múltiplos determinantes fortalecendo a construção de uma agenda eticamente comprometida com a transformação social em pelo menos três esferas de atuação: 1) Plano da atenção à saúde com uma lógica e um modelo de gestão que favoreçam a autonomia dos sujeitos; 2) Esfera da gestão social de políticas públicas com base na intersetorialidade e na participação popular; 3) Plano do modelo de desenvolvimento geral centrado na distribuição equitativa de bem-estar na sociedade alicerçado numa ação de advocacia da saúde (ABRASCO, 2005).

#### **2.1.4. Diferenças entre o campo da Promoção da Saúde e da Prevenção de doenças**

Para se entender a Promoção da Saúde como uma mudança de paradigma é preciso que se discutam alguns pontos quanto à sua diferenciação em relação campo da Prevenção de Doenças.

A questão da diferença entre a Prevenção e a Promoção perpassa por vários conceitos e definições desde a visão que se tem sobre a saúde e a doença que orientam as suas práticas, passando pelo conceito de risco e as vertentes político-ideológicas a que estão associadas (WESTPHAL, 2006).

Segundo Lefevre & Lefevre (2004), a origem do equívoco conceitual entre os termos e que parece persistir até os dias atuais, tem a ver com o modelo da História Natural da Doença criado por Leavell e Clark em 1965 que colocou a promoção como um nível da prevenção primária, envolvendo condutas individuais ou ações do governo ou do Estado na coletividade.

Apesar dos inegáveis avanços deste modelo que chamou a atenção dos profissionais da saúde sobre o potencial de ações no meio ambiente e sobre os estilos de vida, tal equívoco vem guiando importantes ações na prática da Saúde Pública e impondo limites no alcance efetivo de resultados sobre a saúde das populações (WESTPHAL, 2006; LEFEVRE & LEFEVRE, 2004).

A começar pelo próprio significado destas palavras, *prevenir* refere-se a chegar antes; dispor de maneira que evite algo, impedir que se realize, enquanto que a *promoção* significa dar impulso; fomentar, originar, gerar (CZERESNIA, 2003).

A Promoção da Saúde refere-se a uma “combinação de estratégias” que envolve as ações do Estado, da comunidade, de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde e de parcerias intersetoriais; isto é, trabalha com a idéia de ‘responsabilização múltipla’, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2003).

Czeresnia (2003) colabora ainda, discorrendo sobre a diferença entre esses dois conceitos fundamentais e afirmando que:

[...] Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente as estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais. (p. 40).

Outros autores como Bagrichevsky & Palma & Estevão (2003 *apud*. OURIQUES, 2006) informam que a falta de entendimento entre os termos ocorreu por conta do surgimento de duas correntes que foram comentadas anteriormente, cada qual privilegiando uma dimensão da Promoção da Saúde.

Ferraz (1998 *apud*. OURIQUES, 2006) considera que as noções de promoção da saúde e prevenção das doenças estão baseadas em paradigmas diferentes. A prevenção refere-se, a maior parte do tempo, à concepção de risco ou probabilidade de se tornar doente, e os estudos clínicos e as intervenções visam em geral a grupos restritos. Por outro lado, a noção de promoção da saúde se preocupa mais freqüentemente com os múltiplos aspectos ligados a estilos de vida, e os programas são baseados na educação que visa à mudança de hábitos individuais. Entretanto, sabe-se que do ponto de vista operacional é bastante difícil separar estas duas noções, principalmente nos países subdesenvolvidos.

Um importante marco colaborador para o início desta discussão foi o *Informe Lalonde* (1974) que destacou algumas dimensões a serem consideradas no conjunto de elaboração das políticas governamentais de saúde: ambiente, a biologia humana, os estilos de vida das pessoas e os sistemas de saúde. Denominou as intervenções sobre o ambiente de *Proteção da Saúde*, as dirigidas aos sistemas de saúde de *Prevenção* e as que focalizam os estilos de vida de *Promoção da Saúde*, o que não representaria ainda o novo enfoque deste campo (WESTPHAL, 2006).

Para Lefevre & Lefevre (2004) no campo da prevenção a saúde é vista como ausência de doença e perseguida como um fim, um objetivo a ser alcançado pelos sujeitos. A maioria da sociedade entende que os indivíduos protegem-se das doenças adotando medidas comportamentais individuais ou quando o governo toma medidas preventivas de abrangência

populacional. Além disso, a doença é vista como uma fatalidade do corpo e da mente, e como tal, deve ser tratada com base em um conhecimento científico especializado.

As ações de prevenção em saúde são intervenções orientadas a evitar o surgimento de determinadas doenças com o intuito de reduzir a incidência e prevalência nas populações. Tendo como base de seu discurso o conhecimento epidemiológico, consisti num esforço de se antecipar à doença para diminuir energia e custos (LEFEVRE & LEFEVRE, 2004).

Na visão de Ouriques (2006), a base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle de transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos.

Entretanto, com um discurso de que para se ter saúde é preciso consumir produtos e serviços que ofereçam proteção contra as enfermidades, às estratégias preventivas são hegemônicas nas sociedades e culturas atuais que estão baseadas na produção incessante e renovada de mercadorias e serviços oferecidos para consumo, e a saúde acaba sendo refém deste projeto, se tornando uma mercadoria valiosa (LEFEVRE & LEFEVRE, 2004).

Por outro lado, a Promoção da Saúde caracterizaria uma intervenção ou um conjunto de ações que teriam como meta ideal a eliminação duradoura da doença porque buscaria atingir as suas causas básicas, não se restringindo a evitar que estas doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades, o que seria o caso da prevenção.

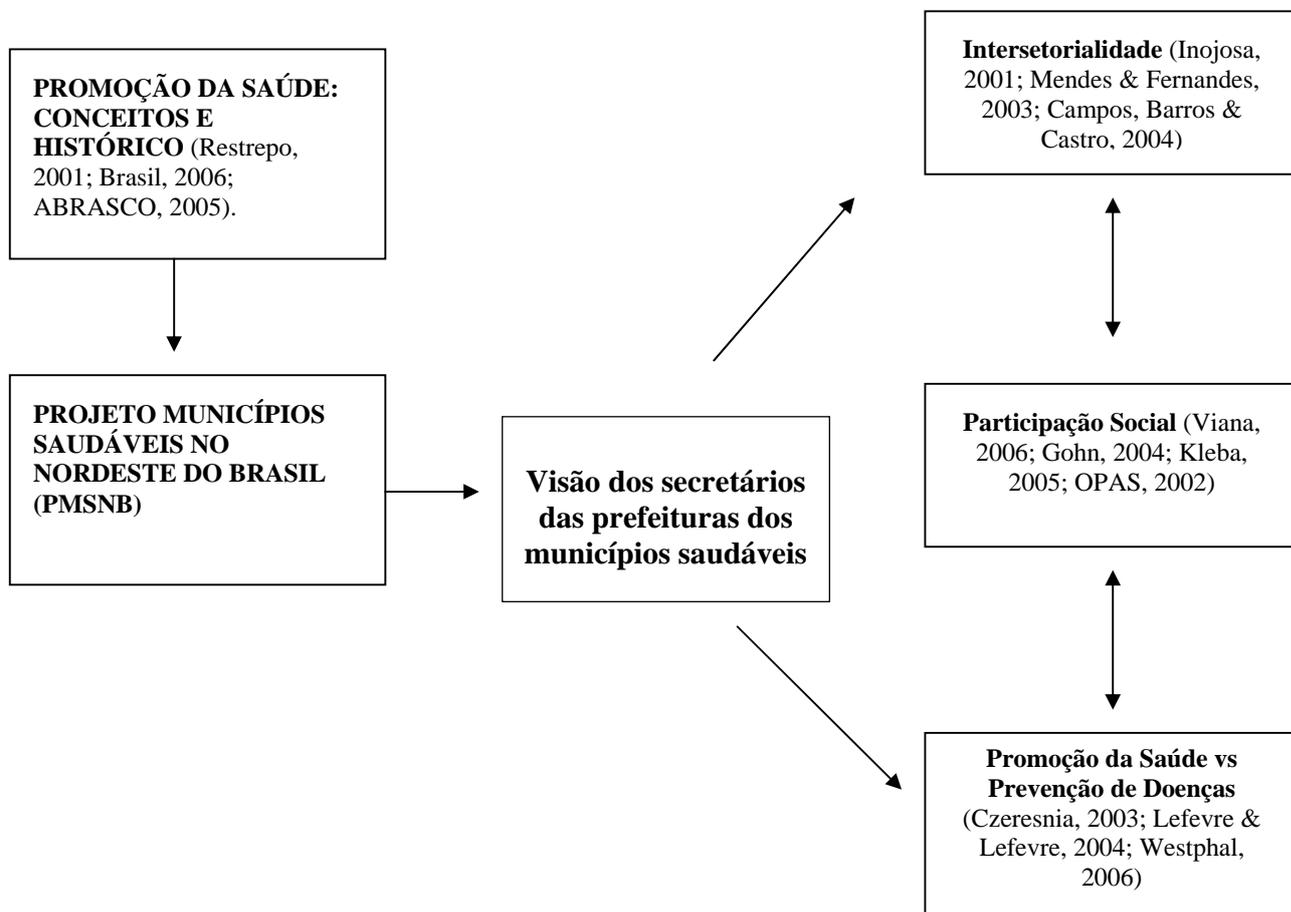
Sem deixar de reconhecer que os indivíduos e as coletividades precisam ser tratados das doenças que os acometem, que também devem proteger-se das doenças e serem protegidos contra elas, a Promoção da Saúde propõe para além disso, que estas doenças sejam elas próprias, minimizadas, erradicadas do mundo, do meio ambiente, das cidades [...] (LEFEVRE & LEFEVRE, 2004 p. 37)

A Promoção da Saúde representaria então, uma ruptura de paradigmas onde há um deslocamento de objeto e de enfoque, do doente para a doença. Significaria um novo modo ver a saúde e a doença, uma mudança social significativa em direção a uma sociedade diferente que não seja tão dominada pelo princípio de produção para o mercado e para o lucro.

Neste sentido, a saúde na promoção deve ser vista como um *meio* à sobrevivência e como *um direito de todos*, como está determinado na Constituição Brasileira (BRASIL, 1988). Os sujeitos têm o direito não só de serem tratados e protegidos contra as doenças, mas principalmente, viverem num ambiente que não seja gerador de enfermidades, sofrimento, morte, dor. Sendo assim, a doença não deve ser vista como uma necessidade permanente do ser humano semelhante à sede, à fome, *mas como anormalidades resultantes de desequilíbrios, injustiças, opções inadequadas*, etc.

Promoção da Saúde é compreendida, pois, de maneira bem mais ampla que prevenção, por se referir as medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais”. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam à estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (OURIQUES, 2006).

### 3. QUADRO CONCEITUAL



## **4. QUESTÕES DE ESTUDO**

### **4.1 QUESTÃO PRINCIPAL:**

Após quase cinco anos de projeto, o que os secretários das prefeituras dos municípios que participam do PMSNB compreendem por Promoção da Saúde, Intersetorialidade e Participação Social?

### **4.2 QUESTÕES SECUNDÁRIAS:**

Os secretários percebem a diferença entre a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças?

A partir de quais ações e/ou atividades municipais esses secretários visualizam a aplicação dos pilares da Promoção da Saúde: Intersetorialidade e Participação Social?

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 PERSPECTIVA DO ESTUDO

Considerando que o objetivo deste trabalho foi conhecer a concepção dos secretários municipais sobre a Promoção da Saúde e seus pilares, adotou-se a perspectiva da Pesquisa Qualitativa, um campo de investigação que consiste em um conjunto de práticas que dão visibilidade ao mundo, transformando-o em uma série de representações para uma melhor compreensão da experiência humana.

Nesta perspectiva, o pesquisador procura estudar os fenômenos em seus cenários naturais, tentando entendê-los em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN, 2006), o que envolve uma ampla variedade de práticas interligadas que pretendem apreender, da melhor forma possível, a realidade que se quer estudar.

Entretanto, todo pesquisador qualitativo é guiado por uma rede de premissas *epistemológicas, ontológicas e metodológicas* que pode ser denominada *paradigma* que orienta as suas ações. Sendo assim, toda pesquisa é guiada por um conjunto de crenças e sentimentos em relação ao mundo e ao modo como este deveria ser compreendido (Guba, 1990 *apud* DENZIN, 2006).

Dessa maneira, a presente pesquisa se insere num campo onde o sujeito e a sua interpretação da realidade têm papéis fundamentais na construção do cotidiano, o que se dá de forma complexa (MORIN, 2000), numa interação contínua entre o sujeito do conhecimento, o objeto e o próprio processo de observação, numa lógica indutiva e reflexiva das narrativas analisadas.

### 5.2 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Tendo em vista que o objetivo desta pesquisa foi analisar *como* os secretários das prefeituras nos municípios do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB) compreendem a Promoção da Saúde a partir dos pilares da Intersetorialidade e da Participação Social, a estratégia de Estudo de Caso único e descritivo como forma de contribuir para o conhecimento (YIN, 2005) apresentou-se apropriada uma vez que a questão principal desta pesquisa implicou em conhecer um processo.

Além disso, é uma estratégia que focaliza acontecimentos contemporâneos que não exigem do pesquisador o controle sobre eventos comportamentais e os limites entre o fenômeno estudado e o contexto não estão claramente definidos.

Para Schramm (1971 *apud* YIN, 2005 p. 31), a essência do estudo de caso é que ele tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, ou seja, o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implantadas e com quais resultados. Este tipo de estudo tem um lugar de destaque nas pesquisas de avaliação. Eles podem ser utilizados para *descrever* uma intervenção e o contexto em que ela ocorre, neste caso, foi utilizado para descrever a visão dos gestores dos municípios do projeto acerca da Promoção da Saúde.

### **5.3 SUJEITOS DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada em cinco municípios do Agreste de Pernambuco que fazem parte do PMSNB, desenvolvido desde 2003 em suas localidades, especificamente com secretários municipais das respectivas prefeituras de Bonito, São Joaquim do Monte, Barra de Guabiraba, Camocim de São Félix e Sairé.

Optou-se por selecionar os gestores locais como sujeitos da pesquisa já que eles participam da construção da agenda de prioridades, da formulação e implantação das ações que são guiadas pela promoção da saúde desenvolvidas no município. Além disso, são os atores responsáveis por garantir o compromisso político de melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos através de uma gestão compartilhada e de manter também, o estímulo às práticas participativas, vinculadas ao processo de democratização.

Assim, os atores do estudo corresponderam a 18 profissionais que foram escolhidos como informantes-chaves do processo, sendo estes os gestores das secretarias de Saúde, Educação e Desporto, Ação Social, Turismo e Desenvolvimento Econômico, Administração, Agricultura, Transporte e Obras que fazem parte do organograma das prefeituras municipais.

#### **5.3.1 Critérios de inclusão REVER E EXPLICAR**

Os secretários deveriam estar ocupando o cargo a mais de doze meses na gestão atual.

#### **5.3.2 Critérios de exclusão**

Secretários que ocupam o cargo a menos de doze meses na gestão atual.

## **5.4 MÉTODOS DE COLETAS DE DADOS**

### **5.4.1 DIÁRIO DE CAMPO: Da universidade aos dados**

O início do trabalho de campo foi marcado pela forma como se estabeleceu a articulação em todo o processo, através do Programa de Pós-Graduação onde é realizada esta pesquisa. Este programa tem uma parceria com o Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (NUSP), uma das instituições executoras do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB), o que facilitou o acesso aos municípios, não havendo a necessidade de procedimentos formais a determinados espaços e documentos.

Anteriormente ao início da realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, houve a participação do pesquisador como observador, em momentos e encontros importantes do projeto como, por exemplo, o Curso de Formação de Promotores de Saúde, oferecido aos cinco municípios ao longo do ano de 2007. No decorrer dos vários módulos realizados neste curso, o observador se apresentava de forma breve clareando o motivo de sua participação naquela atividade.

Além disso, participou-se de dois Encontros de Redes do projeto, momento no qual há uma integração entre os municípios e as instituições parceiras, e ainda, do IV Seminário de Município Saudável. Estes encontros permitiram o contato direto com alguns dos secretários que participavam ativamente como interlocutores do projeto entre a comunidade e a gestão, bem como uma maior aproximação da realidade a ser estudada.

A construção do roteiro de entrevista foi realizada tomando como subsídios além da revisão da literatura realizada sobre o tema, duas publicações importantes do projeto (citadas nas Referências Bibliográficas) e a leitura de documentos como as cartas publicadas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde já citadas anteriormente.

É importante ressaltar que tanto a participação do pesquisador (enquanto observador da realidade onde se insere os informantes chaves) como a leitura documental serviram de subsídios e auxílio para aprofundar a técnica de entrevista semi-estruturada e sua aplicação, foco principal nesta metodologia.

Para garantir a adequada coleta das informações, foram realizadas duas entrevistas piloto para verificar se a linguagem e os termos estavam adequados e acessíveis aos informantes. Observou-se algumas dificuldades na forma como as questões estavam formuladas,

principalmente em relação ao entendimento sobre o conceito de “intersectorialidade”. Logo, foram feitas as devidas alterações sem modificar o foco da pergunta.

Em relação às entrevistas, estas foram realizadas de acordo com a disponibilidade dos secretários no momento em que o pesquisador encontrava-se no município. Não houve a possibilidade de marcar com antecedência com cada um deles, pois a coleta das informações dependeu da disponibilidade de transporte oferecido pelo NUSP para os municípios naquele determinado momento.

#### **5.4.2 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas. De acordo com Flick (2004) esta é uma importante técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas que se apóia num roteiro aberto que segue um guia flexível de questões abordadas e adaptadas à realidade dos atores escolhidos, possibilitando que os pontos de vista destes sujeitos sejam expressos e que o pesquisador possa alterar a condução do processo sem perder o foco de seu estudo.

Na entrevista semi-estruturada há uma tentativa de reconstrução da teoria subjetiva do sujeito, ou seja:

[...] refere-se ao fato de o entrevistado possuir uma reserva complexa de conhecimento sobre o tópico em estudo. Esse conhecimento inclui suposições que são explícitas e imediatas, as quais podem expressar espontaneamente ao responder a uma pergunta aberta, e que são complementadas por suposições implícitas (FLICK, 2004 p. 95).

No planejamento do guia e condução da entrevista quatro critérios foram adotados para garantia da validade e fidedignidade das informações recolhidas. O primeiro foi o não-direcionamento, que pode ser conseguido através da forma de elaboração das questões.

Neste caso, o pesquisador iniciou a entrevista com questões mais abertas, introduzindo-se uma maior estruturação em um momento posterior durante a entrevista para se evitar que seu sistema de referência influenciasse na resposta do sujeito. O entrevistador desempenhou um estilo não-diretivo de conversa, abstendo-se, na medida do possível, de fazer avaliações sobre o que foi dito (FLICK, 2004).

O segundo critério foi a especificidade que significa que a entrevista deve ressaltar os pontos específicos do estudo a fim de que o sujeito não permaneça no âmbito de enunciados gerais. Tal critério visa assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão da pesquisa sejam mencionados. A profundidade e o contexto pessoal revelados pelo entrevistado é um critério que garante que o sujeito exiba o máximo de comentários auto-reveladores da visão subjetiva acerca do que se questiona, para que desta forma não permaneça em respostas demasiadamente objetivas, como por exemplo, é importante ou não importante (FLICK, 2004).

Inicialmente, os entrevistados foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e do uso deste instrumento para o estudo. Além disso, com a permissão destes atores, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estas informações foram gravadas, transcritas e analisadas. O pesquisador escolheu um local adequado e sem interrupções para evitar a influência de elementos externos no processo de coleta o que garantiu a privacidade da conversa e o estabelecimento de um clima de confiança entre os pares.

Neste sentido foram realizadas seis entrevistas em Bonito, cinco em Sairé, três em Camocim, três em Barra de Guabiraba e apenas uma em São Joaquim do Monte. A falta de disponibilidade, presença dos secretários e interesse pela pesquisa foram os principais fatores que contribuíram para a não realização de mais entrevistas em municípios como Camocim, Barra de Guabiraba e principalmente, São Joaquim do Monte.

As entrevistas tiveram um tempo médio de duração em torno de quarenta minutos. No decorrer do processo os sujeitos se sentiram mais a vontade, pois, inicialmente, estavam um tanto constrangidos devido a presença de um gravador. Sempre que terminavam, questionavam a respeito de sua contribuição para o que se estava sendo pesquisado. Neste sentido, sempre era enfatizado a importante contribuição da visão de cada um na compreensão do fenômeno, independente de respostas certas ou erradas.

Tendo em vista que a análise não foi feita visando demonstrar as diferenças sobre a visão dos secretários entre os municípios, nem mesmo de cada secretaria separadamente, mas apresentar, de uma forma geral como estes gestores visualizam e compreendem a promoção da saúde nos municípios como um todo, a realização de uma única entrevista em São Joaquim não interferiu nos resultados.

Como dito anteriormente, o roteiro foi construído a partir do quadro conceitual elaborado para esse estudo e a leitura de publicações do projeto e das cartas internacionais de Promoção da Saúde. Teve como eixos centrais: o entendimento dos gestores sobre os conceitos de promoção da saúde, prevenção da saúde, intersetorialidade e participação social; a importância, limites e dificuldades destes pilares e por fim, a apresentação das ações nos municípios que são desenvolvidas com base neste campo.

## 5.5 ANÁLISE DE DADOS

De acordo com Yin (2005) a análise dos dados consiste em examinar, categorizar, classificar, testar, ou mesmo, recombina evidências quantitativas com qualitativas para tratar o que foi proposto inicialmente no início do estudo.

A melhor preparação para conduzir uma análise de estudo de caso é ter uma estratégia analítica geral. A depender da estratégia adotada no plano de uma análise futura, ela poderá ajudar a considerar as evidências de forma justa, produzir conclusões analíticas e eliminar interpretações alternativas. Sendo assim, destacou-se como estratégia importante: guiar a análise pelas *proposições teóricas* que deram origem ao estudo de caso, às questões da pesquisa, aos objetivos. Estas proposições serviram como um guia para dar forma ao plano de coleta de dados e, por conseguinte, estabelecer as prioridades a serem analisadas. Essa estratégia ajudou o pesquisador a por em foco certos dados e ignorar outros (YIN, 2005).

Estes dados foram submetidos a uma técnica de análise mais aprofundada conhecida por *Análise de Conteúdo*, classificada por Flick (2004) como um procedimento clássico empregado para analisar material textual, sendo a utilização de categorias conceituais um aspecto essencial desse tipo de análise. Segundo Bardin (2004), este tipo de tratamento de dados pode ser definido como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens (p. 42).

Utilizou-se a análise *Temática* que, segundo Minayo (2004), é uma das melhores opções de análise de conteúdo para pesquisas qualitativas na área de saúde. A noção de Tema está ligada

a uma afirmação a respeito de determinado assunto e que pode ser representada por uma palavra, uma frase, um resumo. Consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõe uma comunicação cuja presença signifique alguma coisa para o objetivo visado no estudo. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamentos presentes no discurso do sujeito (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004).

A operacionalização da análise temática desdobrou-se em três fases: A *pré-análise* onde houve a necessidade de escolha dos documentos de acordo com critérios comentados anteriormente, a retomada dos objetivos e das questões iniciais da pesquisa. A ordenação destes dados foi realizada a partir das transcrições destas entrevistas. Logo, o pesquisador foi se apropriando do sentido dos dados ao examiná-los dando seguimento a sua interpretação (POPE & MAYS, 2005). Posteriormente, foi feita uma leitura flutuante destes dados onde o pesquisador pôde familiarizar-se com o conteúdo coletado, através de sua imersão nos dados brutos conseguidos nas entrevistas.

A análise foi feita a partir de uma lógica indutiva através da qual se identificou categorias analíticas à medida que “emergiam” dos dados. Dessa forma, não trabalhou-se com categorias pré-definidas, ou seja, “a priori” (POPE & MAYS, 2005).

Neste sentido, a próxima fase desta análise foi a *exploração do material* que consistiu essencialmente, na operação de codificação dos dados brutos com o intuito de alcançar a compreensão do texto. Sendo assim, foram feitos recortes no texto em unidades de registros ou rubricas onde foram selecionadas palavras ou frases, uma espécie de codificação usualmente apoiada por textos curtos descritivos que procuram destacar passagens importantes da entrevista devendo ser registrados durante a transcrição e em uma primeira leitura dos textos. O que exige uma leitura e releitura do material coletado para identificar essas rubricas (BARDIN, 2004; MINAYO, 2004).

Ainda nesta fase, foi feita a classificação e a agregação das rubricas, escolhendo as categorias empíricas/teóricas que guiaram a especificação dos temas. *Essas categorias são adicionadas para refletir tantas nuances nos dados quanto possível em vez de reduzi-las a códigos numéricos* (POPE & MAYS, 2005).

A terceira fase consistiu no *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*. Alguns softwares para computador foram criados para facilitar esse aspecto do processo analítico que

permitem refinar e reduzir as categorias por agrupamento, selecionando temas ou categorias-chaves para a investigação. Agrupar está tipicamente relacionado a um processo de recortar e colar, selecionando partes dos dados em temas parecidos ou relacionados e colocá-los juntos (POPE & MAYS, 2005).

Neste caso, a estratégia analítica para o tratamento dos dados qualitativos que se utilizou foi o programa NVivo 2,0 (RICHARDS & RICHARDS, 1998) que permitiu codificar e categorizar os temas e categorias extraídas de forma livre e também hierarquizadas. Permitiu também acompanhar a evolução temporal das conclusões e das impressões e das anotações feitas no decorrer da análise.

É importante ressaltar que o software pode ser útil para agrupar pedaços de dados, estabelecer conexões, reorganizar a exposição e ajudar a encontrar exceções, mas nenhum pacote é capaz de perceber uma conexão ou definir uma estrutura apropriada para a análise (POPE & MAYS, 2005 p. 94).

As categorias foram criadas a partir da emergência dos resultados, baseando-se tanto em critérios empíricos, ou seja, de acordo com a visão do pesquisador, como teóricos, para nomeá-las. Os critérios de categorização foram definidos detalhadamente nos resultados. Além dos conceitos, foram ressaltados pontos relevantes em cada categoria, como por exemplo, os limites e importância da intersectorialidade, bem como a importância e os canais para a participação.

Inicialmente, a questão de estudo tinha o intuito de compreender COMO ocorria o processo, na visão dos sujeitos aqui destacados. Entretanto, no decorrer da análise das categorias e rubricas, observou-se que as respostas não propiciaram uma descrição processual necessária a uma pergunta do tipo “**COMO**”, mas do tipo “**O QUE**”, onde os secretários puderam revelar o que seria, em suas várias formas de entendimento, a Promoção da Saúde, a Intersetorialidade e a Participação Social. Na essência deste estudo, as respostas conseguiram contemplar tal inquietação inicial do pesquisador, sendo possível transformar a pergunta do tipo COMO (processo) em objeto de outra pesquisa futura.

## 5.6 CRITÉRIOS DE VALIDADE ADOTADOS

De acordo com Yin (2005), existiriam quatro critérios para julgar a qualidade de um projeto de pesquisa e dar credibilidade às descobertas: *validade do constructo*, *validade interna*, *validade externa e confiabilidade*.

A *validade do constructo* significa que o pesquisador deve estabelecer medidas operacionais corretas para os conceitos que estão sendo estudados em relação aos objetivos originais da pesquisa. Ou seja, deve especificar de forma prévia os eventos operacionais significantes que constituem mudanças, acontecimentos decisivos no local ou se aconteceram com base nas impressões do pesquisador.

A *validade interna* em estudos de caso envolve o problema com as inferências que são realizadas através das lentes do pesquisador. Ele inferirá que um determinado evento pode ser resultado de algum acontecimento anterior. Representa então, o grau segundo o qual os resultados são interpretados corretamente e estão refletindo bem a realidade empírica. É necessário que se considere os possíveis efeitos da subjetividade e interesses do pesquisador, garantindo uma maior validade interna.

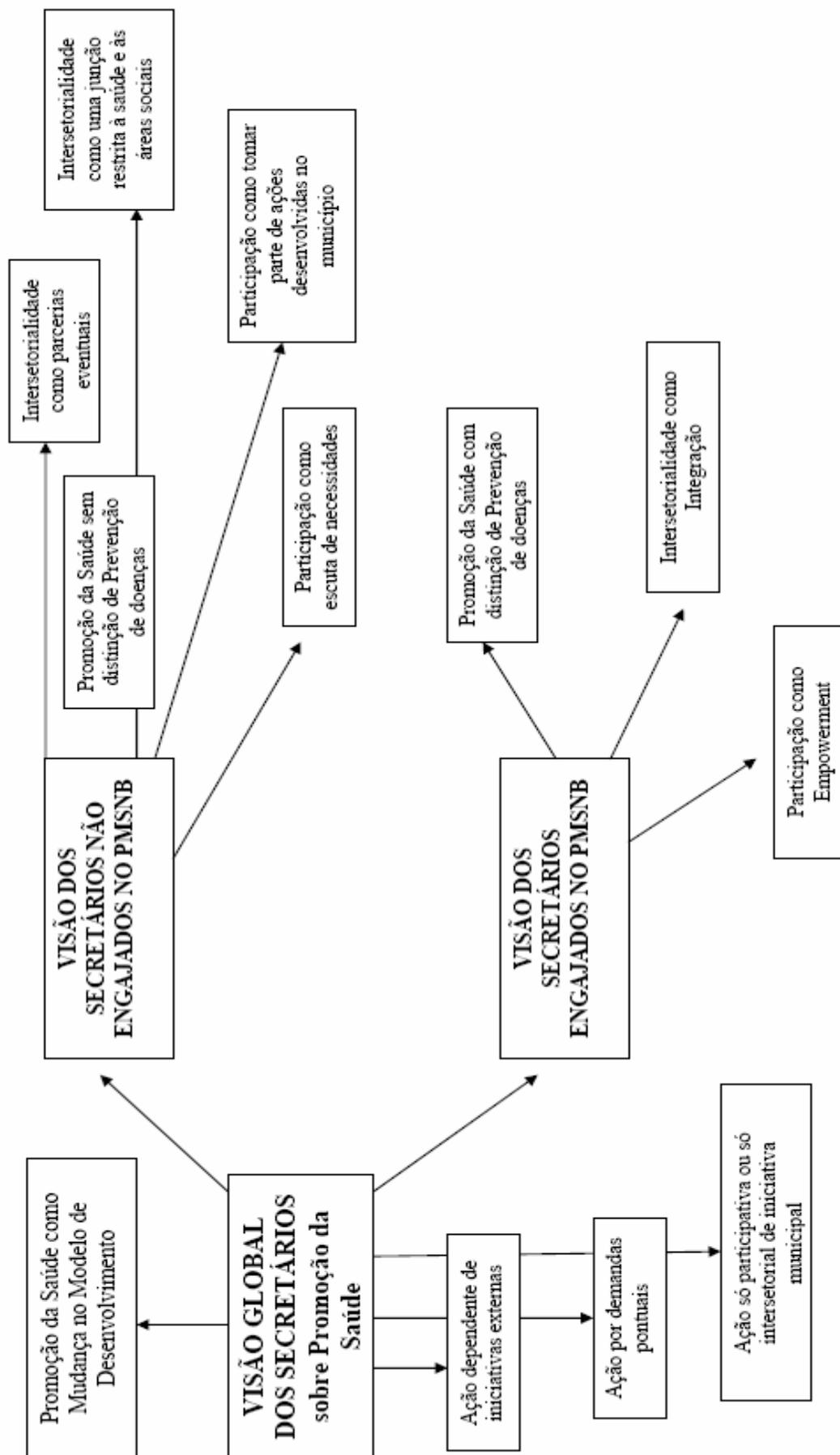
A *validade externa* representa a possibilidade de transferir o método adotado para outras pesquisas. O estudo de caso não tem como objetivo a generalização estatística, o que seria mais apropriado aos estudos de base quantitativa e experimental. Pelo contrário, o importante é que o estudo possibilite a replicação (transferibilidade) do método utilizado alcançada pela riqueza de descrição ou aplicação do princípio da explicação.

Por fim, a *confiabilidade* representa a necessidade de minimizar os erros e vieses do estudo. Para tanto, deve-se tornar as etapas do processo as mais operacionais possíveis, verificando a consistência processual, o que significa que as mudanças que vierem a acontecer devem ser registradas.

## 5.7 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 – CCS/ UFPE (nº226/2007).

## 6. QUADRO SÍNTESE DE RUBRICAS E CATEGORIAS



## 7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A princípio, é importante ressaltar um dos momentos em que os sujeitos foram solicitados a responder sobre o conhecimento acerca do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil (PMSNB), para que ficasse claro que todos os secretários escolhidos fazem parte dos municípios deste projeto, mas, poucos foram os entrevistados que participaram como interlocutores de todo o processo.

A maioria dos sujeitos apresentou pouco conhecimento ou conhecimento parcial, que foi estabelecido através de reuniões na Prefeitura, através de outros secretários que eram interlocutores ou mesmo representantes de dentro da secretaria (principalmente, ação social, saúde e educação). Os secretários que afirmaram ter um bom conhecimento, em uma minoria, eram todos interlocutores deste projeto, ou seja, representantes que realizavam a ponte entre o governo e a comunidade, participaram ativamente de reuniões, discussões e cursos oferecidos pelo projeto.

Considerando que grande parte das respostas divergia entre participantes que estavam engajados e não participantes não engajados no PMSNB, achou-se por bem proceder de acordo com a realidade que emergiu do campo, isto é, classificar as respostas em três rubricas (PAILLÉ e MUCCHIELLI, 2003): VISÃO GLOBAL DOS SECRETÁRIOS, VISÃO DOS SECRETÁRIOS ENGAJADOS NO PMSNB e VISÃO DOS SECRETÁRIOS NÃO ENGAJADOS DO PMSNB.

Desta forma, na rubrica VISÃO GLOBAL DOS SECRETÁRIOS, que significa que as categorias aí relatadas referem-se à visão da maioria de todo o universo de pesquisados, foram encontradas as seguintes categorias:

- a) Promoção da Saúde como mudança no modelo de desenvolvimento
- b) Ação dependente de iniciativas externas
- c) Ação a partir de demandas pontuais
- d) Ação só participativa ou só intersetorial de iniciativa municipal

## **RUBRICA: VISÃO GLOBAL DOS SECRETÁRIOS:**

### **a) Promoção da Saúde como mudança no modelo de desenvolvimento:**

No que diz respeito à categoria Promoção da Saúde como *mudança no modelo de desenvolvimento* destacou-se que quando questionados sobre esse conceito, de uma maneira geral, ficou evidente que os secretários o compreendiam como uma forma de melhoria das condições de vida e conseqüente melhoria da saúde da população envolvendo questões como qualidade de vida, comportamentos e hábitos saudáveis, equidade, justiça social, empoderamento, redes, políticas públicas saudáveis, desenvolvimento sustentável, meio ambiente, municípios saudáveis, como observado nas falas a seguir.

### **ENTREVISTADO 5**

*“Eu entendo a promoção da saúde como a saúde do bem-estar espiritual, fisicamente. (...) e também, a conscientização e o conhecimento. A questão das políticas públicas saudáveis do município tem uma importância muito grande porque ela previne, educa e orienta. E as pessoas passam a viver melhor, se alimentarem melhor, a praticar esporte, ter uma vida mais saudável, viver feliz e ter uma vida saudável como se diz. Porque uma vida saudável ela passa pelo físico, pelo mental e também sem dúvida, pela questão da alimentação, da vivência, da organização (...).”*

### **ENTREVISTADO 1**

*“Promoção da saúde é dar qualidade de vida. Na hora que você promove saúde, você promove uma melhor qualidade de vida. Há uma diminuição dos gastos com a questão da doença. Quando você trabalha com a Promoção da Saúde você trabalha com o saneamento básico na área urbana, você trabalha com a água de boa qualidade na área rural, com o tratamento da água no abastecimento. Então, se a gente ta levando uma melhor qualidade de vida, então ta levando uma melhor saúde para a população”.*

### **ENTREVISTADO 17**

*“(...) eu tenho essa visão mais ampla de promoção da saúde como uma questão de autonomia, de melhores condições de vida, na questão ambiental, na questão social...em todos os aspectos. (...) O que ajudou no projeto municípios saudáveis, a ampliar minha visão, é até uma questão nova, foi com a formação de redes, da articulação entre as várias lideranças, de dá uma continuidade no trabalho, no sentido de ser mais abrangente, onde está se envolvendo o poder público, a sociedade civil. (...) Antes desse projeto não havia muito essa visão de que precisa unir forças do poder público e a sociedade civil para construir um município saudável, um projeto mais resistente”.*

## **ENTREVISTADO 7**

*“É cuidar do meio ambiente, preocupação com o espaço físico, com a saúde no trabalho...o meio ambiente é fundamental pra gente cuidar dele, para prevenir saúde. Hoje, nós estamos preocupados mais com cada doença. Se agente cuida do meio ambiente, se cuida da nossa água, do ar que a gente respira, estamos cuidando da saúde e evitando uma despesa maior”.*

## **ENTREVISTADO 8**

*“A minha visão de promoção de saúde ela transcende à questão da saúde clínica. (...) Esse plano da promoção da saúde não é simplesmente projetos, programas de saúde clínica, mas sim, tem que se desenvolver tudo. Se quisermos um cidadão saudável, com saúde em todos os aspectos, (...) Precisa trabalho, precisa renda, precisa satisfação, precisa realização pessoal, precisa auto-estima, precisa estar bem consigo mesmo e com os outros. (...) Você precisa ver o entorno, você precisa ver aonde quer chegar. Isso, quando nós falamos de uma cidade, do meio onde você vive onde você está. Então você não pode pensar que uma cidade saudável pode existir sem saneamento, sem espaço pra lazer. (...) é você pensar bem a sua cidade, planejar bem a sua cidade, que tenha o esgotamento sanitário, tenha o tratamento, a questão do lixo também, espaço pra lazer, espaço onde os sujeitos se realizem como pessoas”.*

As falas destacadas acima, demonstram uma aproximação maior destes sujeitos ao conceito de Promoção da Saúde numa compreensão mais ampla e abrangente que leva em conta a necessidade de mudança nos determinantes gerais de vida, condicionantes de uma melhor ou pior saúde.

O que confirma a visão de autores como Buss (2003), Czeresnia (2003), Lefevre & Lefevre (2004) e entre outros, de que a saúde, na nova concepção de promoção, é um produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida e do bem estar. Suas atividades estariam mais voltadas para o coletivo e para o ambiente que seriam desenvolvidas a partir de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento das comunidades.

Tão logo, o caminho a ser seguido mantém o olho na saúde, saindo do campo da prevenção que tem como principal foco a doença. A estratégia de promoção que vem sendo discutida aqui é claramente social, política, visto que a saúde é tida como positiva e multidimensional e que deve ter como protagonistas não só comunidades, movimentos sociais, mas também, governos locais, organizações num modelo mais participativo e mediador,

combinando escolhas individuais e responsabilidade social com estratégias mais integradas e intersetoriais (BUSS, 2003).

Para Czeresnia (2003), apesar de se configurar como um avanço tanto no plano teórico quanto no campo da prática, a visão de saúde como positiva e determinada por vários fatores e produzida socialmente, traz uma nova questão. Ao se considerar a saúde em seu significado pleno como tratada na Carta de Ottawa em 1986, bem como na Constituição Federal Brasileira de 1988, remete à necessidade de se promover a saúde em suas múltiplas dimensões, o que envolve por um lado, ações globais do Estado, e por outro, a singularidade e autonomia dos atores, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma única área de conhecimento e prática.

Sendo assim, a Promoção da Saúde estima um modelo de atuação integrado às dimensões ambiental, social, política, econômica, comportamental, cultural, muito além daquela específica à biologia humana. Para tanto, as ações devem estar articuladas a outros setores e políticas governamentais, levando-se em consideração que a Intersetorialidade, é um campo que demarca uma tensão entre competências específicas na área da saúde e uma abertura exigida a integração com outras práticas (CZERESNIA, 2003).

Apesar de apresentarem uma visão mais abrangente sobre o campo da Promoção da Saúde, quando questionados sobre quais as ações, projetos ou atividades que seriam desenvolvidas (ou foram desenvolvidas) no município e que eram guiadas pelos pilares da Intersetorialidade e da Participação Social (para serem citados como exemplo), os secretários identificaram em seus municípios ações que eram desenvolvidas a partir de *iniciativas externas* (determinadas pelo governo federal ou trazida por organizações de fora do âmbito municipal), *por demandas pontuais* (que surgiam de acordo com a necessidade momentânea dos setores e ou da comunidade) ou *poucas iniciativas municipais* (que focalizavam só a intersetorialidade ou só a participação durante a sua execução), como representado nas categorias abaixo.

#### **b) Ação dependente de iniciativas externas**

#### **ENTREVISTADO 1**

*“Eu gostaria de falar do “Programa Luz para todos” que é um programa do governo federal. A gente tem aqui no município em torno de 400 propriedades sem energia, sem eletrificação. É uma parceria entra o governo federal, do estado e do município, de 2007/2008 entrar também*

*nessa universalização, que nada mais é do que, toda propriedade rural ter sua energia. É um ponto muito forte porque a gente evita o êxodo rural”.*

## **ENTREVISTADO 17**

*“A gente trabalha com muitos projetos, mas, por ex, essa questão do Bolsa Família, que é um programa do governo federal, e executado pela ação social, ele tem gestão da saúde, educação e assistência social (...) Não, neste sentido não, porque são campanhas que já vêm prontas. Aí se repassa. (...) Mas, são coisas que já vêm predeterminadas. É diferente dos municípios grandes que fazem o orçamento participativo que têm os fóruns, as instituições, os espaços próprios onde se reúne para decidir, nos municípios menores não tem isso. Então não é coisa muito dinâmica ainda”.*

Ao mesmo tempo em que apresentaram uma visão mais abrangente sobre o conceito de Promoção da Saúde que supera aquela concepção hegemônica focalizada na doença restrita ao campo da Prevenção da Saúde, a prática foi exemplificada com ações e projetos que não eram condizentes com o discurso destes sujeitos.

Observou-se nos discursos dos sujeitos acima, exemplos de ações que não são de iniciativas municipais, mas são programas pré-determinados pelo governo federal, planejados, formulados e implantados nos municípios que neste caso, têm apenas o papel de executar essas ações, independente da sua realidade.

São ações que pouco estimulam a participação social na medida em que sujeitos não participam de sua construção, não elencam suas prioridades e necessidades e estes programas pouco estimulam também, a prática da intersetorialidade, pois quando definidos, são voltados especificamente para um determinado grupo populacional e que sua execução depende normalmente, de um ou outro setor, a exemplo do Luz para todos efetuado geralmente apenas pela Secretaria de Agricultura.

Além disso, em sua maioria, as ações implantadas no âmbito municipal são criadas por organizações que são de fora daquele município, que muitas vezes desconhecem a realidade da comunidade na qual resolveram trabalhar, o que dificulta a sua aceitação por parte das pessoas que residem nas localidades.

### **c) Ação a partir de demandas pontuais**

#### **ENTREVISTADO 13**

*“Sim, então quando a gente é acionado pela secretaria de educação, de saúde que ta fazendo um projeto e precisa da participação nossa, aí eles convidam, eles chamam e a gente vai. Palestra ou participar ativamente daquele evento, a gente tem se limitado a isso”.*

#### **ENTREVISTADO 15**

*“Bem, a gente convida para palestras (...), por exemplo, a gente desenvolveu um projeto que precisou da saúde para eles irem falar sobre sexo na escola, estes assuntos que pertencem a saúde”.*

#### **ENTREVISTADO 18**

*“A secretaria de turismo... quando tem romaria aqui... todas participam. Uma participa de obras ajudando a organizar. (...) Saúde com carro, com ambulância, com pessoal enfermeiro. A gente com ação social com participação, com ajuda. Educação também. Quer dizer, todo mundo trabalha junto, mas só naquele tempo que é final de agosto, começo de setembro”.*

Enfatiza-se novamente, que ao mesmo tempo em que apresentaram uma visão mais ampla sobre a Promoção, nas respostas aos exemplos solicitados que demonstrassem a efetivação dessa proposta foram trazidas ações realizadas apenas por uma demanda específica e momentânea, que surgiam por necessidades de comunidade ou de algum setor.

Pelo discurso do sujeito, observou-se que normalmente as ações são planejadas por um único setor, que convida outros para apenas auxiliar na sua execução. Além disso, ressalta-se que ações que não são planejadas conjuntamente, têm pouca sustentabilidade na medida em que são pontuais e respondem a uma necessidade limitada num determinado tempo e espaço e que após a sua realização, cada setor retoma a sua área e não retorna a se reunir, planejar conjuntamente até que surja outra necessidade de um determinado setor ou uma determinada comunidade.

### **e) Ação ou só participativa ou só intersetorial de iniciativa municipal**

#### **ENTREVISTADO 10**

*“Tem um que já terminou, a construção de privadas que a gente fez com a participação do pessoal, o sanitário popular que a prefeitura já fez. No caso da construção de privadas eu tenho*

*a participação da secretaria de saúde (...) A gente tem o projeto de casas populares, mas é só a secretaria de obras”.*

#### **ENTREVISTADO 15**

*“A gente tem um projeto sobre preconceito racial que é da educação junto com a comunidade. A gente desenvolve projeto sobre preservação da natureza. A gente fez um projeto maravilhoso que culminou justamente com tudo que se tinha feito em termos de aproveitamento sobre as coisas da natureza, das coisas que a gente pensava que não servia mais e a pessoa reciclou”.*

#### **ENTREVISTADO 4**

*“Criamos agora, no ano passado, quando eu não era secretário (...) tinha alguns projetos ai, um deles, voltado pra o turismo e o que nós fizemos foi colocar nas salas de aula de todo o município, uma matéria voltada para o meio ambiente. Que as crianças comesçassem a discutir o meio ambiente e com isso ai ser uma semente que estamos plantando pro futuro. Hoje as crianças de Bonito têm aula sobre o meio ambiente, já sabem, não é uma palavra estranha, já não é um partido político. Já uma realidade. Eles falam, sabe que isso ai ta sendo discutido”.*

Quando os secretários exemplificaram as poucas ações de iniciativas municipais, demonstraram que ainda não conseguiam colocar em prática os pilares da Promoção da saúde de forma conjunta, ou seja, essas poucas ações ou focalizavam especificamente a Intersetorialidade ou focalizavam a Participação da comunidade.

Mesmo assim, a Intersetorialidade que aqui eles exemplificam está restrita a uma colaboração entre alguns setores que surge novamente por demandas específicas, assim como a participação da comunidade só é exercida quando a ação já esta sendo executada e os sujeitos tomam parte daquela ação, pré-determinada pela gestão municipal.

Nas rubricas VISÃO DOS SECRETÁRIOS ENGAJADOS NO PMSNB e VISÃO DOS SECRETÁRIOS NÃO ENGAJADOS NO PMSNB, foram enumeradas as categorias referentes à Participação e a Intersetorialidade, bem como a diferenciação entre Promoção e Prevenção, uma vez que foram esses temas que apresentaram divergência clara entre participantes e não participantes do PMSNB.

Para os **SECRETÁRIOS NÃO ENGAJADOS NO PMSNB**, tem-se:

- a) Promoção da Saúde sem distinção de Prevenção de doenças
- b) Intersetorialidade como parcerias eventuais

- c) Intersetorialidade como uma junção restrita a saúde e a áreas sociais
- d) Participação como escuta de necessidades
- e) Participação como adesão da população às ações desenvolvidas pela gestão

Então, para os **SECRETÁRIOS ENGAJADOS NO PMSNB**, têm-se as categorias:

- a) Promoção da Saúde com distinção de Prevenção de doenças
- b) Intersetorialidade como integração
- c) Participação como empoderamento

### **RUBRICA – VISÃO DOS SECRETÁRIOS NÃO ENGAJADOS NO PMSNB:**

#### **a) Promoção da Saúde sem distinção de Prevenção de doenças:**

De forma geral, os entrevistados que não faziam parte do projeto, e que foram a maioria, confundiram o conceito de Promoção da Saúde com o conceito de Prevenção de doenças.

É importante ressaltar que quando questionados sobre o conceito de Promoção da Saúde, os secretários apresentavam uma visão mais ampla e global, como demonstrado anteriormente. Na medida em que o pesquisador, durante a realização das entrevistas, relacionava a Promoção da Saúde ao campo da Prevenção, questionando sobre o conceito de prevenção e sua diferença em relação à Promoção da Saúde, os sujeitos o restringiam à saúde, demonstrando uma visão ainda tradicional e dominante no entendimento acerca do campo.

Sendo assim, observou-se que na prática estes sujeitos não diferenciavam os conceitos, pois tratavam-se de pessoas ligadas à gestão, pouco importando a utilização de conceitos que muitas vezes só são discutidos e disseminados em ambientes acadêmicos, como neste estudo.

#### **ENTREVISTADO 3**

*“Eu entendo como prevenção. Como você poder prevenir principalmente, a população que tem uma maior vulnerabilidade social, um maior risco de adoecer. Então eu vejo a promoção dessa forma, você puder prevenir, assim antes que possa acontecer uma coisa mais grave. E aí entra o PSF, entra os postos de saúde. O trabalho de conscientização com essa população também que eu acho importante por conta de ambientes, de casa, de como cuidar (...).”*

## **ENTREVISTADO 15**

*“É você ter o cuidado de evitar uma doença na pessoa através de uma vacina e outras coisas. É a oportunidade que se tem de cuidar bem das pessoas em geral”.*

Segundo Lefèvre & Lefèvre (2004), ao longo dos anos este campo vem sendo entendido e praticado como um nível básico, abrangente e inespecífico da prevenção, guiado por um modelo clássico de História Natural das Doenças.

Esta visão seria inadequada e insuficiente na medida em que revela uma visão ainda fragmentada e reducionista, baseada no modelo biomédico vigente. A simples retirada ou ausência da doença através da prevenção focalizada no indivíduo, atuaria em efeitos mais imediatos e não implicaria necessariamente a presença de saúde, pois a interferência não atingiu a causa básica do problema, ou seja, os determinantes reais do processo. No entanto, não se pode negar que a intervenção sobre indivíduos tem vantagens em termos de reduzir o surgimento de complicações e de melhorar a mortalidade e o tempo de sobrevivência (CZERESNIA, 2003).

Para Buss (2003) o enfoque da Promoção da Saúde é mais abrangente e procura identificar e enfrentar macrodeterminantes do processo de saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde. Já a prevenção, trazida aqui na visão destes sujeitos, buscaria que os indivíduos ficassem isentos de doenças, pela detecção e controle dos fatores de risco através de mecanismos para atacá-la, provocando impacto sobre os fatores mais específicos que a geram. Portanto, o objetivo final e suficiente da prevenção seria a ausência de doenças.

## **ENTREVISTADO 2**

*“Promover saúde tá na conversa de porta a porta, mostrar às pessoas o que é a saúde pública (...) Eu acho que isso é promover a saúde nos meios falado, escrito e dá muito incentivo (...) A partir do momento que a pessoa tem conhecimento do que é a saúde, como evitar algumas coisas como as doenças infecciosas (...).”*

## **ENTREVISTADO 1**

*“Promoção e prevenção eu acho que têm muito a ver uma com a outro, porque na hora que você leva essa questão, você massifica uma idéia, você leva esclarecimento para a população, você diz que aquilo ali não pode ser feito porque vai fazer mal para a saúde. Então, além de você tá informando, você tá prevenindo que aquele problema aconteça, que aquela doença aconteça, que aquela infecção aconteça”.*

Neste segundo grupo de entrevistados, a promoção foi compreendida de forma restrita como uma estratégia preventiva, apresentando um caráter meramente informativo e comunicacional. A orientação e a divulgação em saúde envolvem a transmissão de informações, visando à mudança de comportamento, em que o indivíduo seria o principal responsável pelo seu estado de saúde.

Segundo Westphal (2006), no modelo elaborado por Leavell e Clark (1965) que detalha a história natural da doença, a promoção foi colocada como uma forma de prevenção primária que correspondia a medidas gerais, educativas, que objetivavam melhorar a resistência e o bem estar geral dos indivíduos (como por exemplo, comportamentos alimentares, exercícios físicos) além de receberem orientações sobre como cuidar do ambiente a partir de comportamentos higiênicos relacionados à habitação e o seu entorno, no intuito de evitar doenças e o seu agravamento.

Até os dias atuais, muitos profissionais entendem a promoção da saúde a partir da proposta deste modelo de prevenção e esta visão ainda tem guiado muitas ações no campo da Saúde Pública. O que corrobora com autores como Lefevre & Lefevre (2004), Westphal (2006) que destacam que o modelo explicativo não considerava os efeitos negativos e positivos das condições de vida e trabalho sobre a inserção dos indivíduos nos níveis de saúde da população.

#### **ENTREVISTADO 14**

*“O que eu entendo de promoção da saúde enquanto gestora é que são determinadas ações que você tem que tomar para que atenda as necessidades de cada comunidade”.*

#### **ENTREVISTADO 6**

*“São ações de saúde que têm uma possibilidade de chegar mais próximo da população, principalmente, a população mais carente e mais distante. (...) A promoção é você desenvolver ações que possa levar, que possa fazer a população ter acesso a essas ações”.*

#### **ENTREVISTADO 9**

*“A promoção ela teria que ser executada por melhores condições da nossa saúde... Muitas pessoas têm que fazer exames fora porque o município ainda não tem condições de fazer. Eu acho que a gente deveria trabalhar numa coisa mais prática, pra o pessoal não ter que ir a Caruaru, não ter que ir a outros cantos e nosso hospital já atendendo coisas mais evoluídas. Eu acho que isso ainda falta. Eu acho que a gente precisa se aparelhar mais pra dar uma assistência a essa promoção, essa prevenção que está sendo feita”.*

Nas falas acima destacadas, os secretários apresentaram uma visão acerca da Promoção como uma forma de prevenção voltada para a reorientação dos serviços de saúde.

A carta de Ottawa publicada em 1986 (BRASIL, 2002) foi um importante documento referência na consolidação deste campo. Ela estabelece cinco campos de ação fundamentais para por em prática a promoção e um deles é justamente a reorientação dos serviços de saúde.

Entretanto, os profissionais que foram entrevistados trazem essa reorientação a partir do campo da prevenção, como uma forma de conscientização para que as pessoas aprendam a cuidar melhor de sua higiene, ou como uma forma de oferecer ações a grupos de maior vulnerabilidade e risco de adoecer.

A reorientação em que se baseia a promoção volta-se não só para a garantia do fornecimento de serviços de assistência, pois não desconsidera em momento algum a importância da prevenção e sua prática, mas se baseia numa distribuição equitativa dos recursos que dão acesso e geram a saúde da população. Recomenda a criação de um canal de comunicação entre o setor saúde os outros setores, não se restringindo a ações de saúde ou às áreas sociais como, por exemplo, a educação.

A lógica na visão destes sujeitos é ainda restrita ao campo da prevenção de doenças e parece não envolver um esforço de mudança desta lógica dos modelos de gestão, no sentido de neutralizar uma hegemonia que perdura durante anos.

#### **b) Intersetorialidade como parcerias eventuais:**

Entre os não participantes do projeto, a Intersetorialidade foi considerada como sendo uma forma de parceria, ou seja, a existência de cooperação e colaboração a partir do auxílio a demandas pontuais e momentâneas que surgiam entre os setores.

#### **ENTREVISTADO 1**

*“(...) intersetorialidade seria o que aqui chamamos de interligação de uma secretaria com a outra, de uma junção, de trabalhar interligado, de trabalhar em parcerias. Então veja bem, eu acho que a gente... se nós pensarmos em melhoria, em redução de gasto, e pensarmos também*

*em ações eficientes, eficaz, a gente tem que ter a participação de todas as secretarias envolvidas”.*

## **ENTREVISTADO 10**

*“(...) eu entendo que (...) além da saúde que a gente tá falando sobre ela, a secretaria de ação social, a secretaria de educação (...). A gente sempre trabalha mais pela necessidade. Por exemplo, a diretora da escola tal precisa disso. (...). Eu levo o problema ao prefeito. Se eu preciso convocar alguém lá da secretaria. A gente pede ao secretário ou ao próprio diretor e daí a gente não tem dificuldade não de conseguir, mas é mais por necessidade de trabalho”.*

Observou-se nos discursos acima que a questão da Intersetorialidade é tratada como uma forma de *Parceria* entre setores estabelecida apenas a partir de demandas pontuais, sem que haja nenhum planejamento anterior que seja integrado e co-participativo entre os vários setores.

A lógica de trabalho que predomina é uma prática institucional dicotômica. As ações são ainda setoriais e muitos dos trabalhos chamados intersetoriais são, na verdade, iniciativas informais, especialmente em municípios de pequeno porte, que não envolvem um trabalho prévio de planejamento. Essa parceria parece se dá apenas por projetos específicos que são definidos pela necessidade de um determinado setor.

Outro ponto a ser destacado foi a ênfase dada à decisão política para que os setores passassem a se articular e pensar ações e projetos, em conjunto, em sintonia. Isso demonstra uma tentativa de superar o individualismo persistente e que limita a atuação com foco numa ação intersetorial.

A dificuldade de romper as relações tradicionais de trabalho, onde cada segmento não consegue enxergar para além de seu objeto específico de atuação, muitas vezes estão contaminadas pelos interesses individuais sobrepostos aos interesses em prol de um coletivo.

A visão ampliada de saúde colocou os governantes frente a uma nova realidade no desafio de atender a urgências sociais que ultrapassam as limitadas e pontuais intervenções no complexo campo da saúde. Os governos municipais têm decidido sobre suas políticas fundamentais, na maioria das vezes, ainda de forma fragmentada e setORIZADA, como visto nas falas destacadas.

Os governantes devem assumir o compromisso de adotar políticas que promovam a qualidade de vida e o desenvolvimento social e rever as estruturas e organização que dê conta da multicausalidade dos problemas em saúde. Esta é uma questão que envolve a mudança de uma

lógica de governo baseada na setorização para outra que focaliza o campo da co-responsabilidade e co-participação da gestão das políticas públicas.

Segundo Inojosa (2001), os problemas reais (como os da saúde, diga-se de passagem), cruzam os setores e são decorrentes das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores e sua análise não pode ser feita isoladamente, com o risco de através de uma compreensão fragmentada criar soluções parciais, desarticuladas e incompletas.

Sendo assim, a mesma autora ressalta que será através do paradigma da intersectorialidade que se poderá ter uma visão completa dos processos que ocorrem no mundo e de suas conexões entre diferentes níveis do contexto.

Para Mendes & Fernandez (2003) a prática setorial tem origem no típico pensamento moderno de base iluminista, que separou o saber em partes especializadas e independentes. Esse modo de fazer tem como resultado a interferência na qualidade de vida, tema que tem sido bastante discutido nos processos de planejamento e gestão de políticas e que tem uma determinação que integra dimensões objetivas e subjetivas sob a ótica individual e coletiva.

### **c) Intersetorialidade como uma junção restrita a saúde e as áreas sociais:**

Ainda entre os não participantes do projeto, a Intersetorialidade foi considerada também, como sendo uma forma de *Junção*, uma articulação ou ligação entre setores na realização de alguns projetos o que demonstra a tentativa de mudanças da visão dominante de setorização;

### **ENTREVISTADO 11**

*“Então essa junção, essa união de atividades, não é o geral, de modo geral há uma intenção, uma vontade de fazer. Uma vontade de unir as secretarias no que pode fazer. O que poderíamos fazer em conjunto? O que é que realmente cada um tem a sua individualidade? A sua independência? (...) Hoje há uma preocupação de interligar essas secretarias, principalmente aquelas que estão ligadas, mais ao social, a saúde. Ninguém pode dizer que a educação não tem a ver com saúde e não tem a ver com o social. Não está separada. A mesma coisa é saúde e assistência social”.*

### **ENTREVISTADO 12**

*“Por exemplo, especificamente aqui na ação social, de nós integrarmos as secretarias. Por exemplo, ações que nós temos aqui que combinam muito com a saúde. Automaticamente a ação*

*social, saúde e educação eram que deveriam estar conjuntas. Não como agricultura, como outras secretarias, por exemplo, a agricultura ta ligada basicamente ao meio ambiente, não tem como fugir disso”.*

Os trechos destacados acima trazem uma visão um pouco diferente daquela anteriormente discutida sobre a intersetorialidade como uma forma de parceria. Aqui, neste grupo de falas, a compreensão acerca deste pilar tem a ver com uma *Junção* entre setores no sentido de que existe uma tentativa de articular ou ligar as secretarias com o intuito de atingir um determinado objetivo comum, o que demonstra uma tentativa de mudança da visão dominante de trabalhar por setores.

A tentativa de superar a fragmentação das práticas em saúde e modificar um modelo tipicamente clássico como no Brasil, pressupõe uma perspectiva intersetorial no sentido de que a saúde diz respeito ao conjunto de políticas públicas, e não apenas, a assistência à saúde, *stricto-sensu*, mas a vários aspectos a ela relacionados como o meio ambiente, saneamento básico, transporte, educação, etc. (ANDRADE, 2006).

As disciplinas constituíram-se de modo bastante isolado ao longo dos tempos e com a pretensão de esgotar as questões específicas a suas áreas. Em campos complexos, deve-se superar essa fragmentação do conhecimento, pois estas clausuras setoriais, principalmente em áreas como a saúde, isoladamente, seriam incapazes de dar conta de sua complexidade. Sabe-se pois, que abordagens separadas, enclausuradas, não podem dar conta da qualidade de vida, de promover saúde, de fomentar o desenvolvimento da saúde. (INOJOSA, 2001).

[...] As necessidades e expectativas de pessoas e grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas. Não adianta prover escola para uma criança se ela não estiver bem alimentada e saudável. Sem um conjunto de necessidades atendidas, ela não conseguira realizar seu aprendizado e se desenvolver. (INOJOSA, 2001, p. 103)

Observou-se ainda, que os secretários deste grupo trataram a intersetorialidade como sendo uma prática restrita à saúde e à áreas sociais (como educação e ação social) por serem áreas que aparentemente têm mais a ver uma com a outra.

A intersetorialidade desenvolve um saber resultante da integração entre as áreas na medida em que estabelece um pacto de uma ação coletiva, voltada para um objetivo a partir do princípio de convergência. Essa forma de prática causa mudanças na cultura da gestão, mas não deve ser considerada antagônica ou substitutiva da setorialidade, sendo ideal, a combinação entre

elas no processo de gestão compartilhada, co-participativa. Ao mesmo tempo em que se enfatiza a comunicação entre os vários setores, instâncias e organizações, no sentido de se trocar e convergir um conhecimento em prol de um objetivo em comum deve-se também considerar a importância do saber específico e singular de cada uma das áreas (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Estes autores afirmam que a Intersetorialidade é um caminho que tem como fim desenvolver a promoção da saúde. Uma vez que tem suas ações e políticas dirigidas aos determinantes da saúde, que extrapola o campo específico da assistência médico-curativa, operacionalizar a promoção requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a junção de suas ações. Cabe ao governo, tanto em nível local como de outras instâncias, a responsabilidade de atuar de maneira a garantir as condições de vida que sejam favoráveis à saúde.

Uma perspectiva de trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos formulados e realizados setorialmente, mas promover um verdadeiro diálogo entre os setores durante a formulação, realização e avaliação das políticas públicas que visam a promoção da saúde.

#### **d) Participação como escuta das necessidades:**

Para quase a totalidade dos entrevistados que não participavam do PMSNB, o conceito de Participação Social foi compreendido de maneira restrita, como uma forma de *Escuta* das necessidades e demandas da comunidade por parte da gestão para auxiliar a tomada de decisão e escolha de prioridades.

É válido lembrar o que foi dito no início deste estudo que a participação que se quer entender aqui é como esse componente tem influenciado no planejamento, elaboração e execução das ações e na gestão dos municípios a serem estudados.

#### **ENTREVISTADO 1**

*“É um processo democrático de resolver as coisas. Que vá lá e escute a população, que vá ouvir a população, que veja o que ela quer. Na verdade as ações são dirigidas dessa maneira. A gente não faz nada aqui de cima pra baixo. A gente mesmo vai lá, conversa com os agricultores,*

*conversa com presidentes de associações para dali a gente saber na verdade o que é que a comunidade quer”.*

### **ENTREVISTADO 17**

*“O mecanismo que eu sempre penso é que a gente tem que partir da necessidade sentida pelas pessoas e a partir daí construir o nosso pensamento, a nossa visão, por necessidade pra poder achar a solução do problema, que nem sempre estão vendo. (...). Às vezes a gente tem que partir dessa necessidade que eles sentem pra gente poder fazer um trabalho de conscientização e chegar até essas outras necessidades básicas”.*

### **ENTREVISTADO 7**

*“(...) a minha visão sobre participação, falando agora da participação como um todo, o gestor não pode tomar a decisão sozinho, ele deve ouvir a população, as camadas mais carentes. Que as vezes o gestor toma suas decisões em seu gabinete e não é aquilo que o povo quer. Então, a participação social é o povo poder decidir o que quer, o que precisa. Que as vezes a gente acha que o povo precisa de uma escola e na verdade ele precisa é de um posto de saúde. O sonho deles é uma estrada”.*

Na medida em que a Gestão cria mecanismos de escuta das necessidades de uma determinada comunidade ou grupo populacional ajuda no desenvolvimento de uma maior participação social, o que facilita a construção de uma consciência sanitária de que a saúde é um direito da pessoa. Além disso, é sabido que quem vivencia cotidianamente a problemática de sua localidade tem muito mais condições de dizer exatamente as suas demandas mais urgentes. O cotidiano vivido enquanto experiência de vida torna-se fundamental à localização de elementos através dos quais os atores sociais constroem suas percepções acerca de sua realidade (BOSI & AFFONSO, 1998).

Não se pode dizer que escutar as necessidades da população não seja uma forma de estímulo a participação. As pessoas afetadas por intervenções para o desenvolvimento devem ser incluídas e escutadas no processo de decisão e essa participação é também um elemento essencial do desenvolvimento humano que se ancora inicialmente em necessidades que surgem da realidade de cada um.

Entretanto, essa participação não deve se restringir a algumas etapas de construção das políticas públicas (não só à expressão de demandas e necessidades), mas a sua efetividade

aumenta na medida em que se torna presente desde a formulação, passando pela sua implementação até a avaliação. A participação neste sentido, pode ser compreendida como o envolvimento dos atores diretamente interessados neste processo.

É também, do âmbito da promoção da saúde, investir na formação de cidadãos e em espaços democráticos, principalmente no nível local, de modo a desenvolver políticas que partam dos problemas e necessidades de saúde identificadas por eles.

O diálogo dentro do setor governamental e deste com a sociedade na identificação e análise dos problemas e na eleição de prioridades tem sido fundamental para o agir qualificado do poder municipal (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

#### **e) Participação como adesão da população às ações desenvolvidas pela gestão**

Alguns dos secretários que não participavam do PMSNB compreendiam o conceito de Participação também como uma forma da comunidade tomar parte ou participar das ações realizadas pela gestão.

#### **ENTREVISTADO 6**

*“É quando você consegue envolver a população nessas ações. (...) Às vezes você tem uma visão de uma determinada área, acha que a necessidade é que lá precisa de um posto de saúde e muitas vezes a população não queria um posto, queria um saneamento básico, calçamento, depois é que ela queria o posto de saúde. Então, quando você traz a população e discute o problema com ela, você consegue identificar a ação que eles estão necessitando emergencialmente”.*

#### **ENTREVISTADO 18**

*“A participação social é que você traga a comunidade, sociedade pra dentro de todos esses trabalhos, das ações. Que não seja só de nós. E a gente chama o pessoal para que eles venham, pra que eles venham e participem realmente. Porque o município saudável é isso: é trazer a opinião do povo para que a gente faça esse trabalho. Porque não adianta a gente dar, mas adianta a gente colaborar, a gente ajudar e cobrar deles também”.*

#### **ENTREVISTADO 12**

*(...) é a integração, o envolvimento da comunidade tanto escolar como social, a comunidade, a sociedade se envolver. (...) É justamente quando a gente faz projeto comunitário, quando a gente realiza o projeto. Assim, exposições a comunidade... superlota as escolas, a freqüência, o envolvimento dos pais nas escolas, nas reuniões é muito positiva, é uma forma de participação.*

De acordo com Kleba (2005), a participação nos processos sócio-políticos pressupõe compromisso, envolvimento e presença. Requer dos indivíduos a capacidade de assumir sua condição de sujeito e que o Estado seja visto como provedor do desenvolvimento em prol de uma melhor qualidade de vida e não como o condutor de todo o processo.

Ao se analisar a prática da relação entre Estado e sociedade, pode-se identificar um equívoco com relação ao conceito de participação, que tem a ver com o que foi dito nas falas acima, uma forma de “promoção da aceitação” de programas prontos onde os próprios cidadãos por desinteresse, falta de informação, compreendem a participação como apenas tomar partido destes programas que são criados e desenvolvidos pela gestão (KLEBA, 2005).

Entretanto, a participação não deve ser entendida e restringida desta forma, até porque desde o processo de redemocratização e a ampliação dos direitos sociais e políticos, foram sendo criados vários espaços de reivindicações por bens e serviços coletivos que favoreceram o desenvolvimento de uma participação mais ampla e efetiva da população (VIANA, 2006).

#### **RUBRICA - VISÃO DOS SECRETÁRIOS ENGAJADOS NO PMSNB:**

##### **a) Promoção da Saúde com distinção de Prevenção de doenças**

Os participantes atuantes do projeto, enquanto interlocutores entre a comunidade e a gestão, conseguiram identificar e relacionar a Promoção da Saúde segundo as novas concepções, levando em consideração a qualidade de vida e os determinantes de saúde e ressaltavam a mudança de concepção após a realização do PMSNB em seus municípios, como demonstrado nas falas abaixo.

#### **ENTREVISTADO 12**

*“Promoção da saúde é proporcionar qualidade de vida em todos os aspectos. E prevenção da saúde é mais prevenir doença, é cuidar pra que as doenças não contaminem”.*

#### **ENTREVISTADO 8**

*“Promoção da saúde é colocar o cidadão no centro da discussão e trabalhar toda a sua necessidade em busca da promoção de uma vida saudável, em busca de uma vida com saúde em todos os aspectos, seja físico, espiritual, psíquico, corporal. Prevenir a saúde é você pensar bem a sua cidade, planejar bem a sua cidade, que tenha o esgotamento sanitário, tenha o tratamento, a questão do lixo também, espaço pra lazer, espaço onde os sujeitos se realizem como pessoas”.*

## ENTREVISTADO 17

*"A promoção da saúde é o trabalho que se faz na busca da melhora, você está sendo sujeito de uma ação determinada com essa finalidade de promover uma coisa mais ampla. Você ta fazendo uma coisa que ta promovendo a sua saúde, do grupo, da família. A prevenção seria uma coisa mais específica. Eu vou fazer uma determinada coisa pra me prevenir disso. São coisas mais pontuais. A promoção são coisas mais globais. Prevenção, não. Prevenção é uma coisa que você pode se prevenir desde um simples acidente. São coisas pontuais. E a promoção tem todo um contexto mais geral".*

Pode-se observar também que o discurso destes sujeitos demonstra uma evolução na visão sobre o conceito de Promoção da Saúde, anteriormente restrito por outros entrevistados ao campo da prevenção, que seria desenvolvida através de uma ação no campo específico da saúde, para uma compreensão de que ela, a saúde, teria uma determinação muito amplificada, mais social, econômica, política, cultural do que simplesmente fatores de ordem biológica e individual.

No entanto, para Nutbeam (1999 *apud*. BUSS, 2003) as estratégias mais eficazes seriam aquelas que combinam ações destinadas a abordar os determinantes tanto estruturais como individuais de saúde. É válido comentar que na prática da Saúde Pública, ambas as concepções são indispensáveis, devendo-se saber reconhecer o que cada uma permite realizar, suas possibilidades, com precisão e clareza, no desenvolvimento de programas e projetos, principalmente em países emergentes como o Brasil onde as condições de vida são precárias e desiguais.

É importante lembrar que as falas aqui destacadas e que apresentaram esta distinção mais clara e complexa entre os conceitos de Promoção da Saúde e de Prevenção de Doenças, pertencem àqueles secretários que participavam ativamente do projeto como interlocutores entre a comunidade e o governo local e que declararam que nos últimos cinco anos em que se desenvolveu o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, modificaram sua forma de ver e pensar a saúde e suas determinações.

Ressalta-se ainda que a promoção da saúde implica em um processo mais amplo, que envolve além da prevenção, a educação a partir de uma conscientização que transcende o individual para tornar-se uma atividade coletiva e que leva em conta a determinação social do processo saúde doença. O moderno conceito de Promoção da saúde apresenta elementos que permitem diferenciá-lo das práticas de prevenção.

## **b) Intersetorialidade como integração**

Os interlocutores do projeto visualizavam a Intersetorialidade como uma forma de *Conexão*, integração e vinculação entre os diversos setores, organizações, instituições e sociedade onde se percebia a importância deste campo e um avanço na mudança de cultura e pensamento.

### **ENTREVISTADO 3**

*“É você trabalhar, como por exemplo, nós fazemos aqui em Bonito, as secretarias trabalhando integralmente. Os setores integrados, educação, saúde, ação social, obras, saneamento, e por aí vai. E no caso especificamente da saúde, é trabalhar uma equipe. O médico que trabalha com psicólogo que trabalha com a nutricionista que trabalha com o enfermeiro, de uma forma mais unificada, ao invés de trabalhar com estes seguimentos separados”.*

### **ENTREVISTADO 17**

*“(...) São diversas ações seja no campo da saúde, educação, assistência social, mas que todas elas têm relação entre si. Então eu acho que intersetorialidade é você vê o problema na sua integralidade e não de forma pontual. (...) Acho que é isso, é ver a complexidade das questões e como unir os diversos atores e setores que atuam no município pra resolver os problemas e não pra fazer apenas assistencialismo”.*

### **ENTREVISTADO 2**

*“Trabalhar junto com os municípios saudáveis, ou com outra instituição ou com outras secretarias, até com a ONG. (...) a questão destes grupos estarem juntos e em cada setor promovendo esse tipo de ação para a prevenção da saúde. (...) acho muito importante a interação entre as demais secretarias junto com outros órgãos, nestes setores. Vai avançar muito na questão da saúde.*

### **ENTREVISTADO 4**

*“É a união dos poderes, a organização dos setores diversos com uma mesma finalidade”.*

### **ENTREVISTADO 8**

*“Então a gente não pode entender saúde, o qualidade de vida, ou bem-estar, municípios saudáveis sem que haja essa união, unidade entre os setores da sociedade, entre as organizações, (...) cada um fazendo o seu, mas uma coisa completando a outra”.*

De uma maneira geral, a análise dos conteúdos apresentados neste grupo demonstraram uma visão de Intersetorialidade que avança para uma outra concepção, muito mais para uma

integração e conexão entre os diversos setores, organizações, instituições e sociedade, em que se considera e assume a importância da intersetorialidade, o que parece indicar um maior avanço na mudança de cultura e pensamento, diferente do grupo anterior que não participavam do PMSNB.

A Intersetorialidade foi vista como uma importante estratégia pra colocar em prática a Promoção da Saúde, na medida em que se volta para a questão da qualidade de vida e possibilita o avanço na área da saúde. Superar o modo de fazer setorializado vigente na maioria das instâncias governamentais, poderá evitar sobreposições de ações e um decorrente dispêndio de recursos (MENDES & FERNANDEZ, 2003; COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Outro ponto comentado por estes sujeitos relaciona-se ao fato de que, com a prática intersetorial, como um importante pilar da Promoção da Saúde, existe uma maior condição de aumentar sua resolutividade, na medida em que busca criar mecanismos que atuem de forma definitiva e eficiente sobre os problemas. Enquanto uma ação conjunta, a intersetorialidade resulta numa maior agilidade no planejamento, implantação e andamento das ações, projetos, avançando-se na melhoria da saúde.

O que tem a ver com a questão da complexidade comentada na discussão da subcategoria anterior. A partir de uma ação conjunta, tem-se a possibilidade de superar a visão reducionista e ampliar os horizontes de compreensão acerca dos problemas de saúde e seus diversos determinantes. O agir isolado, enclausurado não seria suficiente, seria incapaz de dar conta dos vários fatores condicionantes do processo saúde-doença. Ou seja, tal prática pode levar a análises equivocadas com soluções parciais, desarticuladas e incompletas dos problemas. (INOJOSA, 2001).

O fato de tomar a saúde de forma complexa, em todas as suas dimensões reconhecendo a necessidade de se estabelecer uma articulação e troca entre os vários saberes, remete ao campo da integralidade, também citada nestas falas. A concepção de integralidade na saúde, exige estratégias de intersetorialidade como meio de incentivar a convergência de políticas e práticas sociais na produção de qualidade de vida.

Sendo assim, promover saúde, significa desenvolver estratégias que incentivem práticas integrais, nas quais as ações intersetoriais assumem importante papel na formulação e gestão de políticas públicas. Tais práticas devem intervir nos diversos estágios e dimensões do processo

saúde-doença e ser capaz de satisfazer demandas individuais e coletivas (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006).

Os entrevistados afirmaram ainda que no desenvolvimento da Intersetorialidade também seria fundamental a participação da população para que ela compreenda como funciona a gestão e como uma forma de viabilizar a construção de ações integradas na medida em que trazem as suas necessidades e demandas. Para Inojosa (1998 *apud* COSTA, PONTES & ROCHA, 2006) a participação aumenta o diálogo com o setor governamental, pois facilita a identificação de problemas e eleição de prioridades.

Uma gestão comprometida com a cidadania amplia as condições de qualidade de vida, pois promove um compartilhamento contínuo, diálogo e troca de idéias e conhecimento entre indivíduos e grupos, tanto leigos quanto profissionais.

Além da compreensão dos sujeitos sobre o conceito de Intersetorialidade, é plausível relatar que quando questionados sobre a importância e limites, esta prática foi considerada importante para as políticas públicas, devido a possibilidade de agregação e troca de conhecimento fundamental para o aprendizado e para a necessidade de se trabalhar com foco no coletivo no intuito de superar individualismo em campos complexos como na saúde e seus determinantes, o que favorece o desenvolvimento do município.

A prática da intersetorialidade foi considerada incipiente porque na maioria das vezes, acontece apenas no discurso dos gestores, pois o fornecimento de serviços ocorre a partir de demandas por ações pontuais solicitadas por outros setores. Existe uma falta de interesse, compromisso, atitude e consciência sobre a necessidade de se criar um planejamento coletivo, sendo ainda muito focalizado no planejamento individual de cada secretaria o que gera superposição de ações e pouca interação para atingir objetivos e metas de maneira rápida e eficiente, além da falta de estrutura financeira e organizacional em municípios de pequeno porte.

O excesso de individualismo, interesses diferenciados e particulares de alguns secretários justificados pela falta de articulação, pouca disponibilidade pelo excesso de trabalho, pouco reconhecimento profissional e falta de respeito ao ponto de vista do outro e as pessoas estão mais preocupadas com o cargo e a posição política do que com o bem-estar do município, também foram bastante comentados como itens que dificultam a prática da intersetorialidade.

Na visão dos secretários, ao envolver toda a sociedade, a comunidade, os setores, cada qual com a sua participação, haverá uma maior conscientização sobre os problemas não só da saúde, mas do município como um todo. As políticas públicas só serão legítimas se forem pensadas por vários setores, principalmente a sociedade, e conseqüentemente, os ganhos coletivos geram os ganhos individuais.

### **c) Participação como “Empowerment”**

Para os interlocutores do projeto, a participação foi considerada como uma forma de *Empowerment (Empoderamento)*, ou seja, o sujeito é co-responsável e desenvolve consciência social e política de seu papel enquanto agente transformador na melhoria das condições de seu município.

### **ENTREVISTADO 11**

*“Quando eu me refiro a participação eu sempre tomo a questão da cidadania, das pessoas realmente se empoderarem e estarem conscientes do papel que estão desenvolvendo na comunidade e na sociedade. (...) As políticas públicas saudáveis elas devem estar presentes na comunidade. Mas por outro lado a comunidade tem que ter esse empoderamento e saber que elas são co-responsáveis nessa participação, nessa efetivação de políticas públicas”.*

### **ENTREVISTADO 16**

*“E a conscientização também. Tem gente que não gosta de cobrança. Eu não gosto de ignorância, mas cobrança é muito bom. Já ta vendo o que a gente trabalhou e conscientizou, que ele está se empoderando”.*

### **ENTREVISTADO 3**

*“(...) porque a sociedade participando da produção dela. Porque como é que eu vou construir alguma coisa pra o município se a sociedade não tá participando, se a sociedade é quem tá formando o município. Não são pessoas! Os governantes passam ali, os profissionais passam e a sociedade fica”.*

### **ENTREVISTADO 8**

*“(...) Não existe política pública, verdadeira, não existe legitimidade nas políticas se não partir da participação das pessoas, se não for dos sonhos, do anseio das pessoas. Acho que Paulo Freire fez um questionamento, ele disse em algum lugar (...) mas acho que foi ele que fez uma pesquisa, acho que foi em Recife nos anos 70, e um dos anseios de uma determinada comunidade*

*era um rádio! Comprar um rádio. Que coisa mais interessante, é você ouvir as pessoas. Então, não existe política legítima se as pessoas não disserem qual é a política que eles precisam. Não existe. Tem apelido de política. Parece ser política, mas não é”.*

A participação foi destacada acima como uma forma de empoderamento através do exercício de cidadania, onde o sujeito é co-responsável e desenvolve consciência social e política de seu papel enquanto agente transformador na melhoria das condições de saúde de seu município.

O processo de conscientização que se traduz no aumento da capacidade de apreender a realidade de forma produtiva, torna-se instrumento de emancipação, pois amplia o poder de decisão e de intervenção dos indivíduos e coletividades. Esta conscientização revela-se fruto do empoderamento tido como um processo que oferece maiores possibilidades das pessoas decidirem sobre suas vidas de forma autônoma.

Stark (1996 apud Kleba, 2005) defende que as pessoas devem ter a capacidade e a competência para tomar decisões com base numa reflexão crítica e com maior conhecimento sobre os recursos disponíveis de seu meio sócio-ambiental os quais possam conduzir ao desenvolvimento pessoal e a melhoria da qualidade de vida.

Ao se implementar políticas de promoção da saúde deve-se reconhecer que o princípio da participação e do empowerment não devem ser separados. É fundamental que se rompam as barreiras que limitam o exercício pleno da cidadania e o desenvolvimento de sistemas que reforcem a participação como preconizada nas Conferências Internacionais de Promoção, principalmente na Carta de Ottawa e de Bogotá.

Ao assumir sua condição de cidadão, o indivíduo se transforma em ator, engajando-se nos processos decisórios e discussões fundamentais de sua vida. Para isso, é preciso acreditar que é possível participar, isso requer um sentimento de pertencimento e desejo de contribuir para o processo de desenvolvimento político e social.

Segundo Carvalho (2004), o ideário da Promoção da Saúde pode contribuir com a ruptura entre práticas que são históricas na saúde, pois fornece elementos para transformação da hegemonia sanitária e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários, que pensam nos interesses coletivos em prol da qualidade de vida de seu município como um todo.

Quando questionados sobre a importância da participação para as políticas públicas, os secretários relataram que nesta prática a sociedade está participando de sua própria produção: o crescimento e desenvolvimento do seu município. Um maior acesso da comunidade possibilita abertura para reivindicações, críticas, maior entrosamento e interação com a gestão, desenvolvendo-se, conseqüentemente, um maior grau de conscientização, colaboração, educação, responsabilidade, assim como um maior sentimento de valorização, pertencimento e o cuidado com a promoção da saúde em seu município.

Considerou-se que a política pública só é legítima se for construída com a participação da sociedade que é o principal alvo e beneficiários desta. Neste sentido, o sujeito deixa de ser um mero executor de tarefas e se transforma em um ator que participa, cria, inova na construção dessas políticas municipais.

A participação também gera conhecimento e multiplicação de informações no sentido de que a melhoria dessa informação por parte da população pode contribuir para evitar o estrangulamento do sistema de saúde e possibilitar o desenvolvimento de ações que a comunidade realmente necessita.

## 8. CONCLUSÕES

As conclusões a seguir não pretendem exaurir os temas aqui discutidos, mas apresentar apenas algumas reflexões realizadas sobre a visão destes atores que fazem parte da gestão nos municípios saudáveis.

De uma maneira geral, os secretários demonstraram uma visão abrangente acerca do campo da Promoção da Saúde relacionada a uma necessidade de mudança nos modelos de desenvolvimento da sociedade, reflexo das condições de vida, que são os determinantes da saúde na população. Foram tratadas questões como a melhoria da qualidade de vida e adoção de comportamentos saudáveis no cuidado com a própria saúde, políticas públicas saudáveis, meio ambiente e a importância de se ter o município como saudável e produtor de saúde, que leve em conta a participação da comunidade e dos setores como parceiros na construção das políticas municipais.

Entretanto, mesmo apresentando uma visão sobre o conceito de Promoção que condiz com as novas concepções dentro deste campo e supera àquela concepção hegemônica que focaliza a doença, a prática foi exemplificada com ações e projetos que não eram condizentes com o discurso destes sujeitos.

Na medida em que eram questionados sobre exemplos que pudessem demonstrar a efetivação dessa nova visão, os secretários relataram ações que eram de iniciativas do governo federal ou de organizações que não eram pertencentes ao município, ações que surgiam apenas por demandas e necessidades da comunidade e dos setores, e as poucas iniciativas municipais que foram relatadas, não conseguiam colocar em prática os pilares da Promoção da saúde de forma conjunta, ou seja, essas poucas ações ou focalizavam especificamente a Intersetorialidade ou focalizavam a Participação da comunidade.

Houve uma diferença significativa entre as visões dos secretários que participavam e não participavam do PMSNB no que diz respeito à distinção sobre os temas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças, bem como também em relação aos pilares: Intersetorialidade e Participação Social.

Com relação a essa diferenciação entre promoção e prevenção, é válido lembrar que quando questionados sobre o conceito de Promoção da Saúde, como dito anteriormente, os secretários

como um todo, trouxeram uma visão mais global acerca desta área. Quando o pesquisador relacionava o tema ao campo da prevenção, a questão acabou se tornando uma forma de indução das respostas dos sujeitos que não participavam ativamente do projeto, pois estes não conseguiram distinguir os termos, confundindo os conceitos e restringindo a Promoção ao âmbito da saúde.

A falta de atuação destes secretários foi justificada pela pouca disponibilidade de tempo existente pra se dedicar a outros espaços de participação devido a grande responsabilidade que exige o próprio cargo de gestor.

Estes mesmos sujeitos compreendiam a Intersetorialidade ou como uma forma de parceria realizada para o auxílio a demandas pontuais e momentâneas que surgiam entre os setores ou sendo uma forma de articulação entre os setores restritos da saúde, educação e ação social na realização e continuidade de alguns projetos e ações. Já o conceito de Participação Social foi descrito como uma forma de escutar as necessidades da comunidade ou como sendo uma maneira da comunidade apenas tomar parte das ações realizadas pelo município ou que já vêm prontas e definidas no modelo do governo federal.

Os secretários que eram interlocutores entre a comunidade e a gestão destacaram a importância do projeto. Antes de sua implantação se tinha uma visão mais geral sobre a Promoção da Saúde como uma questão de autonomia, de melhor condição de vida, questão ambiental, econômica, social em todos os aspectos. O projeto trouxe uma visão mais específica da promoção com a questão da formação de redes, articulação entre os setores, união entre poder público e sociedade civil, sustentabilidade.

Com relação à diferença entre os conceitos de Promoção e Prevenção estes sujeitos conseguiam distinguir e não apresentaram nenhuma dificuldade em falar especificamente de cada um deles, mesmo quando o pesquisador relacionava as duas áreas no decorrer da realização da entrevista. Vale salientar que o roteiro de questões foi o mesmo para todos os sujeitos entrevistados. A promoção foi relacionada à melhoria das condições de vida enquanto que a prevenção era vista como uma maneira de evitar doenças.

No que diz respeito ao conceito de Intersetorialidade, os secretários interlocutores do PMSNB visualizavam este campo como uma forma de integrar e vincular os diversos setores da sociedade e da gestão, enfatizando a sua importância e a necessidade de mudança na cultura e

pensamento tanto da sociedade como dos governos. Entretanto, na prática percebeu-se pelo discurso dos entrevistados, que a Intersetorialidade acontece de forma incipiente ou não acontece ainda por estar centrado no excesso de individualismo e setorização ainda existente nas secretarias e quando acontece, o trabalho é desenvolvido a partir de necessidades e demandas por ações pontuais trazidas pelas outras áreas.

No que concerne à visão sobre Participação Social, esta foi compreendida como sendo um espaço que possibilita o empowerment individual e coletivo, onde se exercita a cidadania e os sujeitos tornam-se co-responsáveis na melhoria das condições de saúde de seu município.

Assim como a Intersetorialidade, também foi trazida como incipiente e dependente de uma série de fatores. Primeiro, na gestão está limitada à disponibilidade de recurso financeiro e na comunidade limitada à falta de investimento, de geração de renda, falta de oportunidade, falta de retorno e credibilidade na gestão.

Em segundo lugar, a falta de participação foi vista também como um problema causado por questões político-partidárias e pela falta de voluntarismo gerada pela grande necessidade financeira de comunidades pobres de cidades do interior.

Em terceiro lugar, de acordo com os entrevistados, essa participação não depende apenas do acesso dado pela gestão, dos espaços de reivindicação, mas de um cidadão que acredite no objetivo que se quer alcançar; um cidadão engajado nas ações.

Apesar disso, a participação é vista como um campo de grande relevância na construção das políticas municipais, pois se trata de um processo democrático de decisão, de escuta e reivindicação da comunidade. Uma ajuda social que estimula a conscientização social e política

A diferença das concepções, do envolvimento e da atuação indica a necessidade de ampliar a participação dos secretários e de planejar mais atividades intersetoriais para os gestores locais nos municípios estudados. Ao mesmo tempo, verificou-se que a grande mudança de comportamento e visão daqueles que se envolveram com a proposta, demonstra a efetividade das ações desenvolvidas nos últimos quatro anos em cada um dos municípios.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. Promoção da Saúde: Da prevenção à mudança social. **GT de Promoção da Saúde e DLIS**. 19-23 de Junho de 2004. <Disponível em: [www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)>

ABRASCO. Promoção da Saúde consolida-se. **GT de Promoção da Saúde e DLIS**, 2005 <Disponível em: [www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)> Acesso em Setembro de 2007.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: HUCITEC, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, 2004.

BECKER, D.; EDMUNDO, K.; NUNES, N. R.; BONNATTO, D. & SOUZA, R. Empowerment e Avaliação Participativa em um Programa De Desenvolvimento Local e Promoção da Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n. 3, p. 669-678, jul/set, 2004.

BOSI, M. L. M. & AFFONSO, K. C. Cidadania, Participação Popular e Saúde: com a palavra, os usuários da Rede Pública de Serviços. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 14 (2): 355-365, abr-jun, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <[www.saude.gov.br/bvs/conf\\_tratados.html](http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.html)>. Acesso em Março de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: MS, 2006. <Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)> Acesso em Abril de 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. <Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui.htm)> Acesso em abril de 2007.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. *In* CZERESNIA, D. E FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2003.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. & CASTRO, A. M. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-748, jul/set, 2004.

CARVALHO, S. R. Os Múltiplos Sentidos da Categoria “Empowerment” no Projeto de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul-ago, 2004.

CARVALHO, S.R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeitos e mudança**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

CASTRO, A. & MALO, M. **SUS: Resignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R. & ROCHA, D. G. Intersetorialidade na Produção e Promoção da Saúde. *In*: CASTRO, A. & MALO, M. **SUS: Resignificando a Promoção da Saúde**. São Paulo: HUCITEC: OPAS, 2006.

CZERESNIA, D. (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DAGNINO, E. **Sociedade Civil, Participação e Cidadania: de que estamos falando?** *In*: MATO, D. (org). Políticas de Ciudadania y sociedad civil en tiempos de Globalización. Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela, 2004.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo. Cortez, 1988.

DENZIN, N. K. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**/Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln; trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. trad. Sandra Netz. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO DE SÁ, R. & NISHIDA, M. Concepção e esboço de um modelo de avaliação para o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. In: FRANCO DE SÁ, R. YUASA, M. & VIANA, V. P. (org). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FRANCO DE SÁ, R. YUASA, M. & VIANA, V. P. (org). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FREY, K. Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. 21. p 211-259. 2000.

GOHN, M. G. Empoderamento e Participação da Comunidade em Políticas Sociais. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago 2004.

INOJOSA, R. M. **Sinergia em políticas e serviços públicos**: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos FUNDAP, n. 22, p. 102-110, 2001.

KLEBA, M. E. **Descentralização do sistema de saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argos, 2005.

LEFEVRE, F. & LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MARTINS, C. E. O. **O circuito do poder: democracia, participação, descentralização**. São Paulo: Estrelinhas, 2000.

MENDES, R. **Promoção da Saúde e o Movimento por Cidades Saudáveis**. In: MENDES, R. Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

MENDES, R. & FERNANDEZ, J. C. A. **Práticas Intersetoriais para a Qualidade de vida na cidade**. In: CEPEDOC Cidades Saudáveis, São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: HUCITEC. p. 197-247, 2004.

MINAYO, M. C.; HARTZ, Z.; BUSS, P. M. Qualidade de Vida e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva na Cidade**. v. 5, nº 1, 2000.

MORIN, E. **O Pensamento Complexo, um pensamento que pensa**. In: Morin, E. & Maigne, L. A Inteligência da Complexidade. São Paulo: Peirópolis, 2000.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde, **Municípios e Comunidades Saudáveis**. Guia dos Prefeitos para Promover Qualidade de Vida, OPAS, 2002. <Disponível em: <http://www.opas.org.br/publicac.cfm>> Acesso em 05 de abril de 2008.

OURIQUES, J. C. **Análise de documentos internacionais de Promoção da Saúde: Possíveis contribuições para a Educação Física Brasileira**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

PAILLÉ, P. & MUCCHIELLI, A. **Analyse des Données Qualitatives en Sciences Humaines et Sociales**. Paris: Galimard, 2003.

POPE, C. & MAYS, N. Analisando Dados Qualitativos. In: **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde**. Trad. Ananyr Porta Farjado. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RESTREPO, H. Conceptos y definiciones. In: RESTREPO, H. MÁLAGA, H. **Promoción de la Salud: Cómo construir vida Saludable**. Bogotá: Editorial de Medicina Internacional, 2001.

RICHARDS, T.J. & RICHARDS, L. **Using Computers in Qualitative Research** in N. Denzin & Y.s. Lincoln (eds.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. London. Sage. 1998.

STOTZ, E. N. ; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 5-19, maio-ago, 2004.

VASCONCELOS, E. M. A Proposta de Empowerment e sua Complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da Saúde Mental. In: **Revista Serviço Social & Sociedade**. Editora Cortez. n. 65, ano XXII, março, 2001.

VIANA, A. L. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração Pública**, 30 (2) 5-43. Mar/Abr. 1996.

VIANA, A. L. **Enfoques Metodológicos em Políticas Públicas: novos referenciais para o estudo sobre políticas sociais**. In CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde. São Paulo. Editora HUCITEC /ABRASCO, 1997.

VIANA, V. P. Controle Social: questões para o debate. In: FRANCO DE SÁ, R. YUASA, M. & VIANA, V. P. (org). **Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil: Conceitos, Metodologia e Relações Institucionais**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 635-667, 2006.

WESTPHAL, M.; MENDES, R.; COMARU, F. A. **A Promoção da Saúde e as cidades**. In: CASTRO, A. . SUS: Resignificando a Promoção da Saúde. São Paulo: HUCITEC: Opas, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**/ Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Código do Entrevistado - \_\_\_\_\_ Data de Realização \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Secretaria /Órgão \_\_\_\_\_

Você conhece o Projeto Municípios Saudáveis? Como?

Na sua concepção, o que seria Promoção da Saúde?

E Prevenção? Qual a importância de sua aplicação?

Você percebe diferenças entre a Promoção da Saúde e Prevenção? Quais?

Na sua concepção, o que seria Intersetorialidade?

No seu âmbito de atuação, como se desenvolve a intersetorialidade?

Qual a importância da Intersetorialidade para as políticas públicas do município?

Na sua concepção, o que seria Participação Social?

No seu âmbito de atuação, como se desenvolve a Participação Social?

Qual a importância desta participação para as políticas públicas do município?

(Na sua prática, no seu âmbito de atuação)

Quais as ações/projetos são desenvolvidas (ou foram? ou serão desenvolvidas) no município e que são guiadas por estas diretrizes?

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ abaixo assinado declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

Esta pesquisa tem como objetivo: Analisar a visão dos secretários das prefeituras dos municípios que participam do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil acerca da Promoção da Saúde.

Os procedimentos que serão 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 ou constrangimento para os participantes neste tipo de pesquisa.

Os benefícios da pesquisa vão proporcionar elevada possibilidade de gerar conhecimento no campo da Promoção da Saúde e sua aplicação na prática cotidiana.

A responsável pela pesquisa é a aluna: Ana Paula de Melo, Psicóloga, estudante de pós-graduação stricto-senso do Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFPE/ PIPASC, residente à Rua Dona Maria Lacerda, 140 apt. 104 Bl. D Várzea, Telefone – 88819415 estará a disposição para responder e esclarecer qualquer dúvida que eu tenha em relação aos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.

A minha participação é voluntária e estou ciente de 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. Será entregue uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a minha pessoa.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou impressão do participante

\_\_\_\_\_  
Ana Paula de Melo – pesquisadora  
responsável

\_\_\_\_\_  
Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Testemunha 2

## Melo, Ana Paula de

Promoção da Saúde: o olhar do gestores sobre o Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil / Ana Paula de Melo. – Recife: O Autor, 2008.

88 folhas: il., quadros.

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

Inclui bibliografia e apêndices.

### **1. Promoção da Saúde – Municípios Saudáveis.**

#### **I. Título.**

614  
614

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
CCS2008-096

