

fortalecendo a construção de uma agenda eticamente comprometida com a transformação social em pelo menos três esferas de atuação (GT ABRASCO, 2005¹⁹): a) Plano da atenção à saúde com uma lógica e um modelo de gestão que favoreçam a autonomia dos sujeitos; b) Esfera da gestão social de políticas públicas com base na intersetorialidade e na participação popular e c) Plano do modelo de desenvolvimento geral centrado na distribuição equitativa de bem-estar na sociedade alicerçado numa ação de *advocacia* da saúde.

3. Como avaliar a Promoção da Saúde?

Se assim definimos o campo da Promoção da Saúde, então como avaliá-lo? Louise Potvin (2002), durante a oficina “Pesquisa avaliativa em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário”, realizada no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, nos apresentou as seguintes questões:

- 1) Considerando que a Promoção da Saúde é um imperativo ético, é possível ser avaliada?

¹⁹ Trecho da carta escrita pelos membros do GT ao Exmo.sr. Ministro da Saúde Dr. Saraiva Felipe em julho de 2005, durante Oficina no Congresso de Ciências Sociais da ABRASCO, em Florianópolis.

- 2) O que é mais importante de ser avaliado: os princípios, valores e contextos ou os resultados e impactos?
- 3) Como avaliar o fortalecimento de comunidades e instituições?
- 4) Como relacionar produção científica, assessoria, execução de programas e a avaliação participativa?
- 5) Como avaliar se o programa atende necessidades e demandas pré-existentes?
- 6) Como construir indicadores dentro dessa nova perspectiva avaliativa?
- 7) É possível envolver a comunidade e o poder público no processo de avaliação?
- 8) Em situações onde a Promoção da Saúde é uma política incipiente é preciso combinar institucionalização e empoderamento da comunidade. Como isso ocorre e como pode ser avaliado?
- 9) Pode a avaliação aumentar a objetividade ou a eficiência do diálogo político?

Essas e outras questões ainda estão sendo respondidas e são fruto de muitos debates. Na Europa, o projeto *Getting Evidence into Practice* (SAAN, 2005) coordenado pelo Instituto Holandês de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

(NIGZ) indica que a avaliação da Promoção da Saúde deve inter-relacionar permanentemente prática, pesquisa e política. Inspirados em Rootman *et al.* (2001) apresentam quatro idéias-força para pensar nesse tipo de avaliação:

- 10) Existe um sistema de referências comum representando uma interface importante entre as diversas atividades, terminologias e princípios da Promoção da Saúde;
- 11) Para se obter evidências do que dá certo na Promoção da Saúde não se deve mostrar somente o que funciona, mas COMO²⁰ isso funciona e sob quais condições, o que implica em pesquisas e relatórios contínuos que contemplem NECESSARIAMENTE²¹ resultados, métodos e capacidades individuais, sociais e organizacionais indispensáveis;
- 12) Todas as pesquisas em Promoção da Saúde devem considerar os princípios fundamentais deste campo do saber e de intervenção como parceria com a população, respeito pelas dinâmicas e complexidade da ação. Mais esforço e diversificação nas pesquisas, evidenciando método, logística e reconhecendo o papel das

²⁰ Destaque da autora.

²¹ Destaque da autora.

capacidades individuais, coletivas e organizacionais necessárias e;

- 13) As evidências não são compartilhadas espontaneamente. Deve haver gerenciamento desses dados para que se compreenda não somente o que dá certo, mas **como e porque** dá certo.

Cloetta et all. (2005) comprovam essa dificuldade de demonstrar efetividade na área de promoção da saúde pelas seguintes razões: as medidas de promoção da saúde não agem diretamente sobre a saúde, mas sobre seus determinantes/condicionantes que estão encadeados de forma complexa no cotidiano das pessoas; os efeitos se manifestam em longo prazo; é praticamente impossível estabelecer o impacto das medidas e projetos isolados e é muito difícil estabelecer relação direta entre os resultados e as medidas implementadas em virtude de diversos fatores de influência externos.

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Berna, do Instituto Universitário de Medicina Social e Preventiva de Lausanne e da Promoção da Saúde Suíça criou um instrumento de categorização que tenta auxiliar a superar a dificuldade de encontrar evidências de efeitos positivos nos projetos alicerçados na promoção da saúde. Alguns parâmetros foram estabelecidos para a utilização do instrumento: todos os

resultados concretos sobre a melhoria da qualidade de vida das pessoas devem ser atribuídos a uma categoria pré-estabelecida no instrumento; cada resultado deve poder ser atribuído a uma só categoria; o instrumento deve poder ser utilizado para planejamento e para avaliação; deve permitir categorizar resultados (objetivos) desejados e visados, mas também os não desejados e não visados; possui categorias e subcategorias articuladas; deve ser compreensível e utilizável pelo pessoal responsável. O instrumento foi inspirado em Nutbeam (2000) e financiado pela Promoção da Saúde Suíça.

O instrumento elaborado por Cloetta et al. (2005) apresenta quatro colunas onde a coluna A está reservada às medidas propostas pela Carta de Ottawa. Na coluna B são indicados os resultados diretos e imediatos das atividades e medidas que podem ser fatores de influência sobre os determinantes da saúde apresentados na coluna C. A coluna D está reservada para metas epidemiológicas visadas em matéria de promoção da saúde como melhoria da qualidade de vida, esperança de vida em boa saúde, etc.

Quadro 1 - Instrumento para categorização de resultados em Promoção da Saúde

	A - Atividades de Promoção da Saúde (PS)	B - Resultados diretos	C - Efeitos sobre os determinantes da saúde	D - Benefícios para a população Saúde
Efeitos sobre infra-estruturas	Desenvolvimento de ofertas de PS	Ofertas em PS	Meio-ambiente físico favorável à saúde	
Efeitos sobre legislações, administrações, organizações e redes institucionais.	Colaboração e interesses entre organizações	Estratégias de PS nas políticas institucionais	Meio-ambiente social favorável à saúde	Aumento da esperança de vida em boa saúde
Efeitos sobre grupos, comunidades e população.	Mobilização social	Potencial social e engajamento favorável à saúde	Recursos pessoais e tipos de comportamentos favoráveis à saúde	Diminuição de taxas de mortalidade precoce e de morbidade
Efeitos sobre os indivíduos.	Desenvolvimento de competências pessoais	Competências individuais favoráveis à saúde (vida)		

Fonte: Cloetta et al. 2005

Considerando o instrumento apresentado acima e tentando operacionalizar o processo de avaliação, atentamos para o que Akerman²² (2002) nos propõe quando se trata de avaliar iniciativas de Promoção da Saúde. Os seguintes eixos integradores devem ser considerados:

²² Em Oficina do V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, março de 2002, Curitiba sobre "Pesquisa Avaliativa em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Comunitário".

- 1) A participação, em cada estágio da avaliação, e de maneira apropriada, de todos os que têm interesse legítimo na iniciativa;
- 2) O uso de múltiplos métodos;
- 3) A ampliação das capacidades individuais, coletivas e organizacionais e;
- 4) Ser apropriada à natureza complexa da intervenção e ao seu impacto de longo prazo.

Apesar de o instrumento ser um avanço na área de avaliação em Promoção da Saúde ainda se verifica um apego grande ao setor saúde propriamente dito na coluna D. No entanto, essa coluna confirma a necessidade da permanente advocacia da saúde nas atividades de Promoção da Saúde.

Gostaríamos de detalhar as subcategorias das colunas B e C, conforme nos recomendam os autores do instrumento para que se possa compreender melhor a forma de verificar evidências de efetividade em projetos de Promoção da Saúde.

Resultados diretos da Promoção da Saúde (Coluna B):

B-1) Ofertas de promoção da saúde: importância da oferta, acessibilidade da oferta e expectativas dos grupos-alvo, utilização da oferta e satisfação dos usuários, sustentabilidade e perenização da oferta;

B-2) Estratégias de Promoção da Saúde nas políticas institucionais: engajamento firme e comprometido dos tomadores de decisão e/ou pessoas-chave, documentos escritos para ações significativas, modificações organizacionais funcionais, intercâmbios e cooperações eficazes;

B-3) Potencial social e engajamento favorável à saúde: existência de grupos ativos encarregados de discutir questões relativas à promoção da saúde, colaboração de novos atores, grau de importância das questões junto à população, apropriação e protagonismo das questões de saúde pelos grupos populacionais;

B-4) Competências individuais favoráveis à saúde: conhecimento dos processos e temas, atitude positiva em relação ao tema, novas atitudes pessoais ou sociais, reforço da autoconfiança, efeitos sobre os determinantes da saúde.

Quanto à Coluna C relativa aos efeitos sobre os determinantes da saúde verificam-se as seguintes subcategorias:

C-1) Meio-ambiente físico favorável à saúde: redução das influências físicas e químicas nocivas, manutenção e melhoria dos recursos naturais (solo, água, fauna, flora, clima, etc), instalações e produtos favoráveis à saúde;

C- 2) Meio-ambiente social favorável à saúde: Apoio social, existência de redes, integração social, clima social, igualdade / equidade de chances em matéria de qualidade de vida;

C – 3) Recursos pessoais e tipos de comportamento individuais favoráveis à saúde: gestão de riscos, compreensão das exigências gerais da vida, melhoria do comportamento ou de tipos de comportamento em favor da saúde.

O instrumento apresentado pretende abranger diversos itens relacionados à promoção da saúde, mas percebe-se a necessidade de adequação para a realidade do agreste nordestino, nosso contexto de trabalho. Categorias mais diretamente ligadas ao eixo gestão-política devem ser mais bem exploradas para atender às necessidades locais de evidências de promoção de qualidade de vida e desenvolvimento social e humano local.

Dessa forma, como se viu, ainda se está definindo um *framework* mais geral para avaliação em Promoção da Saúde. No entanto, sabe-se que se faz necessário envolvimento e conhecimento profundo de cada intervenção para que se possam desenhar modelos de avaliação apropriados a cada experiência. O conhecimento dos princípios da avaliação, dos interesses em jogo, a delimitação desses interesses (Quem encomenda? Por quê? Para que?) e a adequação dos modelos devem ser orientados por peritos na temática, devido à complexidade do campo da Promoção da Saúde. Ao mesmo tempo, todos devem participar do processo de avaliação e apoiar os peritos nos recortes que forem necessários ser feitos durante a avaliação.

4. Esboço de um modelo

A partir do que foi descrito acima, da participação em seminários, congressos e grupos temáticos, da participação na avaliação do capital social das comunidades engajadas no Projeto, da aplicação do instrumento da OPAS que analisa pilares ou eixos como: participação; políticas públicas saudáveis; colaboração intersetorial; sustentabilidade; e estruturas saudáveis e boa governança a partir dos valores centrais de equidade, *empoderamento*, diversidade e solidariedade além de capacidades e normas comunitárias,

condicionantes materiais e físicos e da análise de uma proposta feita pela perita Misa Nishida (2005) da JICA, nós esboçamos um modelo complexo (mas não complicado) de avaliação do projeto “Municípios saudáveis no Nordeste do Brasil” sob a responsabilidade de seu Comitê de Monitoramento e Avaliação. Esse modelo, inspirado na proposta de Nishida (2005) atua por níveis como a própria concepção do Projeto (FRANCO DE SÁ et al, 2005). Dessa forma, teríamos:

Nível Micro

Objetivo:

Avaliar de forma participativa o processo de apropriação do método Bambu, o aumento das capacidades individuais e coletivas, a melhoria da capacidade de cognição, metacognição e reflexão dos participantes (mais focado na avaliação pessoal). Verificam-se os recursos pessoais, comportamentos e competências individuais, o potencial social e o tipo de engajamento favoráveis à melhoria da qualidade de vida local.

Métodos:

a) Uso do instrumento Rubric para acompanhar a evolução na elaboração dos conceitos e na apropriação dos

mesmos seguindo os eixos e atributos propostos pelos instrumentos da OPAS e da ENSP;

b) Fichas reflexivas após oficinas;

c) Avaliação de empoderamento a partir do modelo utilizado pela JICA em Santa Cruz de la Sierra na Bolívia;

d) Avaliação do passo-a-passo do método Bambu e reformulação sempre que se fizer necessário;

e) Instrumento de Cloetta et all. (colunas B3, B4 e C3).

Participantes:

População, facilitadores, supervisores, equipe técnica.

Responsáveis pela avaliação:

Facilitadores locais, Comitês de Monitoramento e Avaliação, de Formação e Execução Local.

Nível Meso

Objetivo:

Avaliar de forma participativa a existência de ofertas e estratégias de Promoção da Saúde nas políticas institucionais, e o processo de transformação dessas ofertas e estratégias em políticas públicas. São analisadas, as

articulações e integrações das políticas existentes, as existências de meio-ambiente e de capitais físicos e sociais favoráveis, além da demanda e da oferta de capacitações e cursos de formação para o município.

Métodos:

- f) Avaliação da articulação entre nível micro e meso. Compreensão da população sobre este link;
- g) Avaliação do capital social existente (SOCATS);
- h) Análise de documentos, eventos, planos, programas e projetos existentes e propostas institucionais;
- i) Análise e monitoramento da intersetorialidade através da existência de colaboração, articulação ou integração das agendas políticas, das atividades institucionais e demandas locais. A forma de promover a colaboração, articulação ou integração deve ser observada e acompanhada;
- j) Avaliação do empoderamento no nível municipal (compreensão das condições do empoderamento);
- k) Análise da oferta de capacitações institucionais (integração, participação, intersetorialidade, interesse em atingir determinantes / condicionantes da qualidade de vida).

Participantes:

Gestores municipais, supervisores, facilitadores, equipe técnica, população.

Responsáveis:

Comitê de Monitoramento e Avaliação, Comitê de Execução Local, Supervisores.

Nível Macro

Objetivos:

Avaliar a transformação das ofertas e estratégias de Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde nos municípios em políticas públicas regionais e ou estaduais.

Métodos:

- a) Avaliação participativa do engajamento da população, supervisores, equipe técnica, gestores municipais e estaduais no processo;
- b) Compreensão do significado de sucesso num projeto complexo de promoção da saúde e da necessidade e interesse de divulgação e difusão da proposta;
- c) Avaliação participativa dos interesses institucionais, políticos e sociais em jogo.

Participantes:

Instituições exógenas, gestores municipais, supervisores, facilitadores, população de todos os municípios (fórum).

Responsáveis:

Comitê de Monitoramento e Avaliação e Comitê de Políticas Públicas.

Projeto

Objetivos:

- a) Avaliar o alcance dos resultados gerais e cumprimento de prazos propostos no Project Design Matrix. Analisar possíveis mudanças;
- b) Avaliar o papel dos Comitês;
- c) Avaliar o gerenciamento e o planejamento interinstitucional. Analisar a importância, o papel, os ajustes documentais, estratégias institucionais, culturais e relacionais;
- d) Avaliar a importância para as populações locais.

Métodos:

- a) Utilização do instrumento PCM da JICA;
- b) Utilização do modelo de Mintzberg sobre estratégias de planejamento institucionais;

c) Oficinas avaliativas.

Participantes:

Todos os Comitês e membros das instituições exógenas.

Responsáveis:

Comitê de Monitoramento e Avaliação, Comitê de Planejamento, Comitê Administrativo, Comitê Executivo de Gerenciamento.

5. Conclusão

Como acabamos de apresentar o campo de avaliação em Municípios Saudáveis e Promoção da Saúde, levanta diversos questionamentos. Concordamos que o processo e os resultados devem ser constantemente verificados, bem como o registro sistemático do contexto e da metodologia de avaliação, que por sua vez também deve ser constantemente monitorada e reavaliada. E mais: para que avaliar? Para quem avaliar? Quais os interesses em jogo? Como medir de fato a efetividade das ações, projetos e programas de promoção da saúde?

Pereira Lima e colaboradores (2004) nos trazem a seguinte reflexão: como definir a “evidência” do êxito de um programa que investe na melhoria da qualidade de vida quando o contexto

macro estrutural é adverso, tornando qualquer avanço qualitativo extremamente significativo e relevante! Ainda de acordo com os autores, em programas que visam a inclusão social e a cidadania, qualquer progresso com relação à própria vida já demonstraria efetividade.

Além do mais, registramos que Potvin (2005) nos alerta para o fato que nem sempre efetividade caminha junto de alcance de equidade. Intervenções e programas bem intencionados podem resultar em situações de iniquidade. Dessa forma é mais importante se ater em questões de equidade na avaliação das práticas de Promoção da Saúde do que na efetividade dos programas, projetos e ações.

Em suma, é importante finalizar registrando que apesar do que ainda se tem a caminhar nessa seara, sabe-se que o monitoramento e a avaliação de programas, projetos e ações de Promoção da Saúde, assim como as discussões sobre a sua efetividade podem apoiar a transformação social almejada, propondo, construindo e fortalecendo políticas públicas saudáveis, promovendo equidade, sustentabilidade, formação de redes solidárias e justiça social.

6. Referências

- CLOETTA, B., SPENCER, B., SPÖRRI, A., RUCKSTUHL, B., BROESSKAMP-STONE, U. & ACKERMANN, G. **Un outil pour la catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé.** *Promotion & Education*, volume XII, 2, 2005.
- FRANCO DE SÁ, R., YUASA, M., PINCOVSKY, S. & MELO FILHO, D.A. **Healthy municipalities and Social Inclusion in the Northeast of Brazil.** Julho 2005. 14th InterUniversity Consortium for International Social Development Symposium. Recife, 2005. Disponível em: < <http://iucisd.org/brazil/2005>> Acesso em: 23/01/2006.
- NISHIDA, M. **Esboço do esquema de avaliação do Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil.** Mimeo. 2005.
- NUTBEAM, D. & WISE, M. *Australia: planificación para una salud mejor. In Promoción de la salud: una antología.* Publicación científica 557 da Organización Panamericana de la Salud –OPAS. 1996.
- NUTBEAM, D. **Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century.** *Health Promotion International*, 15, 259-267. 2000.

- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia de avaliação participativa de municípios e comunidades saudáveis: recursos práticos para a ação**. Agosto 2004.
- PEREIRA LIMA V.L.P.G. e cols. Perspectivas na Avaliação em Promoção da Saúde, Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macroestruturais adversas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, Vol 9 (3) julho/setembro, pp. 679-696.2004.
- POTVIN, L. *Conflicting Values for Evaluation : Effectiveness or Equity, Conceitos e Abordagens em Promoção da Saúde*. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: UIPES/ORLA-BR, ENSP/FIOCRUZ, ABRASCO. 2005. Disponível em: < In www.abrasco.org.br>. Acesso em 27/08/2005.
- ROOTMAN, I., GOODSTADT, M., HYNDMAN, B., MCQUEEN, D., POTVIN, L., SPRINGETT, J. & ZIGLIO, E. (eds.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and perspectives*. **WHO Regional Publications, European Series**, n.92, Copenhagen: World Health Organization. 2001.
- SAAN, H. En route vers l'évidence: le chemin parcouru en Europe. In **Promotion & Education, European Project Getting Evidence into Practice**. IUHPE/UIPES (1) 2005 – Edition especial p.41-42. 2005.

CONTROLE SOCIAL: QUESTÕES PARA O DEBATE.

Valdilene Pereira Viana

1. Introdução

O surgimento no final da década de 70 e início dos anos 80, de sujeitos políticos coletivos e dos chamados “novos movimentos sociais”, cujas reivindicações tornaram-se demandas por bens e serviços coletivos, foram importantes para a redemocratização do País. A organização e mobilização desses sujeitos políticos ocorreram principalmente através de sindicatos, associações de bairros, movimento em defesa da vida e contra a carestia, grupo de mulheres, entre outros, permeados por conteúdos democráticos. As conquistas foram efetivadas, em parte, pela ampliação dos direitos sociais e políticos na Constituição de 1988, tais como: direito à greve; sindicalização dos servidores públicos; direito à saúde, assistência e previdência, através do capítulo da Seguridade Social.

Estas lutas culminaram na criação de diversas de formas de participação que vêm sendo praticadas no País, dentre quais podemos citar: referendun, plebiscito, iniciativa popular. No entanto, para a efetivação da participação nas funções de

planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação de resultados das políticas públicas se faz necessário instituir um canal institucional de caráter permanente. Assim, foram criados, na forma jurídica, os chamados Conselhos Setoriais ou Conselhos de Políticas Públicas que apresentam características equivalentes, no que tange à natureza, papel, funções, atribuições, composição, estrutura e regimento.

A articulação e mobilização dos segmentos da sociedade civil neste processo se caracterizam pela participação no processo de luta pela necessidade de socialização da política e dos meios de governar. O objetivo é descaracterizar as oligarquias locais, confrontar de interesses coletivos com as diferentes representações e corporações, tanto no poder local como no nível mais amplo de poder político e da esfera econômica nacional. Dentro desta perspectiva a democratização do Estado, tornou-se um dos objetivos dos grupos organizados para exercer o controle social sobre o Estado.

2. Participação Popular

A participação entendida como ação desenvolvida por sujeitos políticos em coletividade no enfrentamento dos desafios sugere ampliação dos espaços democráticos 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. Ressaltamos que a participação expressa particularidades a partir da sua determinação histórica. Ou seja, a correlação de forças remete à possibilidade da permanência ou não de traços tradicionais de cultura política do poder social local. A cultura política tradicional pode coexistir com padrões democráticos de intervenção, constituindo-se num duplo movimento de contradição, de avanços e recuos.

A proposta de participação da sociedade no planejamento e controle das políticas públicas é legitimada - juridicamente garantida - pela ampliação da noção de cidadania e de direitos sociais. A efetivação do exercício do controle social vem reforçar a organização e a mobilização, favorecer a população com melhorias nos serviços e aproximar a gestão pública da sociedade.

3. Controle Social: os conselhos de políticas setoriais

O termo controle social inicialmente foi relacionado como o controle do Estado sobre a sociedade, que nas últimas décadas vem sofrendo alterações e significados políticos distintos. Nos meados dos anos 1980, com o processo de redemocratização,

houve uma inversão do conceito que passa a ser relacionado ao controle da sociedade sobre o Estado. Assim, entende-se que a sociedade através dos segmentos sociais organizados passa a controlar as ações do Estado, a partir da fiscalização e monitoramento da gestão pública na implementação das políticas setoriais, avaliando objetivos, processos e resultados.

Em geral, o controle social é exercido pela sociedade sobre as gestões municipal, estadual ou federal. Suas funções são discutir, elaborar, fiscalizar e controlar as políticas setoriais. Os (as) conselheiros (as) em geral são eleitos por instâncias representativas dos segmentos sociais para as três esferas do governo. Tem caráter paritário e deliberativo.

A participação da população através dos conselhos não deve ser vista como um entrave junto à gestão, ao contrário torna-se fundamental porque traz para o centro do debate o processo de construção da democratização das relações entre o Estado e a sociedade.

Entretanto, para que isso possa ocorrer é necessário à educação para cidadania, elemento fundamental na tomada coletiva de decisão sobre as prioridades na saúde, educação, habitação, transporte, lazer... Ou seja, quanto mais coletiva for à tomada de decisão, maior será o grau de participação e, conseqüentemente, a democratização da gestão.

Os ordenamentos políticos que fazem parte das sociedades democráticas capitalistas são resultantes as múltiplas determinações do real e das correlações de forças sociais presentes na mediação política. Portanto, é necessário compreendermos que os conselhos, não corrigem o distanciamento histórico entre o governo local e a sociedade civil, e nem tampouco, solucionam todas as demandas reprimidas junto ao aparelho estatal. Pois, a gestão governamental pode implementar ações que não podem ser ajuizadas em curto prazo, trazendo avaliações e repercussões distintas nos diversos setores e segmentos sociais. Essas repercussões decorrem da organização e mobilização dos segmentos, da cultura política dos sujeitos políticos e das relações sociais que se estabeleceram e desenvolveram nos espaços políticos.

4. Papel dos Conselhos.

Entender o papel dos conselhos é instituir no cotidiano dos sujeitos políticos e das instituições a possibilidade de mudança na cultura política; indo além do seu mero papel fiscalizador de contas públicas, ou seja, a principal função dos conselhos é restabelecer o caráter democrático do Estado, tanto no plano político como no social. É ir além da esfera eleitoral traduzida

pelo voto, ou seja, do âmbito da democracia delegativa para a democracia participativa.

O (A) conselheiro (a) para exercer suas funções precisa decodificar para a população os problemas e elaborar soluções dos problemas. É fundamental para o exercício do controle social reconhecer a distinta realidade regional do país e as diferenças raciais, geracionais, sexuais, étnicas e de gênero como parte da heterogeneidade humana.

Nestes termos, entendemos que compartilhar das decisões governamentais sugere modificações do ponto de vista do aprendizado e considerar a participação da sociedade como uma necessidade política fundamental. Ressaltamos que não basta criar mecanismos de participação, é necessário também criar mecanismos de capacitação para que possamos melhor avaliar, fiscalizar e propor medidas alternativas e criativas de gerir políticas.

5. O Controle Social em Pernambuco

A participação popular na política de saúde no estado de Pernambuco possui uma trajetória de luta e avanços. O controle social é objeto de articulação e mobilização, desde o ano de 1994, quando foi criado o Coletivo de Conselheiro Municipal de

Saúde do estado de Pernambuco (COSAPE), composto por segmentos de usuários e trabalhadores. Executou em parceria com a Universidade Federal de Pernambuco através do Núcleo de Saúde Pública, Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e a Estadual de Saúde dois projetos de capacitação e atualização. Desde então aconteceram outros processos de capacitações que envolveram outras instituições como a FIOCRUZ através do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, escola de saúde pública e articulação de usuários conselheiros. Atualmente o estado possui 184 municípios todos com conselho em funcionamento²³. Em termos de articulação podemos citar Rede de Conselheiros (as) Usuários (as) de Saúde de Pernambuco com mais de 80 conselheiros (as) de saúde de 39 municípios do estado.

Como canal institucionalizado, tem um papel importante na discussão de temas como: relação com o setor privado, organização de serviços, orçamento, epidemias, saneamento básico, vigilância sanitária. Entretanto, é fundamental que estes

²³ De acordo com a Lei 8142/90 “tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”. É importante ressaltar que existem 5.537 conselhos de saúde atingindo aproximadamente a totalidade dos municípios brasileiros (5.560), o que sugere 86.000 conselheiros.

temas estejam relacionados e articulados no enfrentamento dos problemas encontrados pelos conselheiros. As temáticas pressupõem uma lógica de articular as necessidades básicas de conhecimento sobre o exercício de seu mandato no conselho, na defesa dos interesses prioritários de seus municípios.

Neste sentido, os conselhos são constituídos da esfera pública e privada, no qual emergem demandas e necessidades por saúde, neles também são criados mecanismos na tentativa de resolutividade de conflitos estabelecidos pelas contradições de classe, configurando-se, assim, num espaço de articulação de disputa de hegemonia. Portanto, é um processo em construção, um mecanismo de democratização da sociedade e do Estado, tem um potencial maior promover a transparência política da gestão e das ações institucionais governamentais.

Elucidamos que existem outros meios de controle social no âmbito das três esferas de governo – que incorporam a sociedade civil organizada incluindo o movimento de mulheres que atuam no setor saúde -, que fortalecem a cidadania, a democratização da relação entre o Estado e a sociedade e a socialização da política e dos meios de governar, ou melhor, favorece o exercício de decidir coletivamente, tais como: Conselhos Comunitários de Saúde; Conselhos dos Direitos da Mulher, Conselhos Gestores ou Diretores de Unidades de Saúde, Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos Humanos e Contra a

102

Violência, Conselho de Saúde, Conselho de Educação, Orçamento Participativo, Ministério Público, Instituto de Defesa do Consumidor, Tribunais de contas, entre outros.

6. Conclusão

Por fim, a atuação dos conselheiros usuários e trabalhadores em saúde deverá ser pautada a partir da reconstrução do conhecimento, ampliação da participação, percepção dos sujeitos a partir do seu cotidiano e da realidade social, socialização de informações e negociação entre os sujeitos, fortalecendo o exercício da política, criatividade e do trabalho em grupo.

7. Referências

- PEDROSA J. I. S. Controle social no SUS: os conselhos de saúde e a eficácia política. Revista APS. **Revista de Atenção Primária em Saúde**. N°. 05, p.20-25, 2000.
- VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Orgs.). **Educação, Saúde e Cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- VIANA, V. P. **Controle Social na Política Municipal de Saúde**. 1995. 250f. Dissertação (Mestrado em Serviço

Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1995.

VIANA, V. P. & VIEIRA, A. C. S. O processo de capacitação de conselheiro municipal de saúde e o exercício do controle social no estado de Pernambuco. In Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 7. 2000. Brasília/DF. **Anais...**Brasília: ABEPSS, 2000. p. 33-43.

EQUIDADE E UNIVERSALIDADE NO PROJETO MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL

Valdilene Pereira Viana

1. Introdução.

O sistema de saúde, que tem como princípio a universalização, é aquele que proporciona a todos o acesso, independentemente de sexo, renda, raça, idade e risco, com recurso público, a serviços assistenciais em quantidade e qualidade. Nestes termos, consideramos que no processo de desenvolvimento local e promoção da saúde a universalidade e a equidade significa ir além da ampliação do acesso à assistência médica básica para segmentos mais pobres da população. Entendemos que estes conceitos estão relacionados intrinsecamente as necessidades reais e das demandas por saúde, tendo respeito às diferenças individuais e culturais como determinantes para estabelecer direito à saúde.

No projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, universalidade e equidade são categorias teóricas essenciais, independentemente das justificativas postas para sua não-concretização (alto custo do sistema, capacidade técnica,

resolutividade da rede, modelo de atenção, etc). São princípios determinantes orientadores do projeto que preconiza a promoção da saúde e a construção de uma agenda de políticas públicas saudáveis, baseado no desenvolvimento local como condição necessária para ampliar o acesso, melhorar a qualidade de vida, estimular o controle social, a ética e o empoderamento da população.

A universalidade, entendida aqui saúde para todos, considera as diferenças individuais e as heterogeneidades de condições, requer distribuição equitativa de recursos estatais para que o sistema de saúde assegure a efetivação das necessidades individuais e coletivas por saúde. Em determinado contexto histórico e social, existem necessidades diferenciadas da população por saúde, portanto, para que sejam atendidas, tornam-se necessárias ações governamentais que considerem as diferenças, reconheçam as diversidades no processo de adoecer e morrer da população.

No campo sanitário, a universalidade encontra-se no âmbito da esfera pública. Explicando melhor, na esfera pública, a universalidade diz respeito à efetivação de um direito constitucionalmente garantido. Portanto, o usuário, na sua condição individual, não deve ser compelido pela falta o atendimento de suas necessidades de assistência à saúde.

2. Equidade na Promoção da Saúde.

De acordo com Duarte (2000:444), equidade é caracterizada por Turner em quatro tipos distintos:

1) A equidade ontológica que se refere à igualdade fundamental entre as pessoas; no marxismo estaria baseada na potencialidade da práxis comum, livre e transformadora.;

2) A equidade de oportunidades, característica do liberalismo político clássico, que acha possível uma mobilidade social a partir da igualdade de oportunidades, no acesso a posições sociais resultantes da competição entre os indivíduos, que alcançarão suas posições mediante seus méritos, habilidades e talentos. Esta perspectiva afirma que é possível alcançar a igualdade de oportunidades mediante igual distribuição de direitos e deveres, a base da teoria rawlsiana;

3) A equidade de condições que está ligada à igualdade de oportunidades, pois, para competir, os indivíduos têm que estar submetidos às mesmas condições de habilidades e méritos pessoais; nivelamento da satisfação de um mínimo de necessidades básicas substancialmente iguais a todos;

4) A equidade dos efeitos ou dos resultados, pela qual a legislação busca reparar os efeitos das desigualdades sociais. Existe um conflito entre as desigualdades econômicas geradas pela competição de mercado e o apelo democrático por igualdade social, que origina tensões entre o campo político e o

econômico, entre as desigualdades geradas pela exploração e mais valia e a igualdade exigida por valores éticos-políticos.

Esses quatro tipos nos levam a refletir sobre iguais necessidades para diferentes usuários. Entendemos que necessidade é um conceito geral, pode estar situada em desejo manifesto ou em carências. Os desejos são pessoais e podem permanecer no inconsciente, ao contrário das necessidades, não podem ser totalmente verbalizados. Já as carências são consideradas abstrações, conformam o campo sóciopolítico (HELLER, 1996).

Já, para Jardanovski e Guimarães (1993:41),

Na teoria, entretanto, ainda não foi possível definir o que viria a ser de fato necessidade por cuidados de saúde. O único ponto acordado é que esta tem seus contornos estabelecidos, em primeira instância, pelo delineamento e monitoramento do perfil epidemiológico e, em última instância, a relação entre médico / paciente, com a soberania do primeiro.

Entendemos que necessidade é um termo amplo, envolve questões individuais e coletivas, tem característica ética, social e política. Na saúde, necessidade não pode ser confundida por demanda em serviços de assistência, por sua vez, as demandas

são influenciadas por elementos como, por exemplo, aspectos epidemiológicos, pelo processo saúde/doença, nível educacional, aspectos religiosos e culturais, distribuição espacial e geográfica dos recursos, entre outros.

Equidade em saúde é um termo utilizado como acesso igualitário aos serviços (em facilidades e dificuldades), que requer ofertas, qualidade, tecnologia e recursos humanos qualificados, num sistema de saúde em que a assistência está baseada num *mix* de público e privado²⁴, como é o caso do nosso País. As iniquidades em saúde evidenciam desigualdades não só no igual acesso ou condições de saúde, mas também dificuldade na obtenção de produtos e insumos gerados pelo monopólio dos grandes laboratórios farmacêuticos, setor tecnológico de imagens, etc.

A equidade implica tratamento desigual para os desiguais. Se os indivíduos são diferentes, precisam ter tratamento diferenciado. Assim, passa a existir a idéia das desigualdades justas. Portanto, o tratamento desigual é considerado justo para o indivíduo em vulnerabilidade social.

²⁴ O termo é usado para caracterizar o Sistema Único de Saúde e abrange os serviços públicos nas três esferas de governo e o setor privado em suas várias formas de prestação de serviços: filantrópicos, lucrativos, beneficentes, dentre outras.

A equidade fundamentada na diferença diz respeito às variações biológicas naturais como sexo e idade, de comportamentos livremente escolhidos que comprometem os indivíduos, como o tabagismo, que são desvantagens sobre grupos de comportamento considerados saudáveis. Não podem ser consideradas desigualdades ou iniquidades. Estas diferenças são atributos pessoais, estão no âmbito particular, que caracterizam a heterogeneidade entre os homens.

Assim sendo, cresce a perspectiva de discriminação positiva no sentido de garantir mais direitos aos que têm mais necessidades. Ao mesmo tempo, nesta abordagem, ganha importância e espaço a caracterização das iniquidades ou desigualdades injustas em saúde. Estas definidas enquanto problemas evitáveis que, em geral, tendem a seguir as desigualdades existentes entre as classes e frações próprias das sociedades capitalistas.

Compreendemos que as relações de produção e as condições objetivas de reprodução do capital determinam as chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes da utilização daqueles recursos. Neste sentido, equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas - determinações sociais do processo saúde-doença (TRAVASSOS, 1997).

Entendemos que, na saúde, universalidade e equidade possuem papéis distintos, porém, complementares. A universalidade é um princípio norteador da política. A equidade é uma diretriz a ser seguida pelo modelo assistencial. Portanto, não podem ser entendidos como sinônimos. Universalidade com equidade é parte de um projeto político mais amplo de defesa do direito de todos à saúde. Diferentemente da universalidade seletiva, aqui, entendida como mecanismos de restrição de direitos conquistados pela classe trabalhadora e frações de classes.

Diferente da universalização, que tem sua base no socialismo, a focalização tem referência no liberalismo de Milton Friedman (1988). Em sua principal obra, *Capitalismo e Liberdade*, analisa temas referentes ao papel do livre mercado no desenvolvimento da economia, liberdade política e as funções limitadas dos governos. O nome liberalismo enfatiza a liberdade, diz o autor, porém, ao longo dos anos, o termo foi modificado principalmente na área da economia política. Para o autor, os liberais do século XX consideram a igualdade e o bem-estar como alternativas para a liberdade. São, ainda, favoráveis aos governos centralizados, ao defender o bem-estar e a igualdade, acabam por defender o surgimento das mesmas linhas paternalistas de intervenção governamental, exatamente ao contrário do liberalismo clássico.

De acordo com Friedman (1988:157), boa parte da desigualdade foi gerada pelo mercado, com ampla contribuição governamental, portanto, parte dela pode ser eliminada. Entretanto, para haver uma redistribuição de renda seriam necessários certos ajustes socioeconômicos tais como: fim dos privilégios dos monopólios concedidos pelo governo, tarifas e outras medidas que beneficiam grupos particulares, ampliação das oportunidades educacionais.

Friedman (1988:145) afirma que a redução das ações estatais é melhor para redistribuição de renda e para a liberdade de mercado, da propriedade individual, por isso defende que a ação estatal seja focalizada em grupos mais vulneráveis às injustiças. Isto justificaria a distribuição direta numa sociedade de mercado livre. Assim, para o autor, a focalização passa a ser uma estratégia de distribuição de serviços estatais para as políticas públicas setoriais, como a saúde. Ou seja, com a focalização, as ações básicas passam a ser destinadas apenas para grupos e segmentos sociais mais pobres.

Nestes termos, discordamos do autor, pois entendemos que a focalização reduz a garantia do direito fundamental de todo cidadão à saúde. Ao focalizar em segmentos mais pobres e grupos mais vulneráveis, o Estado transforma o direito em uma prerrogativa da subalternidade. A saúde, como dever do Estado e direito do cidadão, com garantia jurídico-formal constitucional

e legalmente regulamentada, deixa de ser um direito social fundamental de qualquer indivíduo.

Para o liberalismo, os indivíduos em maior desvantagem teriam mais atenção da ação estatal, no que se refere à quantidade e à qualidade da assistência à saúde, em detrimento dos mais favorecidos, que, ao possuírem meios financeiros, devem buscar no mercado meios e serviços para suprir sua necessidade por saúde.

Entendemos que equidade é uma das diretrizes fundamentais do sistema de saúde, isto significa dizer que o modelo de atenção e a rede assistencial de serviços devem considerar as diversidades de condições de vida e de estados de saúde em nossa população. Ou seja, pressupõe tratar desigualmente os desiguais, os que mais necessitam de mais atenção, a fim de se equiparar com as populações que se encontram com melhor qualidade de vida e condições de saúde (JARDANOVSKI & GUIMARÃES, 1993).

A equidade para Escorel e Giovanella (2000:11) é um

Princípio distributivo de partes iguais para iguais, ou seja, um tratamento de mesmo tipo e qualidade para pessoas com o mesmo tipo e gravidade de doença e com iguais condições de

recuperação. O critério de igualdade no caso é estabelecido pelas condições de saúde.

A equidade, definida operacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem como princípio a igualdade de oportunidades, leia-se “*a cada um conforme seu potencial*” baseado no liberalismo clássico. A equidade referida sugere criar iguais oportunidades em saúde, para possibilitar a todos realizar suas necessidades. A dificuldade está em efetivar oportunidades justas²⁵, acatar o princípio democrático de igualdade de condições e definir o potencial de saúde de cada indivíduo em sociedades capitalistas alicerçadas por profundas desigualdades sociais (SCOREL e GIOVANELLA, 2000).

Conforme afirmam Jordanovski & Guimarães (1993:40),

O significado de equidade tem sido frequentemente associado ao conceito de justiça social. Sua definição e os atributos daí decorrentes dependem do conjunto de

²⁵ Sobre a questão da equidade, Rawls (2000a) nos remete à desigualdade justa que significa maximizar o ganho de quem recebe menos; o que equivaleria à perspectiva de melhoria da condição de vida daqueles menos favorecidos. Este conceito de equidade está incorporado no princípio de justiça distributiva. A idéia não é levar ao cidadão apenas assistência básica e sim favorecer para que estes sejam capazes, a partir de igualdade social e econômica apropriada a sua necessidade, de conduzir seus próprios assuntos. Noutros termos, seria o indivíduo ter condições de prover sua saúde aderindo a seguros privados, liberando o Estado desta função. Ressaltamos ainda que para Rawls nem toda desigualdade constitui iniquidade no sentido de injustiça.

valores predominante nesta sociedade. Desta maneira, o significado de equidade, que informa determinado sistema de saúde e seus objetivos, só pode ser compreendido à luz dos diferentes valores de cada organização socioeconômica e, conseqüentemente, da definição que se coloca sobre o conceito de justiça social.

As dimensões mais estudadas de equidade em saúde²⁶ são as condições de consumo de serviços de atenção básica de saúde pela população. Volta-se a discutir a determinação social do processo saúde/doença, ou melhor, a saúde como determinante das condições e da qualidade de vida (ALMEIDA, 2000).

3. Universalidade na Promoção da Saúde

A discussão entre universalidade do acesso nas ações de promoção de saúde tem sua base na reforma do setor saúde, tanto na dimensão política quanto na econômica, requer também uma análise acerca dos projetos de Reforma da Saúde, em curso. Bravo & Matos (2000:23), afirmam que, no Brasil, no contexto de mudança e tensão dos anos noventa, existem atrelados à

²⁶ ESCOREL, Sarah. Dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/serviços.arquivo.sarah.doc>> Acessado em 10/08/2003.

dinâmica sóciopolítico e econômica, dois projetos societários antagônicos:

O da sociedade articulada sobre uma democracia restrita, que diminui os direitos sociais e políticos, e o de uma democracia de massas, com ampla participação social, conjugando as instituições parlamentares e os sistemas partidários com uma rede de organização de base salientada nos sindicatos, comissões de fábricas, organizações profissionais e de bairros, movimentos sociais urbanos e rurais.

A estes projetos societários estão associados e em disputa dois projetos de reformas de saúde: o Projeto da Reforma Sanitária, construído nos anos 80, e o Projeto de Saúde, articulado com o mercado, este, hegemônico nos anos 90. Estes projetos de reforma têm sido objeto de reflexão no campo da saúde, devido ao projeto neoliberal de Reforma do Estado, em curso, nos países latino-americanos subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

De acordo com Teixeira (2000:267),

(...) constata-se que o perfil de necessidades sociais de saúde por grupo, segundo condições de vida, apresenta uma situação na qual determinados grupos sociais, especialmente os

‘pobres’, ‘marginais’ e ‘excluídos’ acumulam problemas e necessidades não satisfeitas, ao tempo em que são, (...) os grupos com menor capacidade de expressão política e social de suas demandas e interesses.

Neste aspecto, consideramos que os determinantes sociais são também causadores do adoecer e morrer e que o processo saúde / doença é parte resultante dessas desigualdades no consumo de serviços de saúde, consolidando as iniquidades em saúde.

As desigualdades em saúde, desnecessárias e evitáveis, decorrem da relação da exploração das classes menos favorecidas, conseqüentemente, o aumento da concentração de renda dos mais ricos gera o agravamento das condições socioeconômicas da população. Desta forma, as iniquidades em saúde possuem uma particularidade no campo ético-político e socioeconômico, uma vez que refletem as contradições da sociedade de classes.

A evolução recente do sistema de serviços de saúde brasileiro mostrou que a universalização idealizada pelo movimento sanitário se concretizou de forma excludente. Na análise de Mendes (2001: 98),

A expansão da universalização do sistema de saúde, por baixo, veio, inicialmente, acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camada médias e de operariado qualificado, por cima. O sistema, finalmente, acomodou-se: a expulsão provocada pelo racionamento no sistema público foi compensada pela absorção desses segmentos nos sistemas privados.

Afirma ainda o autor:

A combinação de crise orgânica do Estado com a universalização dos direitos à saúde, ou seja, a instituição de princípios generosos, mas destituídos de base material para concretizá-los por inteiro, levou a uma forma singular de universalização, denominada excludente (2001: 97).

O conceito "*Universalização Excludente*", expressão formulada por Favaret e Oliveira (1990), foi elaborado para demonstrar que o direito à saúde no Brasil veio acompanhado por mecanismos de racionamento que envolve aumento na procura por serviços sociais públicos; ampliação das filas nos setores de atendimento; baixa qualidade dos serviços prestados; diminuição de recursos para a área social; implementação de programas focais e seletivos. Nestes termos, esses mecanismos de racionamento fazem com que passe a existir uma universalização que exclui segmentos sociais, no lugar de incluir.

Essa universalização pode, ainda, ser compreendida como a necessidade de reduzir (racionalizar) o acesso da população aos serviços de assistência à saúde.

4. Focalização e Seletividade na Promoção da Saúde.

Os fundamentos da seletividade e da focalização²⁷ estão embasados na lógica liberal de igualdade de oportunidades para todos, partindo do pressuposto de que as desigualdades econômicas e sociais são inevitáveis. Nos Estados social e economicamente avançados, a igualdade de oportunidades não busca a padronização da igualdade “todos os homens são (ou nascem) iguais”, ao contrário, a busca se dá pelas oportunidades e/ou chances (ou pontos de partidas) iguais, numa situação de competição, para obtenção de bens escassos.

No liberalismo político rawlsiano, para estabelecer certas igualdades, a instituição básica da sociedade deve prover inicialmente a igualdade de oportunidades, favorecer aqueles

²⁷ As ações focalizadas têm como alvo os que mais sofrem fortemente a vulnerabilidade social. A definição de vulnerabilidade está relacionada às seguintes situações: ocorre quando há falta de informações precisas e relevantes; inacessibilidade dos cidadãos a serviços, equipamentos e suprimentos necessários para sua qualidade de vida; falta de confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais (PALMA & MATTOS, 2001:577).

que estão em desvantagens socioeconômicas, por exemplo, países em desenvolvimento, como o Brasil, poderiam se investir mais em recursos advindos das três instâncias governamentais, para ampliar o acesso à educação básica. No liberalismo, torna-se necessário o reconhecimento das desigualdades entre indivíduos, pois, através de suas diferenças, será possível estabelecer o princípio da reparação (RAWLS, 2000).

É preciso chamar atenção para a seguinte questão: colocar indivíduos pertencentes a diferentes frações de classes no mesmo ponto de partida, alegando que tal fato irá favorecer os mais pobres, necessariamente, não resulta em igualdade. No liberalismo, a desigualdade torna-se um instrumento de igualdade, ou seja, para corrigir uma desigualdade de classe, criam-se novas condições de acesso, falseando a realidade, a partir de “*nova igualdade*” (BOBBIO, 2000). Na verdade, o que teremos é uma provável igualdade de *status* que passa a coexistir com a desigualdade econômica resultante do modo de produção e acumulação capitalista. Compreendemos que a desigualdade social e econômica resulta da exploração e da acumulação, portanto torna os homens historicamente desiguais entre si.

A política de ajuste neoliberal em países em via de desenvolvimento tem sérias repercussões; uma delas é o desajuste social, principalmente, no que se refere à efetivação de

políticas sociais de caráter universal destinada a toda a população, como o Sistema Único de Saúde²⁸.

5. Conclusão

No Projeto Município Saudável no Nordeste do Brasil a perspectiva de Promoção da Saúde é de ampliação dos direitos sociais, no direito à diferença, na efetivação da participação política na gestão estatal, através do controle social. Ou seja, os municípios têm o direito de expressarem suas opiniões, de fiscalizar ações governamentais e de proporem alternativas para gestão, não apenas para as políticas públicas, mas também para as questões centrais que dizem respeito à democratização do Estado e da sociedade.

A universalização na saúde, em tempos de redução do papel do Estado, vem sendo equacionada, pelo aumento da oferta de serviços de baixa complexidade para grupos populacionais mais vulneráveis. Isto ocorre porque, nos serviços

²⁸ O sistema de saúde brasileiro está organizado num modelo segmentado em três subsistemas: O SUS (público), Sistema de Atenção Médica Supletiva (privado) e o Sistema de Desembolso Direto (privado). O Sistema Único de Saúde se constitui num sistema público estruturado por um conjunto de ações e serviços de assistência à saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. O setor privado participa do SUS, como prestador privado ou conveniado de serviços de saúde, através de contrato. O financiamento é colaborativo das três esferas de governo, porém a maior contribuição vem do orçamento geral da União.

de saúde, a demanda sempre tende a superar a oferta, e essa disparidade pode ser resolvida de duas formas: no mercado, pela capacidade de pagar ou pelo critério de necessidade.

Ao aumentar a oferta de atenção básica para grupos populacionais mais vulneráveis e não ampliar a oferta de serviços especializados de média e alta complexidade, sem considerar o crescimento populacional, com aumento crescente do desemprego e mudanças no perfil epidemiológico dos agravos à saúde, adiciona mais demandas para o subsetor público do SUS, sem aumentar a capacidade de resolutividade na área de assistência médico-hospitalar. A centralidade da atenção básica para segmentos vulneráveis e a redução dos gastos para a rede de média e alta complexidade são determinantes para que os indivíduos inseridos no mercado formal de trabalho procurem prover sua assistência médico-hospitalar, portanto, tornando-se uma responsabilidade individual e efetivada via mercado.

O argumento de que a focalização, a seletividade e a segmentação são mecanismos de *"inclusão"* dos mais vulneráveis, parte do *"novo"* conceito de universalização *"seletiva"*, que sugere a estratificação econômica e social como definidora de expansão do acesso aos serviços assistenciais de atenção à saúde.

Discordamos que a universalidade do SUS possa ser requalificada em seu real significado histórico. A universalidade dos direitos sociais e, em particular, à saúde, resulta da correlação de forças presentes na sociedade. É um princípio que pautou e pauta a luta de classes trabalhadoras e subalternizadas na busca pela qualidade de saúde e vida.

Por fim, consideramos importante estabelecer temas de discussão que possam pautar o espaço da agenda política pública em defesa da Universalidade da Saúde, Equidade e Promoção da Saúde com objetivo de subsidiar os Conselhos de Saúde, movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, universidades e os sujeitos políticos, quais sejam:

- 1) Democratização do Estado e da sociedade na defesa dos direitos sociais;
- 2) Luta pela defesa do projeto de Reforma Sanitária;
- 3) Defesa da seguridade social;
- 4) Luta por mais financiamento para a seguridade social; capacitação dos conselheiros de saúde;
- 5) Política de recursos humanos que envolvam condições de salários e trabalho para os trabalhadores em saúde;
- 6) Ética e transparência nas decisões políticas e orçamentárias; entre outros.

6. Referências

- ALMEIDA, C. M. de Saúde nas Reformas Contemporâneas. In: COSTA, Ana Maria. HAMANN - Marchán, Edgar & TAJÉR, Débora (Orgs). **Saúde, equidade e gênero: um desafio para as políticas**
- BITRÁN, R. & MUÑOZ, C. **Focalización en la salud: conceptos y análisis de experiencias. Iniciativa Reforma Sector Salud**. Nº 45. Publicación USAID. Disponível em: <http://www.americas.health-sector-reform.org/publi_45/>. Acesso em: 06 ago. 2003.
- BOBBIO, N. **Igualdade e Liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2000.
- BRAVO, M. I. S. & MATOS, M. C. de. A reforma sanitária e a contra-reforma na saúde. In: **Universidade de Sociedade**, ano X, Nº 22, Nov. Brasília: ANDES, 2000. Pp. 23-28.
- DUARTE, C. M. R. Equidade na Legislação: um balanço do sistema de saúde brasileiro. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5 Nº 2. Rio de Janeiro: ABRASCO. 2000. Pp. 443-463.
- ESCOREL, S. & GIOVANELLÀ, L. ALAMES. **Oficina de trabalho. Reformas em saúde & equidade**. VIII Congresso Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES). XI Congresso Associação Internacional de Políticas de Saúde (IAHP). Termo de

- Referência. Texto preliminar de apoio ao debate. Havana, cuba 3-7 julho 2000. 12 p. Disponível em: <[http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/termo.html](http://www.http://www.ensp.fiocruz.br/conjuntura/termo.html)>
Acesso em: 10 ago.2003.
- ESCOREL, S. Dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Disponível em:<[hptt://www.opas.org.br/serviços.arquivo.sarah.doc](http://www.opas.org.br/serviços.arquivo.sarah.doc)>
Acessado em 10/08/2003.
- FAVERET Filho, P. & OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente. Reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. In: **Planejamento e Políticas Públicas**, jun, Nº 3. Rio de Janeiro: IPEA, 1990. Pp 139-162.
- FRIEDMAN, M. **Capitalismo e Liberdade**. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- GIOVANELLA, L. & TEIXEIRA, S.F. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In EIBENSCHUTZ, Catalina (Org). **Política de Saúde: Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Pp 177-198.
- HELLER, A. **Una revisión de la teoría de las necesidades**. Barcelona- Buenos Aires- México: Ediciones Paidós, 1996
- JARDANOVSKI, E. e GUIMARÃES, P. C. V. O desafio da equidade no setor saúde. In **Revista de Administração de Empresas**. 33 (3): 38-51, Mai/Jun São Paulo: FGV, 1993.

- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: TOMO I.**
Salvador: Casa da Qualidade, 2001.
- PALMA, A. e MATTOS, U. A. de O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e à questão da vulnerabilidade social. In: **História, Ciências, Saúde**, vol. VIII(3), set. -dez. Rio de Janeiro: Manguinhos, 2001. Pp. 567-90
- RAWLS, J. **Uma Teoria da Justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- TEIXEIRA, C. F. Modelos de Atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: MS/ CNS. 2000. Pp. 267-281.
- TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. In: **Cadernos de Saúde Pública**, Vol. 13 Nº 2. Abr / jun. Rio de Janeiro: CEBES, 1997.

**POR SI MESMO, A PARTIR DE SI MESMO: O
AUTOCUIDADO NO MUNICÍPIO SAUDÁVEL NO
NORDESTE DO BRASIL**

Rosane Paula de Senna Salles.

O nosso projeto, Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, trabalha na perspectiva de favorecer a melhoria da qualidade de vida de uma dada população, tendo como base o desenvolvimento social. O desenvolvimento e o fortalecimento de uma cultura da vida e da saúde envolvem diversos elementos relativos à evolução da cidadania e da capacidade de participação social. Nosso entendimento de promoção da saúde se afasta da visão utilitarista da mesma, que a considera apenas como um recurso para o desenvolvimento econômico, e se aproxima do imperativo ético defendido por Akerman (2005), que afirma a qualidade de vida enquanto direito humano, sendo a saúde entendida pelo seu aspecto positivo.

Nesse sentido advogamos a idéia de que a clarificação dos valores: solidariedade, equidade, empoderamento e diversidade, são fundamentais no fortalecimento da capacidade das comunidades atenderem suas próprias necessidades. Consideramos ainda como de grande importância os pilares propostos pela OPAS (2004), a saber: participação social;

política pública saudável; sustentabilidade; colaboração intersetorial; estruturas saudáveis e boa governabilidade, no fortalecimento de sinergias capazes de reformar o contrato social almejando a promoção da saúde, agregando ainda os princípios norteadores do desenvolvimento local e sustentado: base territorial, empoderamento, intersectorialidade, articulação entre níveis diversos de ação, sustentabilidade e integração (PREVÓST, 2001).

“A saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida” (RUSSEL, 1995).

A formação de redes de participação social com vistas à melhoria da qualidade de vida constitui um dos pilares do nosso projeto (FRANCO DE SÁ *et al.*, 2005). A participação social tem sido trabalhada a partir de metodologias afirmativas, que ao considerar a potencialidade das comunidades e valorizar a elevação da sua auto-estima atua incentivando-as para formulação e execução de micro-ações capazes de realizar transformações cotidianas no intuito de melhorar as suas vidas, produzindo autoconfiança, autonomia, parcerias e redes sociais de apoio.

A Declaração de Alma Alta ao eleger como princípio a ser alcançado a “Saúde para todos no ano 2000”, incentivou o desenvolvimento das ações voltadas para atenção primária à

128

saúde. Após 10 anos de trabalho e de acúmulo de experiências, a Carta de Ottawa surge e se firma como termo de referência para a promoção da saúde em todo mundo. Epp (1999) remarca que nela se delinea um marco para a Promoção da Saúde com base na equidade, assumindo como desafio à redução das desigualdades, o incremento da prevenção e o favorecer do enfrentamento das questões em saúde, sendo indicados três mecanismos para o enfrentamento dos problemas de saúde:

- 1) O autocuidado: decisão que o indivíduo toma em relação a sua própria saúde;
- 2) A ajuda mútua: ação que as pessoas realizam para ajudar umas as outras;
- 3) Ambiente saudável: criação das condições e meios favoráveis à saúde.

Foram propostas também três estratégias para sua execução:

- 1) Favorecer a participação da população;
- 2) Os serviços de saúde comunitários;
- 3) Coordenar políticas públicas saudáveis.

Essas estratégias se expressam em diferentes campos de intervenção que incluem:

- 1) A esfera individual no processo de desenvolvimento de capacidades e fortalecimento da autonomia dos sujeitos da ação;
- 2) A esfera coletiva na construção da universalização dos direitos com equidade;
- 3) A esfera institucional na transformação da cultura de gestão e de sua intervenção num formato transectorial que dinamize não apenas formulações de políticas e ações de governo, mas, também interações de redes sociais de mobilização e suporte;
- 4) A esfera ambiental na construção de ações que permitam o uso sustentado de recursos (ABRASCO, 2003).

A saúde quando vista a partir de uma perspectiva ampliada se relaciona com as questões de qualidade de vida em um enfoque integral e humano, tendo como propósito à transformação do indivíduo em sujeito da ação e do direito e autonomia dos sujeitos durante o processo do cuidado da saúde.

Há de cuidar e respeitar a si mesmo, constituindo-se em sujeito responsável pelos seus próprios atos.

Do cultivo de si mesmo parte a noção grega do autocuidado. Ao cultivo de si mesmo a cultura grega enfatizava e valorizava a importância da relação do indivíduo consigo mesmo, i.e. com o seu corpo e com a sua alma. Assim os gregos

manejavam uma visão integral do que deveria ser o cuidado de si e que incluía os cuidados do corpo, os regimes para saúde, os exercícios físicos sem excesso e a satisfação mensurada das necessidades.

Ainda dentro da concepção grega do “cultivo de si”, percebe-se a meditação, as leituras, as notas que se tomavam dos livros, as conversas e as reflexões sobre as verdades que se sabiam e que se apropriavam. É na cultura grega que se inaugura à noção do autocontrole como forma de autocuidado (COLLIER, 1993).

O contexto de descobrimento do autocuidado segundo Kickbusch (1996), tem início nas décadas de 50 e 60 através de uma atitude reflexiva entre a sociologia e a medicina em decorrência da rápida expansão do sistema médico na sociedade e coloca em foco questões a respeito à organização das enfermidades e seus tratamentos com as correspondentes interações entre profissionais e pacientes.

O autocuidado representou para os movimentos sociais preocupados com o tema saúde naquela época, e em particular para o movimento feminista, a possibilidade de reorganização política no sentido de atender ao desejo de autonomia, autodeterminação e independência da autoridade médica. Assim durante os anos 70 o autocuidado conheceu a popularidade

através dos movimentos que defendiam o bem-estar e a auto-ajuda os quais demonstraram haver outra maneira para enfrentamento das enfermidades que não aquelas baseadas apenas em protocolos médicos. Neste entendimento a abordagem de enfrentamento das enfermidades crônicas e dos processos de debilidade pode ocorrer através da aprendizagem e do apoio mútuo, alcançando-se níveis de vida independente e auto-estima. Isso pôde ser demonstrado através do êxito alcançado pelos grupos de auto-ajuda a adictos do álcool que pavimentaram o caminho para uma visão mais positiva das atividades das pessoas em benefício de sua própria saúde.

Essa abordagem acarretou alguns problemas tendo em vista que o autocuidado era considerado como uma atividade marginal, tanto por desafiar a dominação médica, como também por aportar determinada conseqüências em relação às conquistas políticas que imputavam ao Estado a responsabilidade sob a saúde das populações. O Estado ao se ausentar da sua responsabilidade enquanto promotor e gestor da saúde imputou ao indivíduo a responsabilidade pelo seu estado de saúde, gerando o efeito de “culpar as vítimas” e a diminuição dos serviços de saúde, resultando em debates em relação à diferenciação entre autocuidado e auto-ajuda.

Nos anos 80 a auto-ajuda e a saúde tornaram-se tema central a ser desenvolvido de forma global através da adoção de

132

estilos de vida considerados saudáveis por um sistema de atenção sanitária não profissional que se relacionava com subcategorias tais como: autocuidado, cuidado voluntário, auto-ajuda e serviços alternativos.

Nesse novo paradigma ocorre uma diferença radical na forma de conceber o autocuidado, posto que na década de 70 a conceituação do autocuidado deu-se a partir de uma perspectiva atomista centrada quase exclusivamente na responsabilidade individual, onde se esperava que os indivíduos modificassem suas condutas por motivo de saúde, segundo os preceitos da epidemiologia da conduta. O estilo de vida, se interpretado como modificação do comportamento, finda por gerar uma concepção estreita do autocuidado.

Já na conceituação do autocuidado dos anos 80, o que se buscava era atingir padrões de vida mais saudáveis por motivo de bem-estar através da adoção de estilos de vida saudáveis. Ao se atualizar o conceito de autocuidado como parte do conceito de estilo de vida, tomam-se atitudes e condutas relacionadas à saúde como parte integrante do estilo de vida global da sociedade, do grupo e do indivíduo o que permite compreender a saúde como um “projeto social” considerando a auto-ajuda e o autocuidado como comportamento social ativo para Promoção da Saúde.

É ainda interessante perceber que na prática a Atenção Primária de Saúde mudou a ênfase do diagnóstico de doenças para o diagnóstico dos riscos do indivíduo, da família e da comunidade, onde o objetivo dos grupos de auto-ajuda e autocuidado era o de atenuar, modificar ou eliminar os fatores de risco de doenças ou danos ao indivíduo ou família. O conceito de risco constitui a base preditiva e legitimadora para as medidas de prevenção em saúde. A noção de risco em saúde não evoluiu apenas na perspectiva individual e comportamental, mas também abrangeu a adoção de estilo de vida saudável centrado na higiene, conduta individual e risco.

Será justamente através do termo estilo de vida saudável que o conceito de risco se torna dúbio no campo da saúde posto que o termo estilo de vida saudável também se relaciona ao de qualidade de vida, sendo esse ainda mais abrangente em termos sociais do que o conceito de risco, por não se prestar à mensuração numérica (CASTIEL, 1999, 2002).

A estratégia de promoção não deve se confundir com a ênfase preventiva. O predomínio do saber fazer a respeito de uma enfermidade ou a respeito da otimização do estado de bem-estar guia as opções que cada pessoa assume frente ao cuidado (URIBE, 1999). O reconhecimento das limitações da percepção do conceito de risco individual restrito a estilos de vida individual e da família (esse que identifica as pessoas segundo

uma enfermidade ou um fator de risco), impulsiona a promoção da saúde na busca de referências mais abrangentes, respeitando o conceito de pessoa como ser integral. Tal como propõe Roux (1994) seria mais pertinente falarmos de prevenção do comportamento de risco e promoção de estilos de vida saudável.

Autonomia e autocuidado no exercício do Município Saudável.

A nossa qualidade de vida depende da satisfação das nossas necessidades sociais, as quais encontram expressões individuais importantes (WESTPHAL, 2000). De Negri (2004) propõe como estratégia promocional da qualidade de vida e saúde a autonomia.

Entende-se por autonomia a possibilidade da pessoa suprir seus desejos e necessidades por seus próprios meios ou por meios disponibilizados socialmente. Alguns elementos da qualidade de vida são expressos na esfera individual e outros na esfera coletiva. Aqueles da esfera individual se expressam através da autonomia dos sujeitos sociais e os da esfera coletiva ganham expressão através do conceito de equidade.

O autocuidado é um processo voluntário que permite as pessoas converter-se em sujeitos de suas próprias ações. É um ato individual que cada pessoa realiza quando adquire autonomia. O enfoque integral e humano do autocuidado tem

como referência à autonomia, essa se relaciona a um conjunto de decisões e práticas adotadas pelo indivíduo para exercer um maior controle sobre sua saúde. Representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu entorno, capaz de gerar um futuro mais saudável. As redes informais constituem recurso fundamental para a Promoção da Saúde e nelas se fomenta o respaldo social necessário para o indivíduo se relacionar em sua comunidade podendo melhorar a sua qualidade de vida. Um município saudável é aquele que cria e recria seus ambientes físicos e sociais, expandindo seus recursos de forma a proporcionar ocorrências de sinergias populacionais de apoio mútuo na atuação de todas as funções da vida e no desenvolvimento de seu potencial máximo visando à melhoria das condições de vida e de saúde (OPAS, 2002).

O centro deste processo é o incremento do poder das comunidades - a posse e o controle os seus próprios esforços e destino. Comunidades que trabalham para atingir objetivos comuns adquirem força e consciência de sua capacidade e poder coletivo. A autonomia aqui perseguida não diz respeito aos processos de escolhas unicamente individuais, a um exercício de vontade pura e simples. Da mesma forma, quando reconhecemos a importância do autocuidado, da auto-ajuda e da elevação da auto-estima das pessoas e grupos para o florescer da comunidade, não temos em mente que toda pessoa ou comunidade que as exercitem possam chegar onde desejam.

O que temos em mente é que o desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais nelas existentes e que ao intensificar o autocuidado, a auto-ajuda e o apoio social facilitamos o desenvolvimento de sistemas flexíveis de reforço da participação popular em direção da autonomia dos sujeitos sociais.

A autonomia implica necessariamente na construção de maiores capacidades de análise e de co-responsabilidade pelo cuidado consigo, com os outros, com o ambiente e com a vida (CAMPOS et al., 2004). Estratégias de "empoderamento" da comunidade supõem entre outras iniciativas, a educação para a cidadania, a socialização de informações, o envolvimento na tomada de decisões dentro de um processo de diagnóstico, o planejamento e a execução de projetos e ou iniciativas sociais.

A promoção do autocuidado possui princípios relacionados à prática social que implica em certo grau de conhecimento que dá lugar a intercâmbios e relações entre indivíduos. Nosso compromisso está em levar em conta a contextualização do autocuidado percebendo seus direcionamentos culturais de acordo com as características de gênero, etnia e ciclo de vida humano para o desenvolvimento de municípios saudáveis.

Referências

- ABRASCO – **Pró-GT de Promoção da Saúde e DLIS**. Fórum Social Mundial – Porto Alegre 23 de janeiro de 2003. –.
- AKERMAN, M. **Saúde e Desenvolvimento Local – princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. São Paulo: Editora HUCITEC, 2005.
- CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, 9(3): 745-749, 2004.
- CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz, 1999.
- _____. Internet e o autocuidado em saúde: como juntar os trapinhos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol 9(2):291-314, maio-ago. 2002.
- COLLIER, MF. **Promover la vida**. Madrid: Interamericana; 1993.
- EPP, J. Lograr la salud para todos: um marco para la promoción de la salud. In. **Promotion de la salud: uma antologia**. Washington, D.C.: OPS, c 1996 xii, Publicación Científica; 557. 1996.
- DE NEGRI A. Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade das políticas públicas. In. A. M. G. SPERANDIO (Org.) **O processo de**

construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas. IPES Editores, 2004.

FRANCO DE SÁ, R., YUASA, M., PINCOVSKY, S. & MELO FILHO, D. A. **Healthy municipalities and Social Inclusion in the Northeast of Brazil.** Julho 2005. 14th InterUniversity Consortium for International Social Development Symposium. Recife, 2005. Disponível em: <<http://iucisd.org/brazil/2005>> Acesso em: 23/01/2006.

KICKBUSCH, ILONA. El autocuidado en la promoción de la salud In **Promotion de la salud: una antologia.** Washington, D.C.: OPS, c 1996 xii, Publicación Científica; 557. 1996.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Municípios y comunidades saludables. **Guia de los Alcades para promover calidad de vida.** División de Promoción e Protección de la Salud. Washington DC, OMS. 2002.

Guia de avaliação participativa de municípios e comunidades saudáveis: recursos práticos para a ação. Agosto 2004.

PRÉVOST P. **Les dimensions et processus du développement des collectivités locales.** Cahiers de recherche IREC 01-05. Institut de recherche et d'enseignement pour les coopératives de l'Université de Sherbrooke, (IRECUS), 2001.

ROUX, G. I. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables em el desarrollo

- de la salud. In. **Educación Médica y Salud**, Vol.28, No.2 (1994).
- RUSSEL AJ. **What is health ? People talking**. The Journal 34: 43-47. 1995.
- URIBE T. **El autocuidado y su papel em la promoción de la salud**. Disponível em: <http://tone.udea.Edu.co/revista/set99/autocuidado.htm>. 1999. Acesso em 15/01/2005.
- WESTPHAL M. F. O Movimento Cidade / Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida". In: **Ciências & Saúde Coletiva**, 5(1):39-51, 2000.

**ORGANOGRAMA DO PROJETO “MUNICÍPIOS
SAUDÁVEIS NO NORDESTE DO BRASIL”**

Comitê de Coordenação Conjunta do Projeto (CCCP)

Reitor da UFPE
Amaro Henrique Lins

Secretário da SEPLAN-PE
Raul Henry

Coordenadora Geral do NUSP
Ronice Franco de Sá

Diretora Presidente da Agência CONDEPE/FIDEM
Sheilla Pincovsky

Representante da ABC/ Ministério das Relações Exteriores
Mariana

Prefeito de Barra de Guabiraba
Alberto George Pereira de Albuquerque.

Prefeita de Bonito
Maria Lúcia Heráclito de Souza Lima.

Prefeito de Camocim de São Félix
José Geovane Bezerra.

Prefeito de Itambé
Jóse Frederico César Carrazoni

Prefeito de Sairé
Everaldo Dias de Arruda.

Prefeito de São Joaquim do Monte
José Lino da Silva Irmão.

Chefe da Equipe Japonesa
Motoyuki Yuasa

Peritos da JICA
Sadanobu Ueno
Harumi Royama
Junko Chuma

Coordenador do Escritório da JICA Brasil
Masahiro Kobayashi

Comitê Executivo de Gerenciamento do Projeto (CEGP)

Coordenadora Geral do NUSP, Diretora Presidente da Agência
CONDEPE/FIDEM, Chefe da Equipe Japonesa.

Comitê de Gerenciamento Geral (CGG)

Coordenadora Geral do NUSP, Diretora Presidente da Agência
CONDEPE/FIDEM, Chefe da Equipe Japonesa, Coordenadores
dos Comitês abaixo, Peritos da JICA, supervisores e
facilitadores dos municípios.

Comitê de Planejamento

Coordenação
Valdilene Viana

Membros
Cláudia Melo
Sadanobu Ueno

Comitê de Execução Local

Coordenação
Janete Arruda

Membros
Harumi Royama,
Socorro Freire
Rosane Salles

Aparecida Apolinário

Comitê de Políticas Públicas

Coordenação

Célia Trindade

Membros

Motoyuki Yuasa, Rosane Salles, Cláudia Melo

Suely Jucá, Evelyn Schor

Aparecida Apolinário.

Comitê de Formação

Coordenação

Abel Menezes Filho

Membros

Socorro Freire, Harumi Royama, Aparecida Apolinário,

Célia Trindade, estagiários.

Comitê de Administração

Coordenação

Edione Silva

Membros

Mariza Maia, Elze Oliveira, Antonio Carlos Lyra

Sadanobu Ueno

Comitê de Pesquisa

Coordenação

Djalma Agripino Filho

Membros

Junko Chuma, Ronice Franco de Sá

Estagiários.

Comitê de Comunicação

Coordenação

Conceição Viana

Membros

Conceição Ataíde, Junko Chuma, Sadanobu Ueno

Cléber Bunzen

Estagiários.

Comitê de Monitoramento e Avaliação

Coordenação

Ronice Franco de Sá

Membros

Valdilene Viana, Misa Nishida,

Junko Chuma e Marieta Baltar.

INFORMAÇÕES GRÁFICAS

FORMATO

15,5x 22 cm

TIPOLOGIA

Times New Roman

PAPEL

MIOLO: Off-set 75 – gm²

CAPA: Triplex 250 – gm²

Montado e impresso na oficina gráfica da

Editora

Universitária



UFPE

Rua Acadêmico Hélio Ramos, 20 – Várzea

Fones: (0xx81) 2126.8397 – 2126.8930

Fax: (0xx81) 2126.8395 – CEP: 50.740-530

Recife – PE

editora@ufpe.br

edufpe@nlink.com.br

www.ufpe.br/editora

O presente livro é a primeira publicação de uma série onde se registram os conceitos e as atividades do "Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil" que vem sendo desenvolvido através da parceria entre Universidade Federal de Pernambuco, Governo do Estado de Pernambuco e a Agência de Cooperação Internacional do Japão - JICA através da cooperação técnica entre Brasil e Japão.

O projeto vem sendo implementado nos Municípios-Piloto: Barra de Guabiraba, Bonito, Itambé, São Joaquim do Monte, Camocim de São Félix e Sairé situados no interior do Estado de Pernambuco. Está previsto para 5 anos a partir de dezembro de 2003. Nesses Municípios estão sendo realizadas ações participativas que oferecem a possibilidade da população juntamente com os gestores, ter uma vida saudável e melhor qualidade de vida.

Fazendo uma reflexão sobre os aspectos negativos das atividades verticais praticadas até então, optou-se por trabalhar temas transversais e integradores como ciclos de vida que englobam desde a idade infantil até os idosos e desenvolvem-se atividades únicas e diversas focalizando na melhoria da capacidade das pessoas (empoderamento) e no fortalecimento do capital social. Até que se possa garantir a cidadania da população e alcançar a felicidade das pessoas, o desafio do projeto prossegue, e este livro é um relato do rastro deste caminhar, registrando as reflexões, observações, os sucessos e insucessos que surgiram no processo.

ISBN 85-7315-299-0

