

11. Articulação intersetorial na gestão para a promoção da saúde

Maria de Fátima Lobato Tavares, Lenira Zancan, Antonio Ivo de Carvalho e Rosa Maria da Rocha

No capítulo anterior abordamos os aspectos teóricos e o movimento de constituição da promoção da saúde como política e como intervenção estratégica sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

No presente capítulo vamos conhecer e discutir alguns mecanismos de operacionalização desta perspectiva “radical” da promoção da saúde (FERREIRA; BUSS, 2002) por meio de programas e iniciativas voltadas para processos mais amplos de mudança social e garantia dos **direitos de cidadania**.

Para tanto, tomaremos como referência experiências de inovação na gestão pública que vêm se desenvolvendo a partir dos anos 1980, no Brasil, e que corroboraram a construção de mecanismos de gestão intersetorial e participativa por meio de processos de:

1. inversão da lógica presente nas organizações públicas, onde predomina o trabalho fragmentado e setorializado;
2. valorização dos saberes técnicos envolvidos na formulação e implementação de políticas, com investimento em recursos humanos conduzindo-os a uma atuação articulada;
3. incremento da participação e organização social dos diversos segmentos da sociedade e na construção de redes de articulação e parcerias (ZANCAN, 2003).

Em outras palavras, iremos debater as possibilidades e limites de um modelo de gestão para a promoção da saúde que emprega os princípios da participação e corresponsabilização da população, da interdiscipli-

Cidadania e **direitos de cidadania**, segundo Maria Victoria Benevides, “dizem respeito a uma determinada ordem jurídico-política de um país, de um Estado, no qual uma Constituição define e garante quem é cidadão, [e] que direitos [e] deveres ele terá [...]. A ideia da cidadania é uma ideia eminentemente política que não está necessariamente ligada a valores universais, mas a decisões políticas” (BENEVIDES, [200?], p. 4).

Situações-problema são relatos sobre o cotidiano de atuação dos alunos elaboradas por equipe de especialistas, visando cobrir todos os elementos essenciais do currículo. É uma metodologia que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento, pois, da reflexão acerca da realidade surgirão os conteúdos que devem ser abordados no processo de formação. No processamento de uma **situação-problema** serão gerados temas e questões de aprendizagem que orientarão a busca ativa por conteúdos (informações, conceitos, estratégias e outros) capazes de fomentar o diálogo e enriquecer a discussão sobre o problema.

naridade, da gestão integrada de recursos e da utilização de múltiplas estratégias de ação (BODSTEIN; ZANCAN, 2002).

Em termos de estratégias pedagógicas, convidamos você a refletir e realizar algumas questões, bem como o processamento de uma **situação-problema** intitulada **Município Saudável**. Neste capítulo você terá oportunidade de definir uma **questão de aprendizagem**, com base em uma situação descrita, mais adequada ao seu contexto de prática, que possa subsidiar as ações de promoção da saúde em desenvolvimento no seu serviço, município ou região.

Ou seja, a metodologia aqui proposta difere do estudo de casos e da situação apresentada no capítulo anterior, pois não há definição prévia da questão de aprendizagem, cabendo “aos leitores”/grupos/equipes, definir qual questão entendem como fundamental para ser “respondida” por meio de busca ativa de referências da prática e da teoria. Seguindo o roteiro de processamento, a busca ativa e a síntese da questão de aprendizagem deverão ser realizadas ao final do próximo capítulo, somando-se ao aprendizado das demais questões propostas nesta parte do livro.

Para início de conversa

Antes de seguirmos no debate conceitual e revisitarmos as experiências e espaços institucionais de gestão intersetorial e participativa que foram se configurando no Brasil, propomos que você faça a leitura e o processamento da situação-problema **Município Saudável** com seus colegas de equipe/trabalho.

Para a reflexão proposta, você deve discutir a situação seguindo os passos de 1 a 6, reproduzidos a seguir:

1º passo – Leitura da situação, identificação e esclarecimento de termos desconhecidos.

2º passo – Identificação dos problemas propostos pelo enunciado.

3º passo – Resgate das memórias dos participantes da equipe. Serão formuladas hipóteses explicativas dos problemas relacionados à situação discutida.

4º passo – Resumo das hipóteses.

5º passo – Destaque dos aspectos nucleares ou temas centrais da situação.

6º passo – Formulação dos objetivos/questões de aprendizagem.

Procure definir uma questão de aprendizagem adequada ao seu contexto de atuação. Considere mais importante o processo de construção, a busca ativa e a aprendizagem significativa do que os resultados deste exercício em termos de respostas à questão de aprendizagem definida.

Situação-problema: Município Saudável

Numa perspectiva intersetorial e participativa, a prefeitura de um município de médio porte instituiu um Grupo de Trabalho (GT) responsável por elaborar um projeto nomeado Município Saudável. O GT foi formado por representantes das Secretarias de Saúde, Educação, Planejamento e Desenvolvimento Urbano e coordenado pela titular da Secretaria de Promoção Social, que convidou Paulo, seu secretário executivo, para dar continuidade à coordenação do GT.



A primeira ação do grupo foi a realização de levantamento dos diversos programas e projetos em desenvolvimento em cada secretaria voltados para a diminuição dos altos índices de abandono e repetência escolar, dependência química (drogadição) e gravidez na adolescência entre a população de jovens de 10 a 18 anos.

Com base nesse levantamento, Paulo organizou uma oficina visando identificar as interações e estratégias comuns a serem pactuadas entre as diversas secretarias. Alguns problemas para o sucesso da proposta de gestão integrada foram discutidos.

O representante da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano declarou sua dificuldade em participar do grupo na medida em que não identificou nenhum programa específico relacionado aos problemas definidos como prioritários.

Os representantes das Secretarias de Educação e Saúde enunciaram a dificuldade de ter um diagnóstico da situação, pois cada um dos setores ►

tem bancos de dados e informações coletadas e disponibilizadas de forma diferenciada, impossibilitando avaliar conjuntamente os resultados que são alcançados pelos inúmeros programas em desenvolvimento. O exemplo dado pela representante da saúde ilustra a complexidade do problema:

– A informação coletada pelos agentes comunitários de saúde sobre escolaridade e gravidez na adolescência é irregular (depende da sensibilidade da equipe) e não possibilita comparações com os dados obtidos por meio das Coordenadorias Regionais de Educação ou do DATASUS. No caso da drogadição, existem equipes de controle da dependência química em alguns centros de saúde do município, mas não existem em outros. A integração do trabalho dos centros de saúde e das escolas num mesmo bairro ou comunidade é também um problema que precisamos analisar.

A representante da Educação ainda ponderou que o problema de repetência ou abandono precisa ser visto em relação à história de exclusão que grande parte da população brasileira foi vítima até hoje:

– Vocês sabem que 49% dos idosos são analfabetos no Brasil; são os avós e os pais dos adolescentes que estamos recebendo em nossas escolas e postos de saúde. Eu acredito que devemos envolver também outros setores, como cultura, esporte e lazer.

Com vistas à continuidade do trabalho do grupo, foram propostas mais duas oficinas. Uma envolvendo os profissionais mais engajados dos diversos programas identificados e outra para troca de experiência com outras iniciativas municipais de ações integradas de políticas públicas. Houve ainda a ideia de realizar oficinas por bairro ou região do município no sentido de envolver a população e as entidades locais na discussão desses problemas e na busca de soluções integradas.

Paulo, entretanto, sem clareza dos objetivos das oficinas, optou por agendar um novo encontro do GT para definir melhor as próximas etapas do projeto.

Fonte: Situação-problema produzida no âmbito do Curso de Especialização em Promoção da Saúde e Desenvolvimento Social da Ensp/Fiocruz, 2008. ■

A intersectorialidade como mecanismo de ampliação do espaço público

A partir da década de 1980 e, em especial, durante os anos 1990, com a democratização do país e a promulgação da chamada “Constituição Cidadã” em 1988, intensificaram-se os processos de inovação nas políticas públicas, nas relações entre o Estado e Sociedade, com a emergência de **experiências de gestão participativa e intersectorial** em todos os cantos do país. Tais experiências expressam tanto a necessidade e o

desejo de desenvolver ações intersetoriais como as dificuldades encontradas para criar formatos viáveis para a sua execução – em termos de políticas e desenhos organizacionais e gerenciais.

A sistematização e publicação dessas experiências contaram com o apoio do Programa de Gestão Pública e Cidadania, que instituiu em 1996 a premiação de inovações na gestão de unidades subnacionais, com 20 experiências premiadas a cada ano, até o ano 2005. Outro apoio importante vem do Instituto Polis, que mantém uma biblioteca virtual como relatos e dicas para uma gestão eficaz. São dessas duas referências que compilamos as experiências que irão ilustrar nossa discussão neste capítulo.

Não vamos aqui superdimensionar os avanços e as conquistas das últimas décadas; ainda há muito por fazer considerando os dramáticos quadros de desigualdades nas condições de vida e iniquidades de todas as ordens, expressas no *Relatório da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde* (2008). Porém, muito já se experimentou, e refletir sobre as lições da prática pode oferecer novos e bons caminhos para a concretização do direito à saúde.

Nas palavras de Mendes e Akerman (2007, p. 96), “A prática da intersectorialidade aponta que não há receitas, metodologias consagradas ou evidências estabelecidas. Há, sim, algumas experiências, tentativas, erros e acertos”.

O que de fato se intensifica, nessa década e no início dos anos 2000, são processos de interação entre os entes da federação – municípios, estados e União – e entre setores e atores intramunicipais para garantia dos direitos constitucionais. Tais processos promoveram a emergência de novos espaços de participação, negociação e pactuação de programas e políticas e de definição de prioridades na alocação dos recursos, a exemplo do orçamento participativo e outras modalidades de escuta de demandas e vocalização de interesses da população, em especial dos mais pobres. Em outras palavras, com a (re)democratização do Estado ampliou-se o **espaço público** e emergiram novos atores.

Jürgen Habermas (1984), ao construir seu modelo dialógico de **espaço público**, afirma que a modernidade emerge com a promoção do social ou de uma esfera pública autônoma, que reivindica um espaço de discussão dos indivíduos com as autoridades constituídas, de forma que suas demandas sejam legitimadas publicamente. Essa é então a ideia-força de uma sociedade democrática em que as políticas de atendimento às necessidades sociais são definidas visando ao bem comum e à garantia de acesso universal aos direitos de cidadania.



Leia a coletânea de artigos *Novos contornos da*

gestão local: conceitos em construção, disponível em http://www.polis.org.br/obras/arquivo_152.pdf

Para mais informações, acesse:

- <http://www.fgv.br/innovando/>

- <http://www.polis.org.br/>

Segundo Hannah Arendt (1995), a esfera pública – ou “espaço associativo” – é o lugar do exercício da liberdade, emergindo sempre que os homens agem numa ação coordenada; implica o reconhecimento da igualdade como um valor em si mesmo: a ascensão dos homens no espaço público coloca a questão da visibilidade desses mesmos homens, uns em relação aos outros, e de suas demandas.

A intersetorialidade como mecanismo de governança



Governança é um termo empregado para compreender as novas configurações institucionais voltadas para a ampliação da participação da sociedade na gestão das políticas públicas. Há muitas concepções e definições que atribuem maior ou menor ênfase ao papel do Estado na regulação dos processos de negociação entre distintos atores – governamentais e não governamentais. Por ora aceitemos uma definição genérica: “governar, do ponto de vista da governança, é sempre um processo

interativo, porque nenhum ator, público ou privado, dispõe dos conhecimentos ou recursos necessários para resolver sozinho o problema” (LEVY, 2002, p. 180).

Desta concepção de governança resultam novos processos de gestão que têm como ênfase a mobilização dos diversos recursos do governo, da sociedade e dos entes privados para o sucesso das políticas públicas. Isso seria também responsável pela ampliação do espaço público por “desenvolver o **capital social** e criar as condições necessárias a uma atividade econômica e política eficaz” (LEVY, 2002, p. 180). A incorporação de novos atores na arena política possibilitaria, de um lado, a democratização e o fortalecimento da cidadania; de outro, encontraria a possibilidade de novos arranjos institucionais para vencer os desafios de desenvolvimento econômico e social.

Para Putnam (2005), as noções de **capital social** e **sistemas de participação cívica** servem para discutir as possibilidades de cooperação social visando ao bem comum.

O capital social refere-se a algumas características relevantes da organização social, tais como confiança, normas e sistemas que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas. Já os sistemas de participação cívica dizem respeito ▶

às organizações institucionais da sociedade, incluindo as associações comunitárias, as cooperativas, os clubes esportivos, os sindicatos e os partidos políticos de massa. Assim, a possibilidade de cooperação entre os membros de uma comunidade depende do grau de desenvolvimento dos sistemas de participação. ■

Vale ressaltar que não estamos defendendo aqui uma substituição ou mesmo complementaridade nos papéis do Estado e da sociedade civil na realização das políticas públicas frente à pobreza e às desigualdades sociais. O que se afirma é que a sociedade civil deve participar ativamente na garantia dos direitos sociais, observando o princípio de que somente o Estado pode garantir um novo pacto político de inclusão que tome por base a cidadania, cabendo à sociedade civil impulsionar a capacidade reguladora do Estado. Exemplo desse impulso e participação são movimentos como a Ação da Cidadania Contra a Fome, a Miséria e pela Vida ou Contra o Trabalho Infantil, em que o Estado assume responsabilidades no âmbito da segurança alimentar e da fiscalização de empresas nas suas relações de trabalho. Tais responsabilidades já existiam em forma de leis, mas não eram exercidas de fato. Iniciativas como estas foram impulsionadoras da mobilização social e da expansão das responsabilidades também da sociedade civil e do mercado com as necessárias mudanças no padrão de gestão pública e de desenvolvimento brasileiro – tradicionalmente autoritário e excludente.

É imprescindível, todavia, manter um espírito crítico em relação a estas **novas institucionalidades**, pois as tensões e dificuldades nas relações entre as instituições da sociedade civil e as insuficiências das instituições que fazem o elo entre os setores público, privado e voluntário podem, de fato, conduzir ao fracasso.

Nesse sentido, é importante nos determos em alguns temas recorrentes que se traduzem em mecanismos de garantia de maior ou menor sucesso, apreendidos das experiências em curso.

Negociação e pactuação

Os atributos necessários à gestão de políticas públicas na perspectiva da promoção da saúde não diferem daqueles observados para os gestores da saúde em geral:

autonomia na avaliação, programação e operacionalização [...] capacidade de interagir com grupos da comunidade, com entidades de outros setores e com diferentes instâncias de poder da organização social [...] um **negociador** (SANTANA, 1997, p. 187, grifo nosso).

Negociação pode ser descrita como um processo no qual as partes envolvidas deslocam-se de suas posições originais, potencialmente divergentes, para um ponto no qual um acordo pode ser estabelecido. Um bom gestor é aquele capaz de analisar e interpretar o contexto social, político e institucional, criando as condições necessárias para a participação ampla de todos os atores e grupos sociais envolvidos. A negociação como processo de interação entre esses atores torna-se um instrumento gerador de consensos capaz de sustentar ou viabilizar propostas de ação conjuntas, mas também, como processo de disputa de posições e interesses divergentes – e por vezes incompatíveis –, define os limites do que pode ou não ser negociado.

De toda forma, por sua característica horizontal, portanto aberta e sem controle absoluto de nenhuma das partes, os processos de negociação trazem ganhos para todos os atores envolvidos: socialização de informações assimetricamente distribuídas; convivência entre atores heterogêneos; reconhecimento da complexidade dos problemas e ganho de aprendizagem da organização para lidar com as incertezas (SANTANA, 1997).

No âmbito interno do sistema de saúde, com a constituição de novos espaços de negociação e pactuação, acordos e consensos enfrentam inúmeras dificuldades em função da diversidade de interesses e valores em disputa. Isso é vivenciado cotidianamente nos conselhos municipais de saúde, nas instâncias de pactuação entre municípios, estados e União, nas instâncias de regulação e controle dos setores de prestação de serviços privados e entre os gestores dos serviços e fornecedores de insumos. Você já conhece bem os limites e contingências desses processos de negociação!

Entretanto, em relação aos processos de tomada de decisão em políticas públicas intersetoriais, qual é o lócus de negociação? Quais são os atores e interesses presentes no processo de negociação quando o que se quer é **promover** saúde?

Para refletir

Pense em uma situação de negociação que sua equipe já vivenciou no campo da promoção da saúde. Quais eram os atores envolvidos? Quais as disputas em pauta? Reflita sobre o processo e os resultados positivos e negativos para a população, para o sistema de saúde. O que você faria de diferente hoje?

Democratização da informação

Na **situação-problema Município Saudável**, uma questão enunciada é a fragmentação e incompatibilidade dos sistemas de informação disponíveis nos diversos setores da gestão pública. Ladislau Dowbor (2003) oferece uma ótima discussão sobre a proliferação de informações por intermédio de inúmeras iniciativas, com uso de diversificadas tecnologias da comunicação, sem que haja, contudo, uma efetiva apropriação dessas informações por parte da sociedade. O autor considera que a informação relevante é aquela que impulsiona o exercício da cidadania e amplia a capacidade de a população realizar escolhas e, por outro lado, apoia a formulação de políticas socialmente justas e ambientalmente sustentáveis. Segundo Dowbor:

O desafio, claramente, está no ordenamento da informação, nas metodologias de sistematização, no desenvolvimento de capacidade gerencial que torne a informação relevante acessível aos atores que tomam as decisões, no momento em que dela precisem (DOWBOR, 2003, p. 4).

Isso parece simples, e bastaria usarmos o bom senso. No entanto, é um problema extremamente relevante quando se busca atuar na promoção da saúde no sentido de mudanças na qualidade de vida. A complexidade, a heterogeneidade e a diversidade de condições de vida e saúde – ou de necessidades de saúde – do contexto brasileiro em geral e de cada localidade em particular, não se expressam em nossos sistemas de informação. Não pela ausência de dados, pelo contrário, mas por sua “parcialidade” e “fragmentação”, levando-nos a perguntar: **para que e para quem estas informações são necessárias e relevantes?**

Para praticar

1. Quais as principais estratégias enunciadas para construção e disponibilização de informações que privilegiem a participação da sociedade nas decisões em políticas públicas?
2. Reflita sobre sua prática cotidiana e responda: quais dos sistemas de informação disponíveis para o diagnóstico das condições de vida e saúde você utiliza em seu cotidiano de trabalho?
3. Faça uma consulta ao site do IBGE, clique no ícone **Cidades** e conheça o histórico e os indicadores disponíveis para seu município. Veja os dados da Pnad 2007 do seu estado e região, reflita sobre as desigualdades sociais e eleja um problema ou tema prioritário para a promoção da saúde em seu território de atuação. Justifique sua escolha.
4. Acesse o Portal da Transparência e verifique o volume de recursos repassados pelo governo federal ao município nos últimos quatro anos em relação ao problema/indicador selecionado.



Para apoiar a realização desta atividade, leia o texto “Informação para a cidadania e o desenvolvimento sustentável”, de Ladislau Dowbor (2003), que se encontra em https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/2510/1/informacao_cidadania_desenvolvimento_sustent%25C3%25A1vel.pdf

Apresentamos os sistemas de informação na Parte V deste livro, no “Apêndice A – Exemplos de sistemas de informações relevantes para a gestão do SUS”.

Experiências inovadoras de gestão municipal pós-Constituição Cidadã

Como enunciamos, apresentaremos neste tópico experiências de gestão municipal que incorporaram estratégias participativas e intersetoriais no início dos anos 1990 no Brasil. As lições aprendidas nestas experiências orientaram a formulação das políticas atuais de enfrentamento das iniquidades sociais, na perspectiva da promoção da saúde.



A experiência de **Camaragibe**, em Pernambuco, é uma primeira referência importante na construção de alternativas de gestão municipal no contexto da descentralização administrativa com intensificação dos processos de participação de diversos setores governamentais – em especial saúde, educação e trabalho e renda. A experiência de cogestão na Secretaria Municipal de Saúde no período 1993-96 ensejou a criação do Conselho Municipal de Saúde e subsidiou a formulação de uma proposta de gestão governamental participativa mais abrangente – o **Programa de Administração Participativa**.

Nesta experiência, a territorialização, com a divisão do município em regiões administrativas; a constituição de um Conselho de Administração com representantes de todas as regiões, a construção de diagnósticos participativos e levantamento de demandas vis-à-vis a definição pactuada de prioridades, com a criação de conselhos setoriais para acompanhar a implementação das ações definidas, é um modelo que influenciou diversas outras experiências de gestão municipal no país. Uma das proposições oriundas desse processo de ampliação da participação em Camaragibe foi o **Programa Saúde da Comunidade**, que pode ser considerado um precursor do Programa de Saúde da Família e posteriormente na Estratégia Saúde da Família.

A experiência de **Belém**, no Pará, com o **Programa Bolsa Familiar para a Educação** pode ser considerada precursora do Programa Bolsa Família, carro-chefe da política social do governo Lula. Buscou atuar num dos problemas sociais de maior relevância para o exercício da cidadania

– o acesso das crianças de áreas rurais e das periferias da cidade à educação –, um dos **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs)**. No caso de Belém, a prioridade foi ampliar o acesso das meninas à escola como determinante para a melhoria da saúde materna, prevenção da gravidez na adolescência e da desnutrição infantil. Era também uma estratégia de combate ao trabalho infantil, mediante a concessão de bolsa às famílias em situação de extrema pobreza, com a contrapartida de manter as crianças na escola.

Em 2000, 191 países assinaram o compromisso, que tem oito objetivos, 18 metas e mais de 40 indicadores visando reduzir a pobreza e atingir o desenvolvimento sustentável em 25 anos, de 1990 a 2015. Este consenso mundial resultou das grandes conferências internacionais dos anos 1990. Para mais informações, acesse <http://www.pnud.org.br>



Outra importante iniciativa foi a **Casa da Mulher Bertha Lutz**, desenvolvida em **Volta Redonda**, no Estado do Rio de Janeiro, a partir de 1993, pioneira no tratamento da questão da violência doméstica e no reconhecimento desta como um problema de saúde pública. Seu processo de implantação e sua estrutura de gestão estão centradas na intersetorialidade e na participação ativa dos corresponsáveis pelo atendimento dos problemas geradores e das consequências da violência doméstica. Esta iniciativa reúne os setores da saúde, assistência social, justiça, segurança pública, associações de mulheres, entidades de atenção aos problemas de alcoolismo e drogas, profissionais da psicologia e outros. A parceria entre estes distintos atores garantiu a efetividade da proposta. Pode-se considerar esta iniciativa como precursora das políticas mais abrangentes, tanto no atendimento às demandas das mulheres e de outros segmentos que sofrem discriminação e violação de direitos como no enfrentamento das violências em geral, hoje uma das

principais causas de morbimortalidade da população brasileira e uma das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A experiência de **Santo André**, no Estado de São Paulo, com o **Programa Integrado de Inclusão Social**, traz a ideia de articulação de todos os setores da prefeitura, direcionando os recursos para áreas desassistidas do município, onde há concentração de pobreza e baixa qualidade de vida. Mesmo com uma gestão integrada e abrangente, este programa orientou-se pela focalização ao priorizar territórios e grupos populacionais específicos. O programa abrangeu da oferta de infraestrutura básica à capacitação para geração de renda, buscando integrar os territórios de exclusão à cidade. Neste sentido, é um programa que se assemelha à proposta dos **Territórios da Cidadania**, estratégia lançada pelo governo federal em 2008.



Muitas outras experiências poderiam ser aqui destacadas, como a do **Orçamento Participativo** ou as iniciativas de **Cooperativismo** que Porto Alegre e outros municípios experimentam na perspectiva de reestruturação dos processos produtivos em direção a uma economia mais solidária e sustentável. Mas não pretendemos ser exaustivos, mesmo porque isso seria impossível frente à amplitude e diversidade de nosso território nacional. O que se pretendeu foi revisitar o período de abertura política nas administrações municipais e trazer à discussão os mecanismos de gestão intersetorial e participativa que foram sendo desenhados e que têm influenciado a formulação das políticas públicas no país.

Para refletir

A organização do SUS e sua gestão descentralizada contribuem para uma efetiva aproximação entre Estado e sociedade na produção de políticas públicas? Os espaços institucionais de representação, negociação e interlocução do SUS se constituem em arenas públicas no processo de tomada de decisão?

O Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis

Uma das estratégias de reorientação das políticas públicas para o enfrentamento das contradições vivenciadas nas cidades, com alta densidade demográfica, pobreza, criminalidade, insalubridade, desigualdades intra e inter-regionais e iniquidades em saúde é o chamado Movimento de Municípios e Cidades Saudáveis e, mais recentemente, das comunidades e ambientes saudáveis.

De acordo com Odorico Andrade (2006), um município saudável é aquele que tem um compromisso manifesto em:

1. fazer da saúde uma prioridade e um objetivo fundamental da gestão pública;
2. mobilizar os recursos sociais, institucionais e comunitários para melhorar a saúde da população;
3. convocar e coordenar os setores institucionais e organizações locais;
4. negociar propósitos de saúde sem reduzi-los somente a metas de cobertura dos serviços;
5. concretizar o monitoramento e cumprimento das metas para o sucesso da equidade em saúde.

Para Sônia Ferraz (1999), estão em jogo aspectos favoráveis e desfavoráveis para a adoção da proposta de municípios/cidades saudáveis no Brasil. Entre os aspectos favoráveis destacam-se: o processo de democratização do Estado a partir dos anos 1980; a Constituição de 1988, que inscreve um conceito ampliado de saúde, com a implantação do SUS e os seus princípios de universalidade, equidade e controle social e os avanços no processo de descentralização de poder para os municípios da federação.

Quanto aos aspectos desfavoráveis, a autora enumera: a herança da política centralizadora e clientelista; a cultura política de ação setorial com

O Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação (Cepedoc) Cidades Saudáveis, formado em 2000 por integrantes da Oficina Permanente de Cidades Saudáveis, organizado pela Faculdade de Saúde Pública da USP, em São Paulo, apoia municípios e comunidades que ingressam no Movimento por Cidades Saudáveis, organiza e divulga informação sobre projetos de melhoria de qualidade de vida nas cidades. Acesse <http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.asp> para mais informações.

duplicidade de projetos e disputa por recursos; a instabilidade político-administrativa em todos os níveis; a cultura sanitária de programas verticais e a hegemonia do paradigma médico-assistencial (FERRAZ, 1999).

Muitas experiências poderiam ser destacadas como precursoras das mudanças na organização dos sistemas de saúde, tendo em vista os princípios da promoção da saúde, influenciando mudanças mais gerais no padrão de gestão pública dentro e fora das localidades em que ocorreram. Fortaleza e Crateús (Ceará), Curitiba e Chopinzinho (Paraná), Campinas e Motuca (São Paulo), Dionísio e São José do Goiabal (Minas Gerais) são exemplos presentes na literatura sobre o tema.

Foram experiências como estas que possibilitaram a abertura, no interior do Ministério da Saúde, em 1998, do Projeto de Promoção da Saúde, com recursos do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e apoio da Opas-Brasil. Deste Projeto resultou uma publicação intitulada *Promoção da Saúde*, cujo primeiro número foi dedicado ao tema dos municípios saudáveis (BRASIL, 1999).

Mais recentemente, as experiências da **Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**, que tem apoio da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas); a **Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis**, parceria entre a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e o governo do estado, coordenada pelo Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social (Nusp); e tantas outras voltadas para a promoção da saúde em contextos e territórios de vulnerabilidade social, como **Manguinhos e Vila Paciência**, no município do Rio de Janeiro, são referências no desenvolvimento de mecanismos de gestão intersetorial com o protagonismo do setor saúde.

Tais mecanismos podem ser assim resumidos:

1. realização de **diagnóstico participativo** das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local;
2. criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas, a exemplo dos **fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social**;
3. definição de uma agenda de ações com corresponsabilização dos setores da administração e da sociedade e **convergência de recursos**; e
4. mecanismos internos de **monitoramento e avaliação** que subsidiem constantemente a tomada de decisão e a aferição de resultados visando à sustentabilidade das ações.



Para aprofundar o debate aqui proposto, indicamos as leituras a seguir, relacionadas nas referências do capítulo:

- *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*, de Sônia Terra Ferraz (1999).
- *A saúde e o dilema da intersetorialidade*, de Luiz Odorico Monteiro Andrade (2006).
- “Intersetorialidade: reflexões e práticas”, de Rosilda Mendes e Marcos Akerman (2007), no livro *Promoção da saúde e gestão local*, organizado por Rosilda Mendes e Juan Carlos Aneiros (2007).
- “Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão”, de Lenira Zancan (2003), no livro *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*, organizado por Ana Sperândio (2003).

Caso não encontre estas referências nas livrarias, elas podem ser adquiridas pela Abrasco (www.abrasco.org.br).

No fim da década de 1990 e nos anos 2000, pode-se observar a tendência do Movimento de Cidades Saudáveis – e, em geral, da promoção da saúde – de dialogar com as estratégias do chamado Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (Dlis) e, mais recentemente, da Gestão Social, referências no debate do próximo capítulo.

Para consolidar seus conhecimentos

Converse com profissionais ou amigos que participam da gestão pública e pesquise em fontes secundárias informações sobre o seu município que lhe permitam responder às questões que seguem.

1. Atualmente, como estão os processos de ação intersetorial e espaços de participação no âmbito de seu território de atuação? Quais programas e estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais e de saúde estão em desenvolvimento?
2. Qual o papel do setor saúde e, em especial, da atenção básica nestes processos?

Busque subsídios nos sites e bancos de dados relacionados a seguir. Pesquise os projetos premiados, iniciativas e prioridades de atuação em sua região.

- <http://www.inovando.fgvsp.br>
- <http://www.territoriosdacidadania.gov.br/dotlrn/clubs/territoriosrurais/one-community>
- <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/perfilmunic/cultura2006/default.shtm>
- http://www4.ensp.fiocruz.br/participanetsus_novo/
- <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caa/estudos.php>



Para aprofundar seus estudos em relação aos temas deste capítulo, consulte também os sites:

- <http://www.pnud.org.br>
- <http://www.polis.org.br/>
- <http://www.cidadessaudaveis.org.br/cepedoc.asp>

Referências

ABRASCO. *Relatório da oficina do GT Promoção da Saúde e Dlis*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 24 abr 2009.

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

ARENDR, H. As esferas pública e privada. In: ARENDR, H. *A condição humana*. São Paulo: Forense, 1995.

BENEVIDES, M. V. *Cidadania e direitos humanos*. São Paulo: Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, [200?]. Disponível em: <<http://www.iea.usp.br/iea/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf>>. Acesso em: 29 abr 2009.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das Ações de Promoção da Saúde/DIAs em contexto de pobreza e vulnerabilidade social. In: ZANCAN, L. et al. (Org.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos*. [S.l.]: Abrasco, 2002.

CAMARGO JUNIOR, K. As armadilhas da "concepção positiva da saúde". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 76, n. 1, p. 63-76, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (BRASIL). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão...* Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 17 abr 2009.

DOWBOR, L. Informação para a Cidadania e o Desenvolvimento Sustentável. *Adolescência Latinoamericana*, Rio de Janeiro, n. 248, p. 5-16, 2004.

FERRAZ, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília: Paralelo 15, 1999.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: ZANCAN, L. et al. (Org.). *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos*. [S.l.]: Abrasco, 2002.

HABERMAS, J. *Mudança estrutural da esfera pública*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

LEVY, E. Ganhar e ganhar: estratégias de negociação bem sucedidas entre os municípios, os estados e a União. In: CACCIA-BAVA et al. (Org.). *Novos contornos da gestão local: conceitos em construção*. São Paulo: Pólis; Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2002.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. (Org.). *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec; CEPEDOC, 2007. (Saúde em Debate).

PUTNAM, R. *Comunidade e democracia: (a experiência da Itália moderna)*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005.

SANTANA, J. P. (ORG). *A negociação como instrumento de gerencia nos serviços de saúde*. Brasília: Opas, 1997. Texto de apoio da unidade III do Programa: desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS).

ZANCAN, L. Cidades saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: SPERÂNDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: [s.n.], 2003. v. 1, p. 49-64.